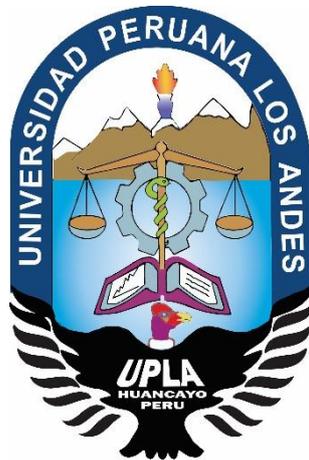


**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

Título	:	AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD.
Autoras	:	CURO ESCOBAR, Alina Marisol GASPAR CAHUANA, Yudith
Para optar	:	El título profesional de Licenciada en Enfermería
Asesor	:	Lic. Ivan Ubaldo Galarza Curisinche
Línea de investigación:	:	Salud y gestión de la salud
Fecha de inicio y término	:	05 de octubre del 2019 / 05 octubre del 2020.

**HUANCAYO – PERÚ – 2020**

## **DEDICATORIA**

A mis padres; por haber sido mi guía en la vida, mi ejemplo a seguir y mi motivación para culminar con éxito la carrera profesional.

A mis padres: por haber sido la luz en los momentos difíciles de mi formación profesional, por haberme dado las esperanzas que lo que ahora es una realidad, por infundirme el coraje cuando el miedo me superaba.

Yudith y Alina

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Peruana Los Andes y a sus autoridades, por habernos permitido formarnos en sus aulas, compartiendo ilusiones y anhelos, con constancia, dedicación y esfuerzo para alcanzar el sueño de ser profesionales, a nuestros docentes por su dedicación, por sus esfuerzos, por su paciencia y compromiso, por sus enseñanzas que son la base fundamental de nuestro desarrollo como personas y como profesionales.

A las autoridades de la Micro Red de Salud Chilca por permitirnos acceder a los adultos mayores adscritos al establecimiento.

A los adultos mayores, que de forma amable participaron del estudio, facilitándonos la ejecución y culminación.

Curo Escobar, Alina Marisol  
Gaspar Cahuana, Yudith

## INTRODUCCIÓN

La forma en que el adulto mayor afronta el proceso de envejecimiento determina la conservación de las capacidades físicas y mentales, ya que si recurre a formas positivas y adaptativas puede mantenerse activo, conservar sus relaciones sociales y mantener un ánimo positivo, en consecuencia podrá tener una mejor calidad de vida relacionada a salud; sin embargo existen otros factores que podrían afectar tanto la conducta de afrontamiento como la calidad de vida, de forma que la relación entre el afrontamiento y la calidad de vida no está bien establecida, además son escasos los estudios existentes sobre la relación de estas dos variables.

La investigación realizada tuvo como objetivo determinar la relación entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020, para lo cual se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, con una población de 245 adultos mayores que viven en la jurisdicción del “Centro de Salud de Chilca” en el 2020, de donde se eligió una muestra de 105 adultos mayores a quienes se les aplicó el “Cuestionario de afrontamiento de Sandín B y Chorot P” y el “Cuestionario De Salud SF-36.

El informe de investigación está estructurado en seis capítulos: en el capítulo I, se expone el vacío de conocimiento que motiva a la investigación; en el capítulo II, se aportan los fundamentos teóricos que procuran dar explicación al fenómeno estudiado; en el capítulo III, se formulan las hipótesis y se operacionalizan las variables; en el capítulo IV, se puntualiza la metodología utilizada en la recolección y procesamiento de datos para poder alcanzar resultados objetivos; en el capítulo V, se muestran los resultados obtenidos en tablas y gráficos y en el capítulo VI, se hace un cotejo de los resultados obtenidos con los resultados de otros estudios, además se plantean argumentos que expliquen los resultados obtenidos.

## CONTENIDO

DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
INTRODUCCIÓN .....	IV
CONTENIDO.....	V
CONTENIDO DE TABLAS .....	X
CONTENIDO DE FIGURAS.....	XII
RESUMEN .....	XIV
ABSTRACT .....	XV

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA .....	16
1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	20
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	21
1.3.1. PROBLEMA GENERAL.....	21
1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	21
1.4. JUSTIFICACIÓN .....	22
1.4.1. SOCIAL O PRÁCTICA.....	22
1.4.2. TEÓRICA O CIENTÍFICA .....	22
1.4.3. METODOLÓGICA .....	23

<b>1.5. OBJETIVOS</b> .....	<b>24</b>
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	24
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**

<b>2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO</b> .....	<b>25</b>
<b>2.2. BASES TEÓRICAS</b> .....	<b>30</b>
2.2.1. AFRONTAMIENTO EN ADULTOS MAYORES.....	30
2.2.1.1. FOCALIZACIÓN EN LA SITUACIÓN O PROBLEMA.....	30
2.2.1.2. AUTOFOCALIZACIÓN NEGATIVA.....	31
2.2.1.3. REEVALUACIÓN POSITIVA.....	33
2.2.1.4. EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA.....	35
2.2.1.5. EVITACIÓN .....	38
2.2.1.6. BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL .....	41
2.2.1.7. RELIGIÓN.....	43
2.2.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.....	45
2.2.2.1. FUNCIÓN FÍSICA Y ROL LABORAL .....	46
2.2.2.2. SENSACIÓN DE BIENESTAR.....	48
2.2.2.3. INTERACCIÓN SOCIAL Y BIENESTAR PSÍQUICO.....	50
2.2.3. TEORÍA DE ENVEJECIMIENTO EXITOSO DE ROWE Y KAHN.....	53
<b>2.3. MARCO CONCEPTUAL</b> .....	<b>57</b>

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS**

<b>3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL .....</b>	<b>59</b>
<b>3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS .....</b>	<b>59</b>
<b>3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO .....</b>	<b>61</b>
3.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	62

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA**

<b>4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>65</b>
<b>4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>66</b>
<b>4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>66</b>
<b>4.4. DISEÑO.....</b>	<b>67</b>
<b>4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA .....</b>	<b>68</b>
4.5.1. POBLACIÓN.....	68
4.5.2. MUESTRA.....	69
<b>4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....</b>	<b>71</b>
4.6.1. PARA VALORAR EL AFRONTAMIENTO EN ADULTOS MAYORES ...	71
4.6.2. PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD.....	73
<b>4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....</b>	<b>75</b>
<b>4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>76</b>

## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADOS**

<b>5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>78</b>
5.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA.....	78
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES .....	84
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.....	91
<b>5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....</b>	<b>95</b>
5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD .....	95
5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA FOCALIZACIÓN EN EL PROBLEMA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.....	96
5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE EXCLUIR LA AUTO FOCALIZACIÓN NEGATIVA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES. ....	100
5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE LA REEVALUACIÓN POSITIVA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.....	104
5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE DISUADIR LA EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES. ....	108
5.2.6. CORRELACIÓN ENTRE DESALENTAR LA EVITACIÓN COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.....	112
5.2.7. CORRELACIÓN ENTRE LA BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.....	116
5.2.8. CORRELACIÓN ENTRE ACERCARSE A LA RELIGIÓN COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.....	120

5.2.9. CORRELACIÓN ENTRE EL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.....	124
---	-----

## **CAPÍTULO VI**

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

<b>6.1. CARACTERÍSTICAS DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES</b> .....	<b>128</b>
<b>6.2. CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN EL ADULTO MAYOR.....</b>	<b>133</b>
<b>6.3. AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.....</b>	<b>138</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>144</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>146</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>149</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>155</b>

## CONTENIDO DE TABLAS

TABLA 1: SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	78
TABLA 2: EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	79
TABLA 3: NIVEL EDUCATIVO DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	80
TABLA 4: ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	81
TABLA 5: OCUPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	82
TABLA 6: PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	83
TABLA 7: FOCALIZAR LA SOLUCIÓN COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020.....	84
TABLA 8: EXCLUIR LA AUTO FOCALIZACIÓN NEGATIVA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	85
TABLA 9: RE EVALUACIÓN POSITIVA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020.....	86
TABLA 10: DISUADIR LA EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	87
TABLA 11: DESALENTAR LA EVITACIÓN COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020.....	88
TABLA 12: BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	89
TABLA 13: ACERCARSE A LA RELIGIÓN COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020.....	90

TABLA 14: FUNCIÓN FÍSICA Y ROL LABORAL COMO PARTE DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	91
TABLA 15: SENSACIÓN DE BIENESTAR COMO PARTE DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	92
TABLA 16: INTERACCIÓN SOCIAL Y BIENESTAR PSÍQUICO COMO PARTE DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	93
TABLA 17: CONSOLIDADO DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	94
TABLA 18: PRUEBA DE NORMALIDAD PARA LOS DATOS CONSOLIDADOS DE AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES .....	95
TABLA 19: RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A LA FOCALIZACIÓN EN EL PROBLEMA Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.....	97
TABLA 20: RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A EXCLUIR LA AUTO FOCALIZACIÓN NEGATIVA Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES .....	101
TABLA 21: RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A LA REEVALUACIÓN POSITIVA Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES .....	105
TABLA 22: RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A LA DISUADIR LA EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES .....	109
TABLA 23: RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A DESALENTAR LA EVITACIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES .....	113
TABLA 24: RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A LA BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES .....	117
TABLA 25: RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A ACERCARSE A LA RELIGIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES .....	121
TABLA 26: RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES .....	125

## CONTENIDO DE FIGURAS

FIGURA 1: SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	78
FIGURA 2: EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	79
FIGURA 3: NIVEL EDUCATIVO DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	80
FIGURA 4: ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	81
FIGURA 5: OCUPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	82
FIGURA 6: PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020.....	83
FIGURA 7: FOCALIZAR LA SOLUCIÓN COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	84
FIGURA 8: EXCLUIR LA AUTO FOCALIZACIÓN NEGATIVA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	85
FIGURA 9: RE EVALUACIÓN POSITIVA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	86
FIGURA 10: DISUADIR LA EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020.....	87
FIGURA 11: DESALENTAR LA EVITACIÓN COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	88
FIGURA 12: BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	89

FIGURA 13: ACERCARSE A LA RELIGIÓN COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	90
FIGURA 14: FUNCIÓN FÍSICA Y ROL LABORAL COMO PARTE DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	91
FIGURA 15: SENSACIÓN DE BIENESTAR COMO PARTE DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020 .....	92
FIGURA 16: INTERACCIÓN SOCIAL Y BIENESTAR PSÍQUICO COMO PARTE DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020.....	93
FIGURA 17: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA FOCALIZACIÓN EN EL PROBLEMA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES .....	96
FIGURA 18: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EXCLUIR LA AUTO FOCALIZACIÓN NEGATIVA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES...	100
FIGURA 19: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA REEVALUACIÓN POSITIVA Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES	104
FIGURA 20: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA DISUADIR LA EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.....	108
FIGURA 21: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE DESALENTAR LA EVITACIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES	112
FIGURA 22: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES .....	116
FIGURA 23: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE ACERCARSE A LA RELIGIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES...	120
FIGURA 24: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.....	124

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020. Se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, en una población de 245 adultos mayores que viven en la jurisdicción del “Centro de Salud de Chilca” en el 2020; se eligió una muestra de 105 adultos mayores a los que se les aplicó el “Cuestionario de afrontamiento de Sandín B y Chorot P” y el “Cuestionario De Salud SF-36”. Los resultados fundamentales muestran que: el 24.8 % de los adultos mayores refieren tener alto o muy alto nivel de afrontamiento a situaciones agobiantes y el 28.6 % de los adultos mayores afirman tener una alta o muy alta calidad de vida en salud, asimismo existe relación significativa entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud; de forma que, cuando se incrementan el afrontamiento, mejora la calidad de vida en salud; quedando así comprobada la hipótesis propuesta (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,454).

**PALABRAS CLAVES:** afrontamiento, calidad de vida en salud, adulto mayor, enfermería, atención primaria.

## **ABSTRACT**

The objective of this research was to determine the relationship between coping and quality of life in health in elderly users of the Chilca Health Center in 2020. A cross-sectional descriptive correlational study was conducted in a population of 245 older adults who live in the jurisdiction of the “Chilca Health Center” in 2020; A sample of 105 older adults was chosen to whom the “Sandin B and Chorot P coping questionnaire” and the “SF-36 Health Questionnaire” were applied. The fundamental results show that: 24.8% of older adults report having a high or very high level of coping with overwhelming situations and 28.6% of older adults report having a high or very high quality of life in health, there is also a significant relationship. between coping and quality of life in health; so that, when coping is increased, health quality of life improves; Thus, the proposed hypothesis was verified (moderate positive Pearson's correlation coefficient; 0.454).

**KEY WORDS:** coping, quality of life in health, elderly, nursing, primary care.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

El afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales que realizan los adultos mayores para enfrentar las demandas externas y/o internas desbordantes a sus recursos dado su estado de envejecimiento; el adulto mayor realiza un esfuerzo físico y mental para encarar las situaciones problemáticas que están fuera de su posibilidad de control por el deterioro físico y mental propio de su edad avanzada (1); mientras que, se entiende por calidad de vida relacionada con la salud, a la autopercepción de bienestar y al grado de conformidad del anciano con su salud física, psicológica y social (2).

Las personas en proceso de envejecimiento utilizan determinadas conductas de afrontamiento para hacer frente a las dolencias de la senectud; si la conducta asumida es adaptativa se conserva el sentido y la percepción del bienestar personal y se puede conservar la calidad de vida relacionada con la salud que a su vez conduce a un proceso de envejecimiento más activo y saludable (3).

Las personas inmersas en un proceso de envejecimiento tienen la necesidad de utilizar estrategias para enfrentar los sucesos estresantes característicos

como: dolores, sensaciones desagradables, miedo a morir, problemas familiares, dificultades económicas, etc. El proceso de envejecimiento genera situaciones de malestar y conflicto demandando esfuerzos cognitivos y conductuales para poder manejarlos, casi siempre las demandas del proceso de envejecimiento traspasan los recursos de la persona; las estrategias de afrontamiento son las herramientas o recursos que desarrolla el adulto mayor para enfrentar a la enfermedad (4).

En un estudio realizado en Sydney, Australia; Pang J, Beach E, Gilliver M, Yeend I; demuestran que el proceso de envejecimiento afecta la vida cotidiana de la persona al perturbar su bienestar, el paciente percibe que su bienestar se reduce y tiene que modificar o renunciar a múltiples actividades ya previstas, esta situación altera la calidad de vida en salud de la persona. El tipo de maniobra de afrontamiento que utilice el adulto mayor aminora el deterioro de la calidad de vida relacionada a salud, en consecuencia, el paciente debería de adoptar una conducta más adaptativa (5).

En un estudio realizado en, Valencia, España; Meléndez J, Fortuna F, Sales A, Mayordomo T; encuentran que los pacientes con un afrontamiento adaptativo poseen mejor calidad de vida, estos perciben al envejecimiento como un reto o como un valor, mientras que el paciente con un afrontamiento no adaptativo percibe al envejecimiento como una pérdida irreparable de vida y salud, y tienen mala calidad de vida; no obstante, las condiciones particulares de cada persona en cada situación pueden cambiar la función de la estrategia, de adaptativa a no adaptativa. En adultos mayores se ha hallado que el afrontamiento centrado en la resolución de problemas es más favorable que el centrado en las emociones, la reminiscencia instrumental se basa en

recordar momentos en que se enfrentó a circunstancias difíciles y analizar lo que se necesitó para adaptarse a esas situaciones (6).

En una investigación realizada en Polonia, Zyśk E; determinan que las estrategias de afrontamiento relacionados con la confrontación, el optimismo o un espíritu de lucha se asociaban con una mejor adaptación al proceso de envejecimiento y al menor deterioro de la calidad de vida; en tanto que, los estilos de afrontamiento relacionados con: aceptación pasiva, sensación de desamparo, preocupación ansiosa, negación, evitación, amenaza, pérdida de control y fatalismo se asocian con: mayor malestar psicológico, menor adaptación al proceso de envejecimiento y mayor perjuicio de la calidad de vida (7).

En una investigación realizada en Puebla, México; García G, Arteaga D; encuentran que los adultos mayores con conductas de afrontamiento: de búsqueda de apoyo social y búsqueda de algún sentido positivo de la vejez tienen menor malestar subjetivo y salvaguardan su calidad de vida; entretanto, los enfermos que acuden a la evitación conductual sufren mayor malestar subjetivo y quebrantan su calidad de vida. La afeción a la calidad de vida reduce los recursos cognitivos y emocionales del adulto mayor que a su vez debilita las estrategias de afrontamiento o incita a que se transite a estrategias no adaptativas esto genera un mal pronóstico de la expectativa de vida (8).

A nivel nacional, Chavez E, Quispe R, encuentra que los estilos pasivos son los que usualmente toman los adultos mayores, esto implica una tendencia a perder el control sobre la situación y fomenta la dependencia, que se relaciona con mayor severidad de los problemas musculoesqueléticos, depresión y deterioro funcional con el irremediable daño a la calidad de vida. También se

ha notado que muchos acuden a sus creencias religiosas como una vía de alivio o esperanza de mejorar su situación, esta es una estrategia pasiva en la que el adulto mayor asume que ha perdido el control sobre aspectos importantes de su vida y su calidad de vida es deplorable, es notable que la percepción de calidad de vida tiene que ver con la forma en que el paciente afronta su proceso de envejecimiento. No obstante, pocos estudios han investigado esta temática en el ámbito nacional (9).

En el Centro de Salud de Chilca se observa que los adultos mayores usuarios, asumen un inadecuado afrontamiento, gran parte del tiempo tienen descargas de mal humor, son hostiles, se irritan, y niegan al proceso de envejecimiento, es habitual que su calidad de vida este deteriorada; pocas veces se les brinda asistencia y consejería para asumir conductas de afrontamiento más adaptativas, asimismo no se han encontrado estudios sobre la asociación del afrontamiento y la calidad de vida en salud en la regional.

Por todo lo expresado anteriormente, este estudio tubo como propósito determinar la relación entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.

## **1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

### **Delimitación conceptual**

El estudio se fundamenta en el hecho en qué; los adultos mayores que adoptan conductas de afrontamiento adaptativas o activas tienen una mejor conservación de su calidad de vida en salud; mientras que los adultos mayores que asumen modos de respuestas desadaptativas centradas en las emociones ante las situaciones estresantes, tienen un mayor deterioro de su calidad de vida en salud; se presumía que la forma en que es afrontado el proceso de envejecimiento por el adulto mayor se asocia con una buena calidad de vida relacionada a salud.

### **Delimitación espacial**

El estudio se realizó en pacientes adultos mayores usuarios ambulatorios del Centro de Salud de Chilca.

### **Delimitación temporal**

El estudio se efectuó en el año 2020, e involucró a todos los adultos mayores usuarios del Centro de Salud en referencia.

### 1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

#### 1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020?

#### 1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento en referencia a la **focalización en el problema** y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020?
2. ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento en referencia a **excluir la auto focalización negativa** y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020?
3. ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento en referencia a **la re evaluación positiva** y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020?
4. ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento en referencia a **disuadir la expresión emocional abierta** y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020?
5. ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento en referencia a **desalentar la evitación** y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020?
6. ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento en referencia a la **búsqueda de apoyo social** y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020?
7. ¿Cuál es la relación entre el afrontamiento en referencia a **acercarse a la religión** y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020?

## **1.4. JUSTIFICACIÓN**

### **1.4.1. SOCIAL O PRÁCTICA**

Con el desarrollo de la investigación se logró comprobar la asociación entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud en los adultos mayores. Fundados en esta demostración hemos sugerido la implementación de programas dirigidos a los adultos mayores y sus familiares que cuidan de ellos. Estos programas ampliarán el repertorio de formas de respuesta ante situaciones estresantes provocadas por el proceso de envejecimiento, también desarrollarán aptitudes para controlar la impulsividad emotiva y recurrir al uso eficiente de recursos para enfrentar de la mejor forma posible las adversidades propias de la senectud. Estas medidas mejorarán la calidad de vida en salud conduciendo al envejecimiento exitoso mejorando el bienestar del adulto mayor y su familia.

### **1.4.2. TEÓRICA O CIENTÍFICA**

El desarrollo de esta investigación nos ha posibilitado comprobar la forma en que la teoría del envejecimiento exitoso de Rowe & Kahn, se aplica en situaciones particulares como son los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca que tienen dificultades en el afrontamiento de las adversidades del envejecimiento y han visto acelerado el deterioro de su calidad de vida en salud. Según esta teoría las conductas de afrontamiento favorecen a las habilidades de reducción del riesgo de enfermar; asimismo,

mantener un alto nivel de actividad física y mental, conservar el compromiso con la vida, llevar buenas relaciones interpersonales y participar en actividades significativas son los impulsores de la calidad de vida en salud. El estudio aporta datos que sustentan de forma empírica la validez de esta teoría dado; que sí explica, la realidad de los adultos mayores usuarios del centro de salud en mención.

### **1.4.3. METODOLÓGICA**

En la investigación se utilizaron instrumentos validados en su versión original, pero fueron traducidos con fines de este estudio, por lo que en el contexto de la investigación se comprobó la validez y confiabilidad de los mismos. En consecuencia, estos instrumentos podrán ser empleados en próximos estudios de investigación sobre el afrontamiento y la calidad de vida en salud; también se podrán utilizar en evaluaciones institucionales que quieran valorar el afrontamiento y la calidad de vida en salud en adultos mayores.

## 1.5. OBJETIVOS

### 1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020

### 1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la relación entre el afrontamiento en referencia a la **focalización en el problema** y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020
2. Establecer la relación entre el afrontamiento en referencia a **excluir la auto focalización negativa** y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020
3. Establecer la relación entre el afrontamiento en referencia a **la re evaluación positiva** y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020
4. Establecer la relación entre el afrontamiento en referencia a **disuadir la expresión emocional abierta** y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020
5. Establecer la relación entre el afrontamiento en referencia a **desalentar la evitación** y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020
6. Establecer la relación entre el afrontamiento en referencia a la **búsqueda de apoyo social** y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020
7. Establecer la relación entre el afrontamiento en referencia a **acercarse a la religión** y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO**

León M, Flores M, Mendoza N, desarrollan un estudio titulado “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en población anciana”; en Quito, Ecuador con el objetivo de analizar las diferencias en los niveles de calidad de vida de los ancianos, controlando el tipo de estrategias de afrontamiento implementadas, para lo cual realizaron un estudio correlacional considerando una muestra de 100 adultos mayores a los que se les aplicó el Coping Strategies Inventory y el Quality of Life (QOL), entre los resultados se destaca que la calidad de vida estuvo mediada por estrategias de afrontamiento y los estados de ánimo, los adultos mayores con un alto nivel de incertidumbre es más probable que usen estrategias de afrontamiento emocionales evasivas que a su vez amplifican la ansiedad y la depresión y socavan su calidad de vida, existe la necesidad de consejerías dirigidas a desplazar gradualmente las estrategias de afrontamiento evitativo al activo (10).

Parshad N, Tufail A, realizan el estudio titulado “Depresión, ansiedad, afrontamiento y calidad de vida entre los ancianos que viven en hogares de

ancianos y en entornos familiares” en Lahore. Pakistan; con el objetivo de evaluar las diferencias en la depresión, la ansiedad, el afrontamiento y la calidad de vida entre los ancianos que residen en hogares de ancianos y dentro de la configuración familiar; para lo cual se realizó un estudio correlacional de corte transversal considerando una muestra de 120 ancianos a los que se les administró el Test Breve COPE y el Cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud, entre los resultados se destaca la calidad de vida es moderadamente alterada a pesar de algunas facetas negativas específicas del envejecimiento y las experiencias del tratamiento; la aceptación, el apoyo emocional y la religión fueron las estrategias de afrontamiento centradas en el problema utilizadas con mayor frecuencia, el alivio y la desconexión conductual fueron las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción más frecuentemente utilizadas por los adultos mayores; los ancianos informaron que utilizaron significativamente más afrontamiento centrado en el problema que el afrontamiento centrado en la emoción, y que el afrontamiento centrado en el problema y menos centrado en la emoción predijo una mayor calidad de vida; el afrontamiento centrado en el problema se relacionó con el bienestar físico y espiritual de los pacientes y el afrontamiento basado en la emoción se relacionó inversamente con el bienestar psicológico y social; las estrategias de afrontamiento influyen en la calidad de vida de los ancianos y su adaptación psicosocial al proceso de envejecimiento (11).

Rao S, Chennamsetty S, desarrollan un estudio titulado “Un estudio comparativo de la morbilidad psiquiátrica, la calidad de vida (QOL), las

habilidades de afrontamiento entre las personas mayores que viven en hogares de ancianos y en la comunidad” en Hyderabad, India; con el objetivo de estudiar y comparar la morbilidad psiquiátrica, la morbilidad médica, la calidad de vida, las habilidades de afrontamiento, los eventos estresantes de la vida de los adultos mayores que residen en el hogar de ancianos y la comunidad, para lo cual se realizaron un estudio correlacional de corte transversal considerando una muestra de 50 adultos mayores a los que se les administro el Cuestionario Breve COPE y la lista de verificación de síntomas de Rotterdam, entre los resultados se destaca que las estrategias activas de afrontamiento están correlacionado de forma positiva con la calidad de vida pero se encuentran mediada por la resiliencia; una mejor comprensión de la realidad, una capacidad superior de autorreflexión y una menor propensión a la angustia emocional son favorables a la calidad de vida, el deterioro global en la calidad de vida se correlacionó con la estrategias de afrontamiento no adaptativas (12).

Oles M, Oles P, realizan un estudio titulado “Estilo de afrontamiento y calidad de vida en pacientes de edad avanzada con trastornos de la visión” en Lublin, Polonia, con el objetivo de evaluar el estilo de afrontamiento y la calidad de vida en pacientes con glaucoma y cataratas; para lo cual se realizó un estudio observacional correlacional considerando una muestra de 237 adultos mayores a los que se les administró el Cuestionario de calidad de vida cuestionario (QOLQ) y el Cuestionario de estilos de afrontamiento medidos por CISS; entre los resultados se destaca que los ancianos con un mayor uso de los estilos de afrontamiento de impotencia/desesperanza, preocupación

ansiosa y evitación cognitiva informaron una peor calidad de vida. La imagen corporal mediaba la relación entre los estilos de afrontamiento de la preocupación ansiosa, la impotencia/desesperanza y la calidad de vida. La morbilidad psicológica medió la relación entre impotencia desesperanza y calidad de vida. Por lo tanto, es importante que los profesionales de la salud conozcan la angustia emocional y la imagen corporal del anciano para identificar quienes corren un mayor riesgo de tener una mala calidad de vida (13).

Levasseur M, Couture M, realizan un estudio titulado “Estrategias de afrontamiento asociadas con la participación y la calidad de vida en adultos mayores” en Quebec, Canada, con el objetivo de examinar las asociaciones entre, por un lado, estrategias de afrontamiento centradas en problemas y emociones utilizadas para tratar las limitaciones de envejecimiento o problemas de salud y, por otro lado, la participación y la calidad de vida; para lo cual realizaron un estudio correlacional transversal con un componente cualitativo considerando una muestra de 82 adultos mayores a los que se les aplicó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA) y el Inventario de Respuestas de Afrontamiento para Adultos (CRI-A), entre los resultados se destaca que la mayoría de los adultos mayores afronta el proceso de envejecimiento con estrategias de aproximación, es notoria la diferencia entre los que están hospitalizados y los que llevan el tratamiento ambulatorio, donde estos últimos presentan una percepción y calificación más favorable de su calidad de vida, el estudio mostró que el estilo de afrontamiento ha sido considerado como un factor mediador importante con relación a la adaptación

al envejecimiento, son las estrategias de aproximación las que favorecen a la calidad de vida (14).

Kroemeke A, realizan un estudio titulado “Flexibilidad de afrontamiento y calidad de vida relacionada con la salud entre adultos mayores: el efecto compensatorio de la co-rumiación” realizado en Múnich, Alemania, con el objetivo de identificar los distintos patrones multidimensionales de las estrategias para hacer frente a las condiciones de salud crónicas y su asociación con los cambios en la calidad de vida relacionada con la salud física y psicológica (CVRS) entre los adultos mayores; para lo cual realizan un estudio correlacional transversal considerando una muestra de 210 adultos mayores a las que se les aplicó el cuestionario de salud SF-36 y el inventario de estimación de afrontamiento COPE, entre los resultados se destaca que de la calidad de vida relacionada a salud, el componente físico se vio más afectado que el componente mental, asimismo el afrontamiento orientado a la emoción estaría ligado a la sensación de falta de control sobre su situación, característica que a su vez, está asociada a estados psicológicos de indefensión, sensación de pérdida y depresión, las cuales tienden a impactar negativamente la calidad de vida relacionada a la salud en las personas con proceso de envejecimiento (15).

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. AFRONTAMIENTO EN ADULTOS MAYORES**

Tradicionalmente, el afrontamiento se discutió bajo dos tipos de literatura. En primer lugar, en los experimentos con animales como mecanismo de supervivencia de un organismo para escapar, evitar y superar los agentes nocivos. Un segundo tipo se basó en la psicología psicoanalítica, también conocida como el enfoque del yo psicoanalítico con un proceso de pensamiento realista y flexible para resolver problemas y reducir el estrés (16).

#### **2.2.1.1. FOCALIZACIÓN EN LA SITUACIÓN O PROBLEMA**

El afrontamiento centrado en el problema es un medio de lidiar con el estrés al buscar la causa fundamental del estrés. Al dar un paso atrás y observar la situación objetivamente, y sin dejar que la emoción se interponga (esto puede ser más difícil de lo que parece, pero vale la pena intentarlo), puede comenzar a comprender la fuente de su estrés. En este escenario de trabajo imaginario, quizás esté tan apurado y sobrecargado de trabajo porque su departamento fue reestructurado hace dos meses y el nuevo sistema no funciona. Lo primero que debe hacer es tomarse un tiempo para considerar realmente si el problema es modificable o no. En la mayoría de los casos, lo será. Trate de permanecer lo más objetivo posible, pero deje en claro que se encuentra en una situación inviable. A partir de este punto, puede sugerir los cambios que tanto necesita la oficina (17).

Lo que acaba de suceder en ese escenario es que la lucha por el poder ha cambiado a su favor. A menudo, el estrés se produce porque nos sentimos

impotentes para cambiar nuestro entorno y nuestras situaciones. El afrontamiento enfocado en problemas saca la alfombra de debajo de ese tipo de pensamiento y le pide que la mire desde otro ángulo. ¿Hay alguna forma de controlar la situación? Si tuviera el control de la situación, ¿qué haría para cambiarla? Esto es a la vez potenciador y orientado a la acción. Ayuda a motivarlo a hacer algo con respecto a su situación, en lugar de simplemente resignarse a ello (18).

Identificar la fuente de su estrés si es un paso importante, pero solo el primero. Abordar y, con suerte, eliminar el factor estresante puede llevar algún tiempo. Para ayudarlo a mantenerse enfocado, es una buena idea esbozar un plan sobre cómo espera abordar la situación, completo con un marco de tiempo e hitos. Solicite ayuda si corresponde. Entonces has descubierto lo que te estresa tanto, pero solo hay un problema: es enorme. La fuente de su estrés podría ser una gran parte de su vida, y abordarlo por su cuenta podría no ser práctico. En el caso de obstáculos como la venta de una casa, o la solución de un problema médico, o la mejora de su bienestar financiero, puede ser aconsejable obtener la ayuda de un profesional. Deja que te guíen en el camino hacia tomar el control tú mismo, pero definitivamente acepta la ayuda que ofrecen (19).

#### 2.2.1.2. AUTOFOCALIZACIÓN NEGATIVA

La autoculpabilidad es un correlato importante del funcionamiento psicológico que generalmente se evalúa como una forma de afrontamiento. Los investigadores suelen encontrar una relación entre la alta culpa y el ajuste emocional más pobre. La auto-culpa alta puede estar asociada con una mayor

gravedad y duración de los episodios depresivos. La autculpa también puede perpetuar episodios depresivos además de servir como síntoma de un episodio. Aunque la mayoría de los investigadores enfatizan la naturaleza desadaptativa de la auto-culpa, algunos investigadores han investigado sus efectos adaptativos (20).

La autculpabilidad puede adaptarse a los adultos mayores al reducir la ansiedad asociada con la pérdida de control. Por lo tanto, la autculpabilidad puede estar asociada con aumentos en el control percibido y los beneficios psicológicos que confieren tales aumentos. Muchos investigadores han distinguido entre los tipos de auto-culpa, se identificó dos tipos de autculpables. El primer tipo es la auto-culpa característica en la cual la culpa se enfoca en los atributos personales del individuo. Esta es la culpa "relacionada con la estima". Cuando una víctima culpa a sus propios atributos personales (p. Ej., "Confío demasiado"), está utilizando la culpabilidad caracterológica. El segundo tipo de auto-culpa, la auto-culpa del comportamiento, se centra en la acción. Este tipo de autculpa se centra en comportamientos y acciones en lugar de atributos personales y no socava la autoestima. La auto-culpa del comportamiento puede promover la creencia general de las víctimas de que los resultados negativos son evitables (21).

La auto-culpa social, este tipo de culpa se centra en las influencias sociales de abandono al adulto mayor, para las atribuciones causales se ha sugerido que la victimización repetida puede dar lugar a atribuciones de culpables diferentes a los episodios únicos de victimización. La victimización traumática discreta, puede provocar más culpa conductual que caracterológica. La victimización más crónica, como la violencia doméstica, puede provocar el uso

de la culpabilidad caracterológica. Los adultos mayores maltratados tendrían atribuciones de culpa, pueden preguntarse si tienen la culpa o no de las acciones de su abusador. Debido a esto, pueden ser cada vez más propensos a hacer atribuciones caracterológicas de autoculpa a medida que continúan los golpes (22).

### 2.2.1.3. REEVALUACIÓN POSITIVA

La reevaluación positiva es una de esas estrategias de afrontamiento que podría ser particularmente relevante para la población de mayor edad para hacer frente al proceso de envejecimiento. La reevaluación positiva es una estrategia de afrontamiento basada en el significado, mediante la cual la persona hace frente a un evento estresante de la vida buscando un significado positivo entre la negatividad. El significado del evento estresante se reinterpreta en una luz más positiva, por lo que el individuo llega a creer que se ha obtenido algo valioso o beneficioso de la situación, como una mayor sabiduría o crecimiento personal. Por lo tanto, la reevaluación positiva le permite al individuo obtener una respuesta emocional más positiva al reformular la evaluación cognitiva de la situación y, en consecuencia, se ha encontrado que se relaciona con un mayor afecto positivo y no con un afecto negativo (23).

El objetivo de la reevaluación positiva no es reformular la adversidad con optimismo poco realista, sino reconocer que se puede encontrar algún significado positivo y, por lo tanto, la realidad no está distorsionada. En consecuencia, la reevaluación positiva requiere que el individuo: identifique el valor positivo por sí mismo, lo perciba como personalmente significativo,

reconozca que la ganancia surgió de haber enfrentado la experiencia negativa, y continúa reconociendo la negatividad de la situación. Una definición de reevaluación positiva que incorpora estos elementos clave es: el proceso de encontrar un significado positivo personalmente relevante a partir de una experiencia frente a su realidad negativa. Es importante diferenciar claramente el constructo de reevaluación positiva de construcciones similares en la literatura (24).

El término reevaluación positiva se origina en el modelo transaccional de estrés, aunque términos similares se refieren a reinterpretación y reformulación positiva, aunque el estrés es omnipresente, la respuesta individual al estresante determina la experiencia del estrés. En consecuencia, la reevaluación positiva constituye un afrontamiento centrado en la emoción porque implica cambiar la evaluación cognitiva de la situación sin cambiar la realidad objetiva. La reevaluación positiva también constituye una forma de regulación de las emociones, el proceso de gestión de la naturaleza, el momento o la expresión de las emociones, que no es un proceso único, sino un término general que abarca numerosos procesos a través de la conciencia fisiológica, social e inconsciente, dominios conductuales y cognitivos (25).

Como la reevaluación positiva implica una reevaluación consciente del evento para identificar una ganancia positiva, puede conceptualizarse como una estrategia de regulación cognitiva emocional consciente, y puede diferenciarse de otras estrategias de regulación cognitiva emocional. Si bien la reevaluación positiva y el reenfoque positivo implican pensamientos positivos, el reenfoque positivo implica cambiar la atención del evento estresante a los temas agradables. Por lo tanto, en contraste con la

reevaluación positiva, los pensamientos positivos no necesitan estar relacionados con el evento, la negatividad del evento se evita a través de la distracción y no se requiere la identificación del significado personal. Si bien la reevaluación positiva, la puesta en perspectiva y la aceptación implican reconocer la negatividad del evento, las dos últimas estrategias no requieren pensamientos positivos sobre el evento y la interpretación del evento no cambia a través de la búsqueda de un significado personal (26).

A diferencia de la estrategia de decatastrofización, la reevaluación positiva no supone que existan distorsiones cognitivas, pero reconoce la realidad negativa del evento. La reevaluación positiva también puede diferenciarse conceptualmente de construcciones similares en la literatura sobre crecimiento postraumático y hallazgo de beneficios. El crecimiento postraumático sigue a una experiencia traumática, mientras que puede producirse una reevaluación positiva después de cualquier experiencia negativa. Además, el crecimiento postraumático es el resultado de luchar contra el trauma, en el que el resultado es una ganancia psicológica positiva, mientras que la reevaluación positiva es el proceso que conduce al resultado de una ganancia psicológica positiva (27).

#### 2.2.1.4. EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA

Las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones toman muchas formas, incluidos los intentos de evitar los sentimientos y los intentos de expresarlos. Estas diversas estrategias pueden tener consecuencias muy diferentes para el bienestar y deben ser desenredadas antes de que los investigadores puedan determinar qué procesos de afrontamiento son

beneficiosos. Para abordar estas limitaciones, desarrollamos una medida para evaluar el afrontamiento del enfoque emocional, que incluye dos facetas distintas: expresión emocional (es decir, expresiones verbales o no verbales de emociones) y procesamiento emocional (es decir, intentos activos para reconocer y comprender las emociones). En primer lugar, debe tenerse en cuenta que el afrontamiento emocionalmente expresivo puede asumir muchas formas (por ejemplo, escribir en un diario, discutir sentimientos con amigos) y que generalmente se acompaña de otras estrategias. Los esfuerzos de afrontamiento no se detienen cuando una persona comienza a llorar o escribe en un diario, "Me siento tan horrible". En cambio, esa persona podría pasar a etiquetar las emociones específicas que está experimentando, para organizar la experiencia estresante en una coherente historia y reevaluar los pensamientos y sentimientos relacionados con el estresante (o, alternativamente, la persona podría tratar de calmar las lágrimas y la angustia) (21).

Las consecuencias del afrontamiento emocionalmente expresivo dependen de las características del estresante, el entorno, la persona y el afrontamiento en sí mismo. Con respecto a los atributos de afrontamiento expresivo, las expresiones públicas y privadas de emociones relacionadas con el estresante, al menos en un contexto experimental, no parecen producir efectos diferenciales. El momento de la expresión emocional en relación con el inicio de un estresante puede moderar su utilidad. Los estudios de escritura expresiva han demostrado que es más probable que la expresión emocional refuerce la salud cuando el factor estresante ocurrió recientemente, lo que sugiere que la expresión emocional es menos útil para eventos más distantes.

Sin embargo, la expresión emocional inmediatamente después de un trauma colectivo puede predecir un ajuste deficiente. Se necesita investigación futura para determinar el momento más adaptable de la expresión emocional en relación con el inicio del estresante y el modo óptimo de expresión emocional (por ejemplo, privado versus público) (22).

La forma en que se expresan las emociones específicas (por ejemplo, ira, tristeza) y el grado de afrontamiento expresivo también pueden moderar sus efectos (por ejemplo, tanto la falta total de expresión como la expresión intensa y sin restricciones pueden ser desadaptativas). Con respecto a los atributos de los factores estresantes, es más probable que las personas participen y se beneficien de expresar emociones en respuesta a factores estresantes incontrolables que los factores estresantes controlables, que son más susceptibles de afrontar problemas enfocados. Sin embargo, incluso cuando una situación responde a la resolución de problemas, puede tener aspectos emocionalmente evocadores que se benefician de la expresión (27).

El contexto social en el que se produce la expresión emocional influye indudablemente en su utilidad. Los atributos personales (por ejemplo, el género) también pueden modificar la relación entre el afrontamiento emocionalmente expresivo y el ajuste relacionado con el estrés. Las mujeres a menudo informan niveles más altos de afrontamiento emocionalmente expresivo que los hombres, aunque la diferencia no es grande. El género es un moderador inconsistente de los efectos. Hacer frente a un estresante a través de la expresión emocional predice mejoras en la satisfacción con la vida y los síntomas depresivos para las mujeres jóvenes, pero disminuye los resultados para los hombres jóvenes. En contraste, la investigación con

muestras más antiguas ha revelado que el afrontamiento emocionalmente expresivo puede ser adaptativo para ambos sexos. Es probable que los atributos específicos relacionados con el género influyan en la relación entre afrontamiento y ajuste (21).

#### 2.2.1.5. EVITACIÓN

Las estrategias de evitación pueden interferir con la acción apropiada cuando existe la posibilidad de afectar la naturaleza de una amenaza. Las estrategias de evitación también pueden provocar entumecimiento emocional, intrusiones no deseadas de material amenazante y conductas de evitación disruptivas cuando hay un intento consciente o inconsciente de mantener cogniciones y afectos amenazantes fuera de la conciencia. Por ejemplo, al servicio de mantener el material amenazante fuera de conocimiento, un individuo puede restringir severamente sus actividades para evitar recordatorios de un incidente traumático. La falta de conciencia de la relación entre los síntomas psicológicos y una amenaza o trauma puede ser una consecuencia costosa de una orientación lejos del estrés (26).

Puede haber, por ejemplo, una reacción psicológica retrasada que no se ve correctamente como una respuesta al evento traumático, o incluso una reacción más inmediata con síntomas que obviamente no están relacionados con el trauma de ninguna manera. Si no se establece una conexión entre la reacción y el trauma, se reduce la posibilidad de un tratamiento y recuperación adecuados. La preocupación y la angustia no productivas se convierten en consecuencias más probables del enfoque, y los beneficios potenciales de la

evitación ya no dependen del uso de estrategias de acercamiento para su realización (27).

La evitación se vuelve complicada y potencialmente problemática cuando se aplica a nuestro mundo interior. Las formas elaboradas en las que nos alejamos y evitamos las emociones difíciles pueden meternos en problemas que pueden terminar peor que las emociones de las que estábamos huyendo. La evitación situacional es el tipo de evitación más utilizado. Si un paciente evita habitualmente las actividades sociales, o deja un trabajo cada vez que hay alguien allí que no le gusta, el cliente está utilizando la evitación situacional. Las personas que usan la evitación situacional pueden temer a ciertos individuos o tipos de personas, lugares que los hacen sentir pánico o ansiedad, diferentes tipos de animales, alimentos, actividades o situaciones sociales (21).

La evitación cognitiva se trata de evitar eventos internos como pensamientos o recuerdos desagradables o angustiantes. Con este tipo de evasión, las personas suelen tomar medidas para suprimir o rechazar la experiencia de ciertos tipos de pensamientos que se sienten desagradables o abrumadores. Las estrategias para evitar eventos internos no deseados pueden implicar decirse conscientemente que no piense en algo, o tomar medidas para "adormecer" los pensamientos no deseados. La evitación cognitiva también puede aparecer como preocupación y rumia. A veces, la evitación cognitiva parece tratar de reemplazar los pensamientos indeseables con otras cosas, como soñar despierto, frases repetitivas, incluso oraciones. Las afirmaciones positivas a menudo son útiles para las personas, pero decir las compulsivamente puede ser una forma de evitar pensamientos o recuerdos

angustiantes en lugar de trabajar con ellas de una manera que pueda proporcionar un alivio duradero (24).

La evitación protectora como el uso de comportamientos de seguridad excesivos que pueden incluir control, limpieza, preparación excesiva o perfeccionismo. Los clientes que presentan síntomas de trastorno obsesivo compulsivo y trastornos alimentarios a menudo utilizan estrategias de evitación protectora. Pero también hay un lado curioso de la evitación protectora. La dilación también se considera una forma de evasión protectora. Cualquiera que haya experimentado ansiedad sabe que generalmente es una combinación de síntomas mentales y físicos. La tensión en el pecho, la respiración superficial, el aumento de la frecuencia cardíaca y las palmas sudorosas pueden aparecer junto con pensamientos angustiantes cuando una persona se siente ansiosa. Otros desafíos emocionales, como la depresión, la ira, el dolor y la angustia, también vienen con síntomas somáticos notables (26).

Evitar la sustitución es esencialmente tratar de reemplazar un sentimiento con otro. Una persona puede reemplazar el dolor con enojo u otra emoción que se siente más tolerable para ella en ese momento. Entumecer es también una forma de evitar la sustitución. Por ejemplo, los pacientes que no pueden hacer frente a las emociones difíciles pueden consumir alimentos, sustancias, sexo, pornografía, compras o juegos de azar como una forma de distraerse. La evitación es tan natural y común que puede tomar formas complejas y verse completamente diferente de una situación a otra. Evitar no siempre es desadaptativo, pero en muchos casos involucra eventos internos, no es sostenible a largo plazo y puede empeorar las cosas. Comprender las formas

en que los clientes pueden alejarse o rechazar habitualmente las emociones difíciles es un gran lugar para comenzar a ayudarlos a desarrollar respuestas más adaptativas a la angustia (25).

#### 2.2.1.6. BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL

El apoyo social se refiere a la experiencia de ser valorado, respetado, cuidado y amado por otros que están presentes en la vida de uno. Puede provenir de diferentes fuentes, como familiares, amigos, maestros, comunidad o cualquier grupo social para cuál está afiliado. El apoyo social puede venir en forma de asistencia tangible proporcionada por otros o en forma de apoyo social percibido que evalúa la confianza de las personas en la disponibilidad de apoyo adecuado cuando sea necesario. Investigaciones anteriores muestran que el bajo apoyo social es uno de los predictores de problemas psicológicos y se asocia con depresión, ansiedad, problemas de atención, problemas sociales, quejas somáticas y baja autoestima. Parece que el papel del apoyo social es muy importante porque se considera como un mecanismo para amortiguar los estresores de la vida y promover la salud y el bienestar (22).

El apoyo social consiste en abordar necesidades tangibles, como la asistencia con el transporte, el hogar y el cuidado personal, así como el apoyo emocional, como ser escuchado, comprendido y consolado. El apoyo social ha sido reconocido como un importante determinante social de la salud porque ayuda a las personas a alcanzar sus necesidades físicas y emocionales, y reduce los efectos de los eventos estresantes en su calidad de vida. Más recientemente, muchos estudios han demostrado una relación entre el apoyo

social y la salud, incluida la mortalidad, las enfermedades crónicas, la cognición, los síntomas depresivos y el bienestar. La salud autovalorada a menudo se considera una medida de salud válida, confiable y sólida, así como un predictor de mortalidad entre las personas mayores. También se han demostrado las asociaciones entre el bajo apoyo social y la mala salud percibida, incluida la calidad de vida relacionada con la salud. Por lo tanto, las intervenciones dirigidas al apoyo social pueden ser una prioridad para mejorar el bienestar de las personas mayores y maximizar su salud y capacidad funcional (23).

La estructura de la red social puede influir en el apoyo social a través de su función mediadora. Por ejemplo, el apoyo de amigos o vecinos es particularmente importante para las personas mayores porque es flexible y brinda una mejor oportunidad para ser entendido y compartir experiencias. Las redes sociales personales pueden proporcionar compañía social, ayuda instrumental y comodidad emocional a los ancianos, lo que ayuda a aliviar la presión, reducir los sentimientos depresivos y moderar los efectos negativos de los eventos estresantes de la vida en la salud (28).

En segundo lugar, la participación comunitaria y la participación en actividades sociales ayudan a las personas mayores a permanecer conectadas con la sociedad. Un factor importante que influyó en el envejecimiento exitoso de la población es la participación en actividades sociales. Las actividades sociales en las que participaban los ancianos habían aumentado en los últimos años, al igual que su apoyo social y satisfacción con la vida. La utilización del soporte porque las personas pueden no utilizar su soporte de manera efectiva incluso si se les proporciona recursos de soporte

importantes, mantener la armonía en los grupos sociales era una de las normas significativas en la cultura asiática, muchas personas pensaron que buscar ayuda podría afectar la relación amistosa entre ellos (29).

#### 2.2.1.7. RELIGIÓN

Se ha demostrado que la religión y la espiritualidad son aspectos importantes de la salud entre las personas de edad avanzada, existe una menor mortalidad entre los asistentes frecuentes a los servicios religiosos y una mayor percepción subjetiva de salud entre aquellos que participan en actividades religiosas privadas. Un posible mecanismo para los efectos protectores de la religión es a través de la mejora del bienestar psicológico. Los investigadores proponen que las personas con una fuerte identificación religiosa pueden tener una mayor capacidad de recuperación para hacer frente a los factores estresantes y han demostrado una mayor satisfacción con la vida de las personas involucradas en actividades religiosas privadas. Además, los estudios de afrontamiento religioso han encontrado tasas más altas de depresión entre las personas mayores con estrategias de afrontamiento religiosas deficientes (30).

La espiritualidad pertenece a la búsqueda de sentido en la vida y a la conexión con un poder superior o ser supremo y naturaleza. "La espiritualidad es el aspecto de la humanidad que se refiere a la forma en que los individuos buscan y expresan el significado y el propósito y la forma en que experimentan su conexión con el momento, con uno mismo, con los demás, con la naturaleza y con lo significativo o sagrado". Estas atribuciones reflejan comportamientos y creencias espirituales. Las creencias espirituales son

valores altamente personales que se vuelven cada vez más importantes con la edad. Las doctrinas o textos religiosos prescriben cómo las personas deben vivir sus vidas y tratar a los demás. El afrontamiento espiritual y religioso es el uso de la espiritualidad y los comportamientos religiosos para superar problemas y eventos estresantes de la vida (31).

Puede ser positivo y negativo. Es positivo son resolver los problemas de uno en colaboración con Dios y buscar ayuda y consuelo en la literatura religiosa. Es negativo puede manifestarse como una reevaluación de los poderes de Dios y creer que Dios es castigador. Es un área de estudio importante en la edad avanzada, ya que el envejecimiento se asocia con múltiples pérdidas físicas y sociales. Las personas generalmente experimentan disminuciones en el funcionamiento físico y enfermedades crónicas con la edad. Hay un número creciente de estudios que indican que la religión tiene beneficios relacionados con la salud en la edad avanzada. Las personas mayores también experimentan pérdidas de otras personas significativas con la edad. La religión es un componente esencial para enfrentar las pérdidas físicas y sociales relacionadas con la edad (32).

Cuando las personas mayores enfrentan adversidades físicas y sociales, son más propensas que las personas más jóvenes a confiar en la religión. Las creencias espirituales y religiosas son componentes importantes de la calidad de vida a cualquier edad. La religión positiva ha mejorado la calidad de vida general de los adultos que viven en la comunidad de todas las edades. El afrontamiento religioso ha mejorado la calidad de vida entre los musulmanes mayores en términos de su salud mental y funcionamiento social. A medida que las personas envejecen, el lugar donde viven se convierte en un aspecto

especialmente importante de la calidad de vida. Las creencias espirituales, religiosas y personales han mejorado la calidad de vida de las personas sanas y enfermas menores de 60 años que vivían en su propio hogar. Los aspectos de la calidad de vida fueron psicológicos, sociales, ambientales y globales. La religión positiva también ha mejorado la autonomía, las oportunidades de intimidad y los temores sobre la muerte (31).

### **2.2.2. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD**

Es la percepción que tiene un individuo de su condición física, mental, autosuficiencia, relaciones sociales, ambiente, religión, creencias, convicciones y puntos de vista; toma en consideración los siguientes elementos: la capacidad funcional, que es la capacidad de satisfacer sus necesidades cotidianas para asumir o continuar en sus roles sociales así como la eficiencia intelectual y emocional; la forma en que percibe su situación en la vida además de su satisfacción con la vida que lleva y el nivel general de aptitud que posee a su edad o al sobrellevar una enfermedad o ser convaleciente (33).

La salud, es una predisposición general y una capacidad para el desarrollo integral de la persona, la capacidad de desempeñar funciones sociales y adaptarse al entorno en constante cambio; asimismo es un proceso de búsqueda y mantenimiento de un equilibrio continuamente perturbado por las presiones del entorno interno y externo. La salud así concebida es el recurso más valioso del individuo; por lo tanto, su papel en la conformación de la calidad de vida es determinante. El enfoque holístico de la salud se basa en

las dimensiones: física, psicológica (mental y emocional), social, pública, espiritual (34).

#### 2.2.2.1. FUNCIÓN FÍSICA Y ROL LABORAL

La calidad de vida es la expresión de la percepción y reacción de una persona a su estado de salud u otros aspectos no clínicos de sus propias vidas. Presumimos que la percepción de la vida puede estar fuertemente (pero de manera diferente) asociada con las medidas de la función física, ya que diferentes instrumentos para medir la función física pueden estar asociados de manera diferente con la calidad de vida (35).

La discapacidad en tareas específicas lleva a una peor calidad de vida percibida (en particular, el manejo de las finanzas y la preparación de comidas). La calidad de vida es la percepción personal y la representación de los sentimientos sobre el propio estado de salud y los aspectos no médicos de la vida. Por lo tanto, el estado de salud global o el estado funcional (a menudo erróneamente considerados sinónimos de calidad de vida) pueden ser desencadenantes o promotores de diferentes percepciones de vida. En otras palabras, una persona discapacitada puede tener una excelente calidad de vida (es decir, una excelente percepción de esa vida). Sin embargo, el hecho de que el mal estado de salud o la función física tienen más probabilidades de afectar negativamente la percepción de la propia vida no se puede ignorar (36).

Una reducción en el rendimiento físico puede no ser suficiente para perjudicar el funcionamiento general de una persona mayor. En otras palabras, un individuo con una velocidad de caminata lenta aún puede

funcionar adecuadamente (es decir, todavía tiene una calidad de vida suficiente). Por el contrario, las discapacidades que parecen limitar sustancialmente la capacidad de las personas para funcionar en su propio entorno. Existe mayor "susceptibilidad" de las mujeres al percibir una peor calidad de vida debido al deterioro físico, en comparación con los hombres. Más específicamente, una discapacidad resultante en tareas específicas expone a las mujeres a un riesgo particularmente alto de mala calidad de vida (33).

Los hombres aceptan más fácilmente su condición de discapacidad que las mujeres. Por lo tanto, nuestros hallazgos sugieren que, al evaluar la relación entre la función física y la calidad de vida, las mujeres deben analizarse por separado de los hombres. En nuestra muestra, las mujeres presentaron peor función física y percepción de calidad de vida en comparación con los hombres. Por lo tanto, nuestros hallazgos pueden explicarse, al menos en parte, por el estado general más saludable de los hombres (haciéndolos no solo una muestra más homogénea, sino también menos propensos a quejarse de una calidad de vida reducida). Una explicación adicional de las diferencias de género que muestran nuestros resultados puede ser el apoyo posiblemente diferente que reciben los hombres y las mujeres, lo que determina las diferentes influencias en la calidad de vida percibida. Los ancianos que viven con enfermedades más crónicas, reportan mayores problemas con la función física y tienen una mayor incidencia de discapacidad, una peor calidad de vida en los ancianos podría ser consecuencia de un deterioro más rápido de la función física percibida, pero no de la capacidad funcional física real (35).

El concepto de envejecimiento productivo está relacionado con la idea de productividad, conectada con el beneficio colectivo que las personas mayores obtienen a través de sus propias acciones y actividades individuales, la productividad es importante para el uso personal, es esencial que esté acompañada por la participación y las relaciones con el entorno social y el apoyo a las actividades cívicas y comunitarias. Las personas mayores participan en una variedad de ocupaciones y trabajos que mantienen su capacidad productiva en la vida cotidiana para apoyar las actividades de las familias y las comunidades en las que viven o trabajan para satisfacer sus necesidades financieras, como la venta de bienes en las calles y otras tareas. El envejecimiento productivo implica las dimensiones del trabajo remunerado, el trabajo doméstico familiar, el trabajo voluntario en la comunidad y las actividades educativas y culturales (33).

#### 2.2.2.2. SENSACIÓN DE BIENESTAR

El envejecimiento exitoso no depende solo del estado clínico de salud, sino también de los recursos psicológicos y sociales. Se ha demostrado la importancia de las percepciones individuales de la salud en lugar del único recuento de enfermedades crónicas. Se han estudiado los determinantes de la calidad de vida en el contexto de diferentes patologías utilizando un modelo general que explora los síntomas emocionales, cognitivos, físicos y el estado funcional. El análisis integrador de varias dimensiones psicológicas, como la autoestima, la angustia psicológica, las percepciones del envejecimiento y el afrontamiento, pueden proporcionar una visión interesante de varios aspectos de la vida. Hasta donde sabemos, ningún estudio previo incluyó el papel o la mediación de todos estos predictores en la evaluación de la calidad de vida

de las personas mayores. Teniendo en cuenta su impacto potencial, podría ser útil para los profesionales considerar estas dimensiones psicológicas para planificar intervenciones apropiadas destinadas a promover el envejecimiento exitoso (34).

La angustia psicológica es un importante predictor negativo de calidad de vida. El principal resultado de nuestro estudio es el efecto significativo directo de la percepción positiva del envejecimiento sobre la calidad de vida sin ninguna mediación a través de otras dimensiones psicológicas. Las percepciones positivas del envejecimiento son desafiadas por los estereotipos negativos generalizados de la vejez en la sociedad. También se demostró que las personas con una percepción positiva de su propio envejecimiento eran menos vulnerables a la activación de un estereotipo negativo de adultos mayores en la condición de amenaza de estereotipo (37).

La autoestima y la percepción negativa del envejecimiento, están mediadas por la angustia psicológica. La autoestima está de hecho fuertemente, positivamente vinculada al bienestar subjetivo y negativamente correlacionada con la ansiedad y la depresión, con el sentimiento de escaso valor personal. Nuestros resultados también destacan el papel del afrontamiento centrado en la emoción, en lugar del afrontamiento centrado en el problema. Las estrategias de afrontamiento emocional, recurriendo a estrategias personales positivas (auto-distracción, reformulación positiva, aceptación, humor) tuvieron un efecto significativo en la autoestima. Esto podría explicarse por el hecho de que las personas de edad avanzada usan estrategias menos activas, están menos enfocadas en la resolución de

problemas o buscan asistencia, y tienden a recurrir a estrategias de afrontamiento intrapersonales más pasivas (38).

La percepción positiva del envejecimiento tiene un efecto significativo directo sobre la calidad de vida sin ninguna mediación a través de otras dimensiones psicológicas, incluida la angustia psicológica. Actuar positivamente para mejorar la calidad de vida, después de una evaluación de las situaciones que ocurren a medida que una persona envejece (estado psicológico y ambiental), a través de la mejora en las percepciones del envejecimiento, el refuerzo de la autoestima, utilizando estrategias de afrontamiento centradas en el problema, y un fortalecimiento del entorno de apoyo. Aunque pueden ocurrir numerosos eventos en la vida, incluidos los años posteriores, nunca es demasiado tarde para planificar acciones para mejorar aquellos aspectos que contribuyen a la calidad de vida (38).

#### 2.2.2.3. INTERACCIÓN SOCIAL Y BIENESTAR PSÍQUICO

Una larga tradición de investigación ha demostrado la importante influencia de las relaciones sociales en la edad avanzada en las dimensiones de salud de la calidad de vida, incluida la satisfacción con la vida y el bienestar emocional, subjetivo y psicológico. Las personas mayores han identificado las relaciones sociales y los contactos sociales con familiares y amigos como influencias importantes en su calidad de vida; y las relaciones entre pares se perciben como de vital importancia en el proceso de envejecimiento. La investigación ha demostrado que, dentro de los entornos de atención institucional, las relaciones sociales entre las personas mayores juegan un papel importante en el apoyo y la ayuda a los residentes (36).

Gran parte del tiempo de los residentes se dedica al aislamiento social y emocional. Sin embargo, esto no significa que algunos residentes no interactúen socialmente en ocasiones. La investigación cualitativa ha demostrado que las relaciones sociales entre los residentes son a menudo recíprocas y afectuosas, aunque algunas pueden ser hostiles y hostiles. La actividad más popular entre los residentes es hablar, y las conversaciones más comunes se centran en sus sentimientos acerca de vivir en la instalación. Por lo tanto, los entornos de atención institucional pueden describirse como lugares donde los residentes pasan la mayor parte de su tiempo en aislamiento social, pero también pueden caracterizarse como dominios con focos de interacción social entre los residentes (33).

Quizás si hubiera un mayor conocimiento sobre los tipos de interacción social y una mayor comprensión sobre por qué los residentes interactúan socialmente, entonces sería posible ampliar estos bolsillos. Es probable que el desarrollo de relaciones sociales entre los residentes en entornos de atención institucional varíe tanto dentro como entre los centros de atención. Se han identificado varios factores que influyen tanto en la cantidad como en la calidad de la interacción entre los residentes. Estos incluyen: atributos personales como audición, habla, vista, deambulacion y habilidades cognitivas; atributos estructurales como los niveles de personal y el entorno físico; y atributos culturales como la filosofía del cuidado y las percepciones de la vejez. Las discapacidades más severas y con quienes la comunicación es más difícil como resultado de impedimentos sensoriales o cognitivos, son estos residentes los que tienen mayor probabilidad de experimentar

aislamiento social y emocional en todos los entornos de atención institucional (34).

La actividad física, especialmente en forma de ejercicios estructurados, se ha relacionado con resultados positivos en el bienestar físico, social y mental de los adultos mayores. La participación en actividades físicas reduce el riesgo de caídas, ralentiza la progresión de las enfermedades degenerativas y mejora el rendimiento cognitivo y el estado de ánimo en los adultos mayores. La investigación incluso sugiere que los adultos mayores más activos tienen el doble de probabilidades de no tener discapacidades relacionadas con las actividades diarias antes de la muerte, en comparación con las sedentarias. Sin embargo, la investigación ha demostrado que, a pesar de la creciente evidencia de que el comportamiento sedentario puede ser un factor de riesgo para la salud, la inactividad física sigue siendo frecuente en los adultos mayores (38).

Hay una variedad de barreras que dificultan que los adultos mayores mantengan o aumenten su nivel de actividad física: falta de acceso fácil a las instalaciones e infraestructuras, capacidades funcionales reducidas y falta de motivación. Entre los factores que afectan la motivación, la autoeficacia (es decir, la capacidad percibida y la confianza), que es un fuerte predictor de adherencia a los ejercicios físicos, se exhibe menos en los adultos mayores en comparación con otras poblaciones de edad. Además, los adultos mayores y, en general, las personas con problemas de deterioro físico y cognitivo tienen menos posibilidades de abandonar sus hogares y participar en actividades físicas y sociales de manera regular. Junto con la disminución de la actividad

física, una menor participación en actividades sociales y cambios en los roles sociales ponen a los adultos mayores en riesgo de aislamiento social (37).

### **2.2.3. TEORÍA DE ENVEJECIMIENTO EXITOSO DE ROWE Y KAHN**

Considera el envejecimiento "mejor que el promedio" como una combinación de tres componentes: evitar enfermedades y discapacidades, alto nivel cognitivo y función física y compromiso con la vida. Su formulación tiene como objetivo eclipsar el pensamiento previo sobre la desconexión y la senescencia inevitable al centrarse en la actividad y la función. La vejez se ha asociado con enfermedades y discapacidades, fragilidad y dependencia; una representación indeseable si no terrible. Por lo tanto, inicialmente el campo de la gerontología estaba dominado por la visión de las personas mayores como débiles y dependientes. Sin embargo, los investigadores y los profesionales han desafiado esta conceptualización al notar otra posible experiencia en la vejez: una exitosa. La "nueva gerontología" es una en la que las personas mayores son vistas como agentes activos en la configuración de sus entornos y su curso de vida (39).

El envejecimiento saludable se refiere principalmente a la modificación de la dieta y los hábitos de vida para mejorar la salud física y mental. El envejecimiento exitoso se define conjuntamente por la baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada con la enfermedad, el alto funcionamiento cognitivo y físico y el compromiso con la vida. Destacaron dos aspectos del compromiso, a saber, la conexión social y las actividades productivas. Se presume que estos tres aspectos son jerárquicos, ya que

evitar enfermedades y discapacidades proporciona la base para un alto funcionamiento físico y cognitivo, lo que a su vez facilita el compromiso con la vida (40).

Aquellos que envejecen con éxito mostrarían poca o ninguna disminución en la función fisiológica relacionada con la edad, mientras que aquellos que envejecen "generalmente" mostrarían disminuciones asociadas con la enfermedad, a menudo interpretadas como los efectos de la edad, la definición de Rowe y Kahn fue atractiva debido a su implicación de que era posible alcanzar la edad avanzada sin enfermedades asociadas con la edad y sin experimentar un deterioro fisiológico significativo, aunque el número de tales personas probablemente sería muy bajo (41).

Definir como exitosos aquellos que exhibieron una enfermedad y discapacidad mínimas (en lugar de no) o que exhibieron altos niveles de funcionamiento físico. Una interrupción mínima de la función habitual, aunque pueden estar presentes signos y síntomas mínimos de enfermedad crónica. El envejecimiento exitoso como hacer lo mejor con lo que uno tiene. Estos dos últimos enfoques más amplios permiten la presencia de enfermedades crónicas y, por lo tanto, representan un objetivo más alcanzable para la mayoría de las personas que se acercan a la vejez que las definiciones más restrictivas que se centran en aquellos que ingresan a la vejez relativamente indemnes (42).

Las definiciones de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn tuvieron importantes consecuencias positivas: ya no se podían descartar todos los déficits relacionados con la edad como concomitantes inevitables de la vejez,

y se alentó un examen de los factores ambientales y de estilo de vida que podrían mejorar el bienestar en la vejez con un cambio de enfoque de los que están mal a los que les va bien. Sin embargo, la implicación de que los cambios en el estilo de vida podrían evitar la mayoría de las afecciones crónicas tuvo una consecuencia potencial no deseada de reducir el interés en manejar mejor las disminuciones funcionales relacionadas con la edad a través de la prevención secundaria y terciaria. El adjetivo exitoso ha demostrado ser problemático porque implica un concurso en el que hay ganadores y perdedores; la mayoría de los gerontólogos no están listos para llamar a alguien que no tuvo éxito simplemente porque él o ella está discapacitado o le diagnosticaron diabetes. Los términos alternativos utilizados por otros investigadores incluyen envejecimiento saludable, envejecimiento bueno, envejecimiento efectivo y envejecimiento productivo (43).

La mayoría de las investigaciones sobre el envejecimiento se centran en las "pérdidas"; Lo que lleva a muchos geriatras a creer que las disminuciones en la función cognitiva y física son simplemente un producto del envejecimiento, incluso cuando la enfermedad y la patología están ausentes. El proceso de envejecimiento es más matizado y que el envejecimiento "normal" se puede dividir en dos categorías: envejecimiento habitual y envejecimiento exitoso. El envejecimiento habitual se define como las pérdidas cognitivas y físicas típicas no patológicas relacionadas con la edad. Si bien estas personas mayores tienen la suerte de estar libres de enfermedades, todavía existen muertes en la función cognitiva y física, lo que las pone en riesgo de enfermedad / discapacidad. Las personas exitosas, por otro lado, son

individuos que exhiben pérdidas físicas o cognitivas mínimas o nulas en comparación con sus seres más jóvenes. Tienen bajo riesgo de enfermedad y, en general, son adultos de alto funcionamiento. Los factores relacionados con el estilo de vida, como la dieta, el tabaquismo y el ejercicio, pueden influir en el proceso de envejecimiento, cuando se manejan los factores del estilo de vida podemos pasar de una gerontología de declive inevitable a una de éxito sostenido (44).

Para ser considerado un hombre exitoso en los términos de Rowe y Khan, una persona no solo debe tener un alto funcionamiento físico y mental y participar activamente, sino que también debe exhibir la ausencia de cualquier enfermedad / discapacidad. El compromiso con la vida consiste en la participación social, las relaciones interpersonales, las actividades productivas, las actividades de ocio, las actividades sociales y las actividades físicas, todo bajo el término compromiso social. Si bien este término general amplía el enfoque del compromiso más allá de las actividades productivas, es útil considerar el impacto positivo de todas las formas de compromiso en el mantenimiento de la función en el envejecimiento (45).

### **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

PROCESO DE ENVEJECIMIENTO, grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, se caracteriza por la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos.

CALIDAD DE VIDA (en general), es tener buenas condiciones de vida 'objetivas' y un alto grado de bienestar 'subjetivo', también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades.

ANGUSTIA EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO, la ansiedad es un sentimiento o una sensación inquietante que a menudo se experimenta cuando se enfrenta una situación abrumante de tensión e incertidumbre con en el proceso de envejecimiento, la ansiedad puede conllevar temor a lo desconocido (no saber qué puede pasar) o temor a lo conocido (saber qué puede pasar).

SENTIMIENTO NEGATIVOS, denominado vacío emocional o sensación de no tener nada dentro es un trastorno en la vivencia del yo donde el propio cuerpo o también los propios pensamientos, sentimientos, etc. se sienten como extraños (alienación-despersonalización con pérdida de la motivación y el interés por lo que ocurre).

CONDUCTAS RESILIENTES, es la ejecución de acciones para superar obstáculos abrumadores, requiere fortaleza emocional y aceptar el hecho que los cambios se producen como consecuencia lógica de: las circunstancias, los desafíos de la vida y que las situaciones de adversidad no son estáticas, sino que cambian y que también deben cambiar las conductas resilientes.

ESTRÉS PSICOLÓGICO, es un estado vivencial displacentero sostenido en el tiempo, acompañado en mayor o menor medida de trastornos psicofisiológicos que surgen en un individuo como consecuencia de la alteración de sus relaciones con el ambiente que impone al sujeto demandas o exigencias las cuales objetiva o subjetivamente, resultan amenazantes para él y sobre las cuales tiene o cree tener poco o ningún control”.

REGULACIÓN AFECTIVA, son los procesos por los cuales las personas influyen sobre el estado de ánimo, las pasiones, los sentimientos y las emociones en el momento en el que se manifiestan; sobre la forma en que son experimentados y expresados.

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS

#### 3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL

La relación entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud, es que: a mejor afrontamiento; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020

#### 3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. La relación entre el afrontamiento en referencia a la **focalización en el problema** y la calidad de vida en salud, es que: a mejor afrontamiento en referencia a la focalización en el problema; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020
2. La relación entre el afrontamiento en referencia a **excluir la auto focalización negativa** y la calidad de vida en salud, es que: a mejor afrontamiento en referencia a excluir la auto focalización negativa; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020
3. La relación entre el afrontamiento en referencia a la **reevaluación positiva** y la calidad de vida en salud, es que: a mejor afrontamiento en referencia a la reevaluación positiva; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020
4. La relación entre el afrontamiento en referencia a **disuadir la expresión emocional abierta** y la calidad de vida relacionada en salud, es que: a mejor afrontamiento en referencia a disuadir la expresión emocional abierta; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020

5. La relación entre el afrontamiento en referencia a **desalentar la evitación** y la calidad de vida en salud, es que: a mejor afrontamiento en referencia a desalentar la evitación; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020
6. La relación entre el afrontamiento en referencia a la **búsqueda de apoyo social** y la calidad de vida en salud, es que: a mejor afrontamiento en referencia a la búsqueda de apoyo social; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020
7. La relación entre el afrontamiento en referencia a **acercarse a la religión** y la calidad de vida en salud, es que: a mejor afrontamiento en referencia a acercarse a la religión; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020

### **3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO**

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Afrontamiento

VARIABLE DEPENDIENTE:

Calidad de vida en salud

VARIABLES DE INTERVINIENTES:

Sexo

Edad del paciente

Nivel educativo

Estado civil

Ocupación

Personas con las que viven

### 3.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### VARIABLE 1: AFRONTAMIENTO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
AFRONTAMIENTO	Es poner en marcha, una serie de mecanismos que le permita disminuir el probable impacto producido por el estrés de sobrellevar el proceso de envejecimiento.	Focalización en el problema	La persona centra su atención en entender cuál es el problema, comprende que es un elemento que puede estar bajo su control si logra identificar qué aspectos están relacionados.	Analizar las causas del problema	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Seguir unos pasos concretos		
				Establecer un plan de acción		
				Hablar con las personas implicadas'		
				Poner en acción soluciones concretas		
		Excluir la auto focalización negativa	La persona deja de centrarse en aspectos negativos de sí mismo de forma poco realista, no se juzga constantemente, ni se culpabiliza y deja de presentar de forma constante un estado emocional negativo que dificulta el afrontamiento.	Auto convencerse negativamente		
				No hacer nada ya que las cosas suelen ser malas		
				Auto culpación		
				Sentir indefensión respecto al problema		
				Asumir la propia incapacidad para resolver la situación		
		Re evaluación positiva	Es la evaluación de la situación que genera el estrés, se modifica las metas de comportamiento y el estado emocional en general, re significa el sentido de su vida, trascienden de las situaciones y salen fortalecidos.	Resignarse, detener soluciones posibles		
				Ver los aspectos positivos		
				Sacar algo positivo de la situación		
				Descubrir que en la vida hay gente buena		
				Comprender que hay cosas más importantes		
		Disuadir la expresión	La persona abandona considerar que expresando su ira o su tristeza de forma	No hay mal que por bien no venga		
Pensar que el problema pudo haber sido peor						
Descargar el mal humor con los demás						
Insultar a otras personas						
Comportarse hostilmente						

		emocional abierta	constante o inasertiva, solucionará el problema, la persona no se comporta dejándose llevar por la emoción negativa	Agredir a alguien		
				Irritarse con la gente		
				Luchar y desahogarse emocionalmente		
		Desalentar la evitación	Se refiere a que deja de buscar situaciones opuestas al factor estresante como escape, cuando se necesita de encarar directamente la situación, asume las riendas y las consecuencias de las decisiones.	Concentrarse en otras cosas		
				Volcarse en el trabajo u otras actividades		
				«Salir» para olvidarse del problema		
				No pensar en el problema		
				Practicar deporte para olvidar		
		Búsqueda de apoyo social	Esta estrategia se refiere a buscar opiniones de pares o personas que percibe como superiores intelectuales, permite validar la información que se percibe acerca del evento y permite recibir retroalimentación sobre las causas y consecuencias del problema	Tratar de olvidarse de todo		
				Contar los sentimientos a familiares o amigos		
				Pedir consejo a parientes o amigos		
				Pedir información a parientes o amigos		
				Hablar con amigos o parientes para ser tranquilizado		
		Acercarse a la religión	Permite reinterpretar la situación y además comprender que tiene un sentido especial lo que se está sucediendo, la religión permite encontrar un camino a la trascendencia y transformación positiva de sí mismo a través de la dificultad	Pedir orientación sobre el mejor camino a seguir		
				Expresar los sentimientos a familiares o amigos		
				Asistir a la Iglesia		
Pedir ayuda espiritual						
Acudir a la Iglesia para rogar se solucione el problema						
Confiar en que Dios remediase el problema						
Rezar						
Acudir a la Iglesia para poner velas o rezar						

VARIABLE 2: CALIDAD DE VIDA EN SALUD

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
CALIDAD DE VIDA EN SALUD	Es el grado subjetivo de bienestar atribuible o asociado a la carencia de síntomas, el estado psicológico y las actividades que se desea realizar.	Función física y rol laboral	Incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria, deficiencias de la motilidad y la autonomía con limitaciones para el autocuidado y el trabajo.	Posibilidad para la realización de actividades cotidianas	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Posibilidad para desplazarse dentro y fuera del hogar		
				Posibilidad para el autocuidado		
				Deterioro de la capacidad productiva		
		Sensación de bienestar	Modificaciones en el bienestar por dolor y otros síntomas que generan cansancio y agotamiento	Auto percepción de la salud actual		
				Percepción de dolor		
				Percepción de fragilidad y vulnerabilidad		
				Percepción de vitalidad y energía		
				Percepción de agotamiento y cansancio		
		Interacción social y bienestar psíquico	Alteración del desempeño habitual de las relaciones sociales, aislamiento afección de roles y la vida familiar	Participación en actividades sociales		
				Estado anímico predominante		
				Deterioro de las relaciones interpersonales		

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación elaborada, se ajusta a la configuración y lógica del método científico; se han recogido datos objetivos de la realidad para poder comprobar hipótesis que fueron planteadas en base a teorías establecidas; las hipótesis fueron contrastadas y verificadas. Se siguió la metodología de forma rigurosa guardando un orden lógico y se hizo uso del razonamiento inferencial. Asimismo; mediante el análisis se identificaron las partes de la realidad estudiada, que luego fueron integradas a través de la síntesis. Además, las conclusiones a las que se han llegado con la investigación, pueden ser sometidas al proceso de falsacionismo; permitiéndonos afirmar que son verdaderas mientras no se haya probado su falsedad (46).

Se utilizó el método inductivo; porque a partir de hechos particulares del afrontamiento y de la calidad de vida en salud se alcanzaron conclusiones y proposiciones generales como, que los adultos mayores con mejor afrontamiento conservan mejor su calidad de vida en salud; la adopción de mejores estrategias de afrontamiento ante el estrés (producido por el envejecimiento) llevan a una mejor calidad de vida en salud (47).

## **4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación propuesta respondió a los siguientes tipos: básica, cuantitativa, transversal, observacional.

Básica, debido a que el propósito final del estudio fue solo incrementar los conocimientos sobre el afrontamiento y la calidad de vida en los adultos mayores; la investigación no tuvo resultados que puedan aplicarse de manera inmediata, ni coadyuva a la resolución efectiva de problemas de la realidad, además las derivaciones de la investigación no poseen un valor económico tangible transable (48).

Cuantitativa, porque las variables del estudio que por su naturaleza son ordinales fueron llevados a una escala de razón/proporción, al fijar puntuaciones con la asignación de números reales a los posibles valores de cada uno de los ítems de los instrumentos, esta conversión posibilitó un procesamiento más estricto y objetivo de los datos. También fue, transversal, porque los datos fueron recolectados en un solo momento y en una única vez. Asimismo, fue observacional, porque las investigadoras registraron los datos tal como se presentaban en la realidad, no se realizó ninguna manipulación de las variables (49).

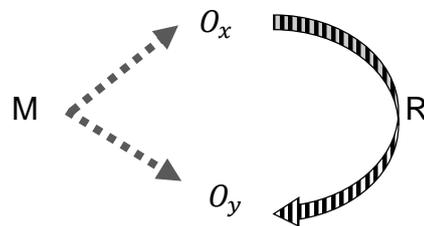
## **4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación propuesta fue de nivel correlacional, porque se evaluaron dos variables y se determinó si existe relación estadística entre ambas

(correlación); también se presume que la conexión entre estas variables no es fortuita, además no se incurrió en la manipulación de las variables (48).

#### 4.4. DISEÑO

La investigación propuesta corresponde a un estudio descriptivo correlacional (50) que se representa con el siguiente esquema:



Donde:

$O_x$ = Conjunto de datos en referencia a la adaptación

$O_y$ = Conjunto de datos en referencia a la calidad de vida en salud

R= Relación existente entre ambas variables.

$M_1$  = Grupo muestral único

## **4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **4.5.1. POBLACIÓN**

La población de referencia fueron 245 adultos mayores (edad igual o mayor a 65 años) que viven en la jurisdicción del “Centro de Salud de Chilca” en el 2020 y que cumplían con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

#### **4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Adultos mayores que accedieron a participar en el estudio por medio de la firma del consentimiento informado.
2. Adultos mayores que tenían aparente buen estado de salud.
3. Adultos mayores que asistían de forma regular a sus citas de control en el establecimiento de salud.
4. Adultos mayores que podían caminar sin depender de otra persona.

#### **4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

1. Adultos mayores que no colaboraron en las diversas actividades que involucra la ejecución del estudio.
2. Adultos mayores que estaban llevando tratamiento ambulatorio por sufrir alguna patología crónica diagnosticada.
3. Adultos mayores con dificultades de memoria, razonamiento o atención.
4. Adultos mayores que vivían de forma ocasional en la jurisdicción del centro de salud en referencia.

#### 4.5.2. MUESTRA

Para elegir a los adultos mayores que conformaran a la muestra, primero se calculó el tamaño muestra por medio de la fórmula de tamaño muestral por proposiciones y de forma posterior se eligió a los adultos mayores mediante el método del muestreo aleatorio simple.

La fórmula de tamaño muestral por proporciones, tiene la siguiente expresión matemática:

$$n = \frac{N * p * q * (Z_{\alpha/2})^2}{e^2(N-1) + p * q * (Z_{\alpha/2})^2} \dots\dots\dots \text{(Ecuación 01)}$$

Donde:

- $z_{\alpha/2}$  : Z correspondiente al nivel de confianza elegido, que para el estudio será de 95% (1.96).
- p : Proporción de adultos mayores con buen afrontamiento y buena calidad de vida relacionada a salud (87 %, de acuerdo a Parshad N, Tufail A, 2015)
- q : Proporción de adultos mayores con buen afrontamiento y mala calidad de vida relacionada a salud (13%)
- e : Error de estimación será de 0.05.

Reemplazando los valores en la ecuación 01, se tiene:

$$n = \frac{245 * 0.87 * 0.13 * 1.96^2}{0.05^2 * (245 - 1) + 0.87 * 0.13 * 1.96^2}$$

Resolviendo:

$$n = \frac{245 * 0.1131 * 3.84}{0.0025 * (244) + 0.1131 * 3.84}$$

$$n = \frac{106.49}{0.61 + 0.43}$$

$$n = \frac{106.45}{1.044}$$

$$n = 101.9$$

$$n = 102$$

Dada la posibilidad de que se pierdan elementos de la muestra por diversos motivos, elegimos a 105 adultos mayores que viven en la jurisdicción del “Centro de Salud de Chilca” en el 2020.

## **4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **4.6.1. PARA VALORAR EL AFRONTAMIENTO EN ADULTOS MAYORES**

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Cuestionario de afrontamiento” diseñado y validado por Sandín B, Chorot P, en el 2003.

El cuestionario consta de 42 afirmaciones sobre actividades que realizan las personas cuando se encuentran atravesando una situación crítica, se divide en siete subescalas que valoran: focalización en la solución del problema con seis reactivos (1, 8, 15, 22, 29, 36), reevaluación positiva con seis reactivos (3, 10, 17, 24, 31, 38), búsqueda de apoyo social con seis reactivos (6, 13, 20, 27, 34, 41), auto focalización negativa con seis reactivos (2, 9, 16, 23, 30, 37), expresión emocional abierta con seis reactivos (4, 11, 18, 25, 32, 39), evitación con seis reactivos (5, 12, 19, 26, 33, 40), religión (7, 14, 21, 28, 35, 42), para cada uno de los ítems se ofrece cinco niveles de posibles y son: 0 = nunca, 1 = a veces, 2 = de forma regular, 3 = casi siempre, 4 = siempre.

La escala tiene una puntuación de 0 hasta 168 de tal manera que a mayor puntaje mejor estrategias de afrontamiento (adaptativas/activas) y se interpreta del siguiente modo: 0 – 33 = muy mal afrontamiento al estrés, 34 – 66 = mal afrontamiento al estrés, 67 – 99 = mediano afrontamiento al estrés, 100 – 132 = buen afrontamiento al estrés, 133 – 168 = muy buen afrontamiento al estrés.

VALIDEZ

González M y Landero R, en el 2007, realizan la validación del instrumento en una muestra mexicana, encontrando una KMO = 0,801 con un Coeficiente de Bartlett de 0.001 (51). Asimismo, Tomas J y Sancho P, en el 2013, realizaron una validación del "Cuestionario de afrontamiento del estrés" (CAE) para su uso en población mayor española y halló una KMO = 0,800 con un Coeficiente de Bartlett de 0.00 (52).

### CONFIABILIDAD

González M y Landero R, en el 2007, comprobaron la confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.85. Asimismo, Tomas J y Sancho P, en el 2011 encontraron una confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.81.

Como no se encontraron estudios realizados en la región que comprueben la validez y confiabilidad de este instrumento, se recurrió a la realización de una prueba piloto en 30 adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Pilcomayo, con esos datos se realizó un análisis factorial para comprobar su validez por constructo y se calculó el alfa de Cronbach para verificar su confiabilidad; de forma previa se recurrió a 4 expertos para corroborar la validez de contenido, los expertos fueron licenciadas en enfermería con experiencia en manejo de pacientes diabéticos.

#### 4.6.2. PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado "Cuestionario De Salud SF-36; consta de 36 preguntas que a su vez se encuentra estructurado del siguiente modo:

Función física y rol laboral	Ítem 3	con 10 sub ítems
	Ítems 4	con 4 sub ítems
	Ítems 5	con 3 sub ítems
	Ítem 1	con 1 sub ítem
	Ítem 2	con 1 sub ítem
Sensación de bienestar	Ítem 7	con 1 sub ítem
	Ítem 8	con 1 sub ítem
	Ítem 9	con 9 sub ítems
	Ítem 11	con 4 sub ítems
Interacción social y bienestar psíquico	Ítem 6	con 1 sub ítem
	Ítem 10	con 1 sub ítem

Las preguntas tienen opciones de respuesta que van de 0 a 5, de 0 a 4 y de 0 a 1. Para el procesamiento se suman los valores obteniéndose un resultado que va de 0 a 116 y se interpreta del siguiente modo: 0 - 23 = muy mala, 24 - 46 = mala, 47 - 69 = regular, 70 - 92 = buena y 93 - 116 = muy buena.

#### VALIDEZ

Alonso J, Prieto L y Anto J, en 1995 realiza la comprobación de la validez del instrumento, encontrando una KMO = 0,820 con un Coeficiente de Bartlett de 0.002 (53); de forma similar Ruiz de Velasco I, Quintana J, Padierna J, Aróstegui I, Bernal A, en el 2002 determina una KMO = 0,830 con un Coeficiente de Bartlett de 0.001 (54).

#### CONFIABILIDAD

Alonso J, Prieto L y Anto J, en 1995, comprobaron la confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.90, de forma parecida Ruiz de Velasco I, Quintana J, Padierna J, Aróstegui I, Bernal A, encuentran un alfa de Cronbach de 0.91.

Como no se encontraron estudios realizados en la región que comprueben la validez y confiabilidad de este instrumento, se recurrió a la realización de una prueba piloto en 30 adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Pilcomayo, con esos datos se realizó un análisis factorial para comprobar su validez por constructo y se calculó el alfa de Cronbach para verificar su confiabilidad; de forma previa se recurrió a 4 expertos para corroborar la validez de contenido, los expertos fueron licenciadas en enfermería con experiencia en manejo de pacientes diabéticos.

## 4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

### PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS

Los datos recolectados, fueron revisados y registrados en una base de datos en el programa Microsoft office Excel 2020, y luego fueron exportados al programa estadístico SPSS v.25 para Windows para su análisis.

Para determinar el grado de afrontamiento en los adultos mayores, se contabilizaron los puntajes obtenidos y se construyeron tablas de frecuencia de forma global y para cada una de las dimensiones. Para establecer el nivel de calidad de vida en salud, se sumaron los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems con lo que se construyeron tablas de frecuencia y gráficos de forma global y para cada una de las dimensiones.

### PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS

Para comprobar la asociación entre la adherencia y la calidad de vida en salud, se calculó el coeficiente de correlación “r de Pearson” y después para estos estadísticos se plantearon hipótesis estadísticas que fueron verificadas a través de la prueba de hipótesis; de manera anticipada se evaluó la normalidad de los datos muestrales. Se utilizó el “p value” como criterio de significancia para las pruebas estadísticas aplicadas ( $\alpha \leq 0.05$ ).

## PROCEDIMIENTO SEGUIDO PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS

Se estableció la hipótesis nula y la alterna ( $H_0$ ,  $H_1$ ).

Se comprobó la normalidad de los datos.

Se eligió el tipo de prueba utilizar.

Se estableció el nivel de confianza ( $\alpha = 0.05$ )

Se determinó el valor de prueba, de acuerdo a la tabla.

Se contrastó el valor calculado con el valor de prueba establecida.

Se interpretó el resultado.

### **4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

En la ejecución de la investigación se cumplieron con los principios éticos de la investigación científica y se procedió en conformidad a los siguientes principios bioéticos:

Autonomía, solo se consideraron como participantes a aquellos adultos mayores ambulatorios que firmaron el consentimiento informado, no se incurrió en ningún tipo de coacción, se garantizó la autonomía de intención y de acción; por lo que se les informó de forma didáctica todo lo referente al estudio a los adultos mayores y a sus familiares.

Beneficencia, las investigadoras poseían el conocimiento y las habilidades suficientes para realizar las evaluaciones de forma correcta y no incurrieron en algún tipo de daño hacia los participantes; el propósito final del estudio fue mejorar la calidad de vida en salud por medio de modificaciones en el afrontamiento; además el estudio fue metodológicamente válido y las conclusiones derivadas del estudio son válidas y verificables, por lo que su realización fue beneficiosa.

No maleficencia, la investigación no incurrió en acciones que puedan perjudicar y/o empeorar la situación de los pacientes, se aplicó en todo momento las normas del comité de ética de la universidad.

Justicia, se trataron a todos los pacientes y sus familiares involucrados en el estudio por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico, se jerarquizaron adecuadamente las acciones a realizar y se hizo un uso racional de los recursos.

Los datos e información que se obtuvieron de los adultos mayores fueron manejados de forma confidencial y con responsabilidad. También se tuvo en cuenta el código de ética establecido por la Universidad Peruana Los Andes: protección de la persona y de diferentes grupos étnicos y socioculturales, consentimiento informado y expreso, beneficencia y no maleficencia, protección al medio ambiente y el respeto de la biodiversidad, responsabilidad y veracidad.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

#### 5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

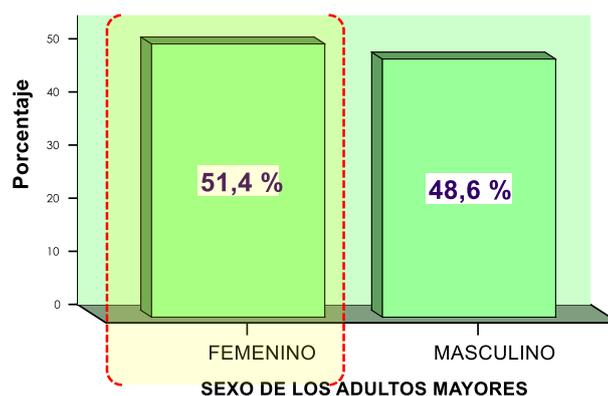
##### 5.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA

TABLA 1: SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020

	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	54	51,4
MASCULINO	51	48,6
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

FIGURA 1: SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

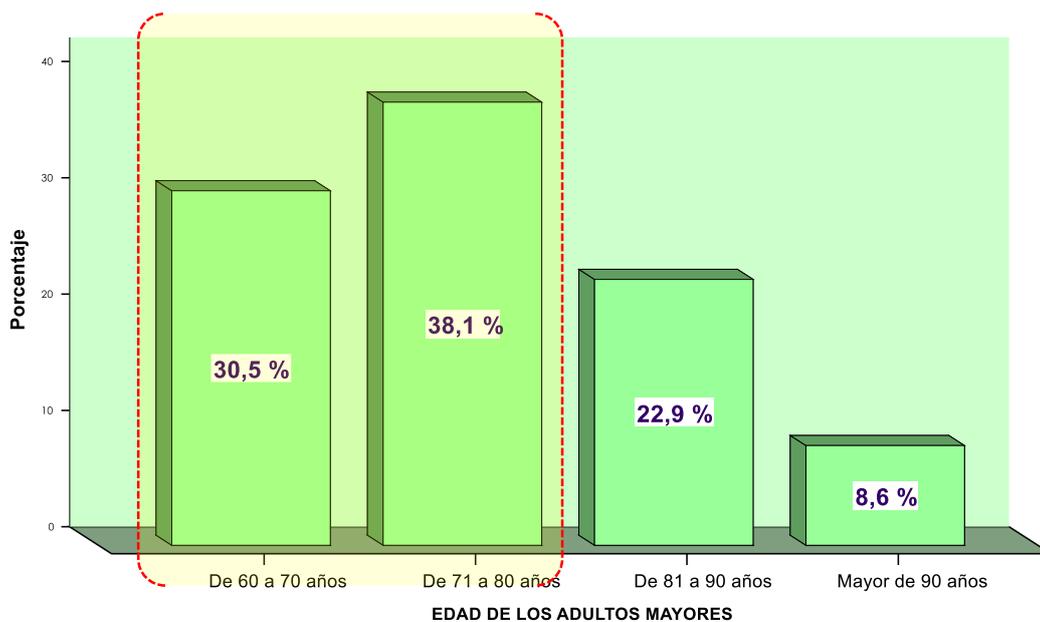
En la Tabla 1, Figura 1, se observa que de 105(100 %), 54(51.4 %) de los adultos mayores son de sexo femenino; se deduce que este resultado, es provocado por; la tendencia de las mujeres de asistir con mayor frecuencia, a los establecimientos de salud en comparación con los varones; a pesar que, entre los adultos mayores, los que tienen mayores problemas de salud son los varones.

TABLA 2: EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020

	Frecuencia	Porcentaje
De 60 a 70 años	32	30,5
De 71 a 80 años	40	38,1
De 81 a 90 años	24	22,9
Mayor de 90 años	9	8,6
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

FIGURA 2: EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

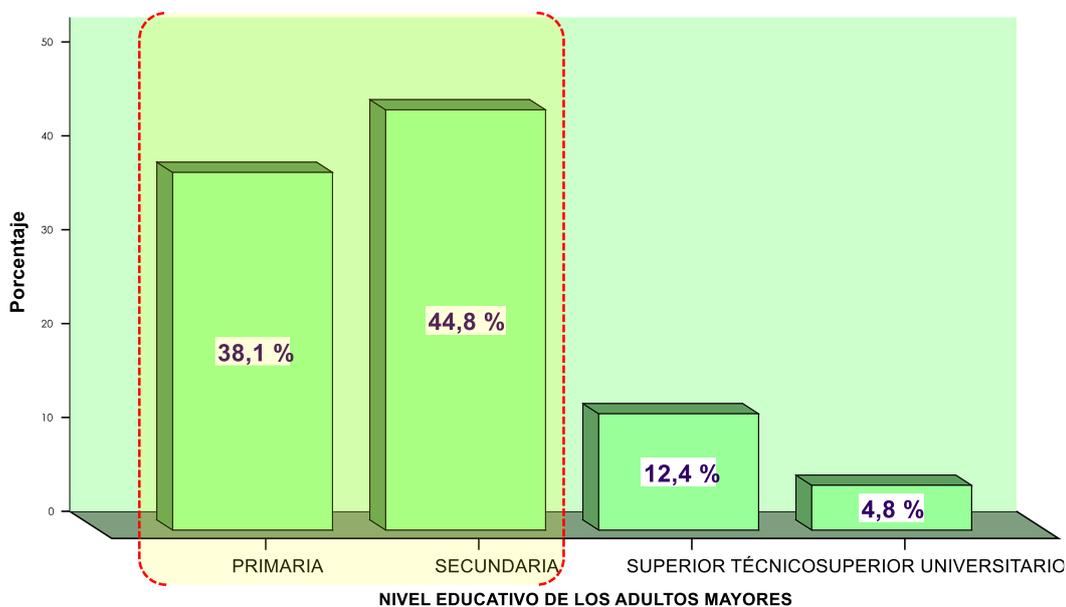
En la Tabla 2, Figura 2, se observa que de 105(100 %), 72(68.6 %) de los adultos mayores tienen una edad entre 60 y 80 años; se deduce que este resultado, se debe a que; después de los 80 años la mortalidad es más elevada por fallas multiorgánicas asociadas al deterioró estructural y funcional propio del proceso de envejecimiento.

TABLA 3: NIVEL EDUCATIVO DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	40	38,1
SECUNDARIA	47	44,8
SUPERIOR TÉCNICO	13	12,4
SUPERIOR UNIVERSITARIO	5	4,8
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

FIGURA 3: NIVEL EDUCATIVO DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

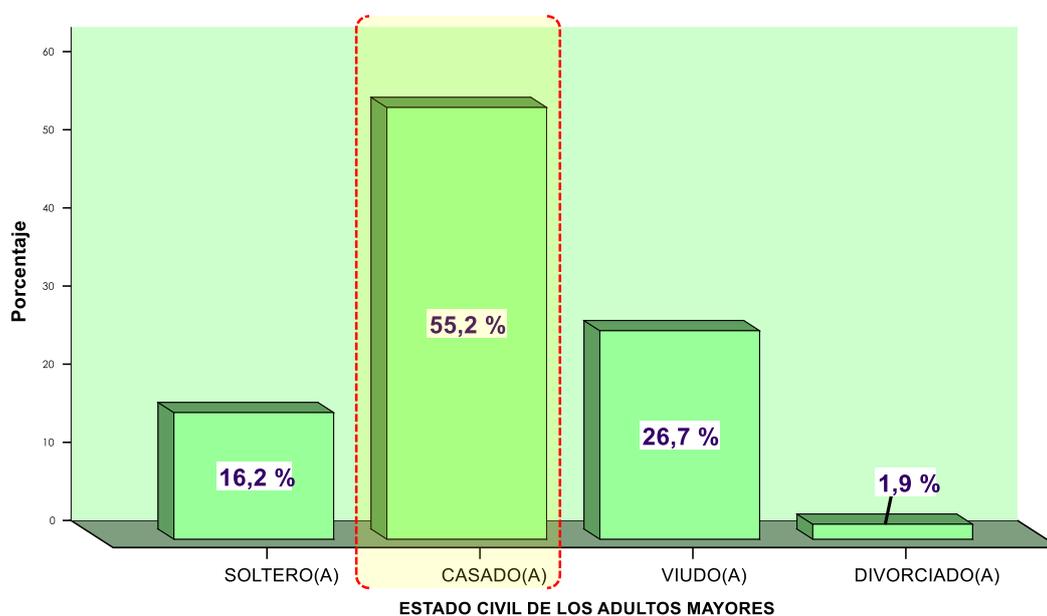
En la Tabla 3, Figura 3, se observa que de 105(100 %), 87(74.9 %) de los adultos mayores tienen un nivel educativo de primaria o secundaria; se deduce que este resultado, se debe a que; las barreras de acceso a la educación eran grandes en nuestro país, hace medio siglo atrás; dado que la oferta educativa era escasa y la situación de pobreza era masiva.

TABLA 4: ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020

	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO(A)	17	16,2
CASADO(A)	58	55,2
VIUDO(A)	28	26,7
DIVORCIADO(A)	2	1,9
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

FIGURA 4: ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

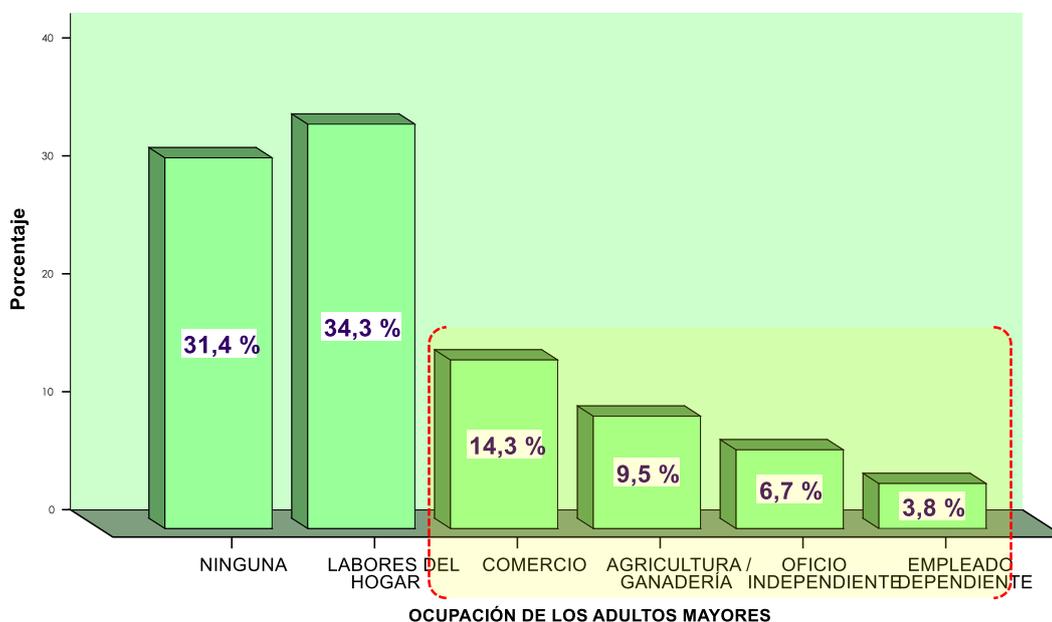
En la Tabla 4, Figura 4, se observa que de 105(100 %), 58(55.2 %) de los adultos mayores son casados; se deduce que este resultado, se debe a que; parte de la población elige no casarse y permanecen solteros toda su vida; asimismo por el proceso de envejecimiento un segmento de la población fallece incrementándose la proporción de viudos(as) conforme avanza la edad de las personas; también, un porcentaje menor de la población se divorcia.

TABLA 5: OCUPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020

	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA	33	31,4
LABORES DEL HOGAR	36	34,3
COMERCIO	15	14,3
AGRICULTURA / GANADERÍA	10	9,5
OFICIO INDEPENDIENTE	7	6,7
EMPLEADO DEPENDIENTE	4	3,8
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

FIGURA 5: OCUPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

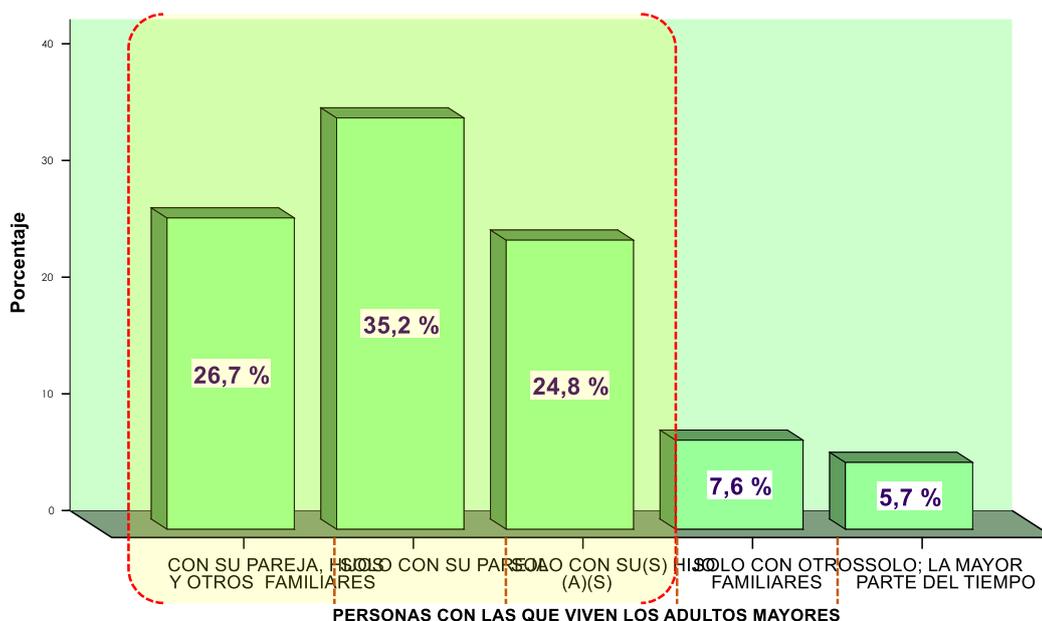
En la Tabla 5, Figura 5, se observa que de 105(100 %), 36(34.3 %) de los adultos mayores realizan un trabajo productivo remunerado; se deduce que este resultado, se debe a que; debido al deterioro de la capacidad funcional parte de la población de adultos mayores no tienen ninguna ocupación, otro segmento poblacional se limita a realizar las labores del hogar; y solo la tercera parte se mantienen activo en las ocupaciones laborales que realizaban en la edad adulta.

**TABLA 6: PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020**

	Frecuencia	Porcentaje
CON SU PAREJA, HIJOS Y OTROS FAMILIARES	28	26,7
SOLO CON SU PAREJA	37	35,2
SOLO CON SU(S) HIJO(A)(S)	26	24,8
SOLO CON OTROS FAMILIARES	8	7,6
SOLO; LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	6	5,7
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

**FIGURA 6: PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020**



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

En la Tabla 6, Figura 6, se observa que de 105(100 %), 91(86.7 %) de los adultos mayores viven en compañía de sus familiares cercanos; se deduce que este resultado, se debe a que; a la tendencia cultural de hacer prevalecer la existencia de familias extensas y vivir en compañía de hijos nietos y otros familiares; esto proporciona mayores posibilidades de disponer de personas que puedan atender a las necesidades del adulto mayor.

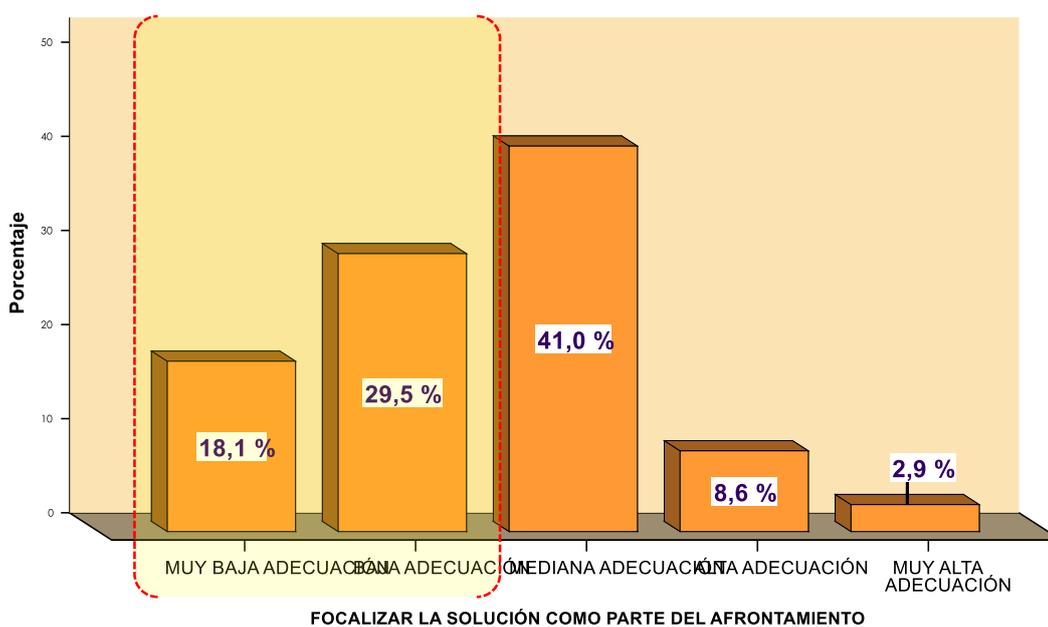
## 5.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES

TABLA 7: FOCALIZAR LA SOLUCIÓN COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA ADECUACIÓN	19	18,1
BAJA ADECUACIÓN	31	29,5
MEDIANA ADECUACIÓN	43	41,0
ALTA ADECUACIÓN	9	8,6
MUY ALTA ADECUACIÓN	3	2,9
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

FIGURA 7: FOCALIZAR LA SOLUCIÓN COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

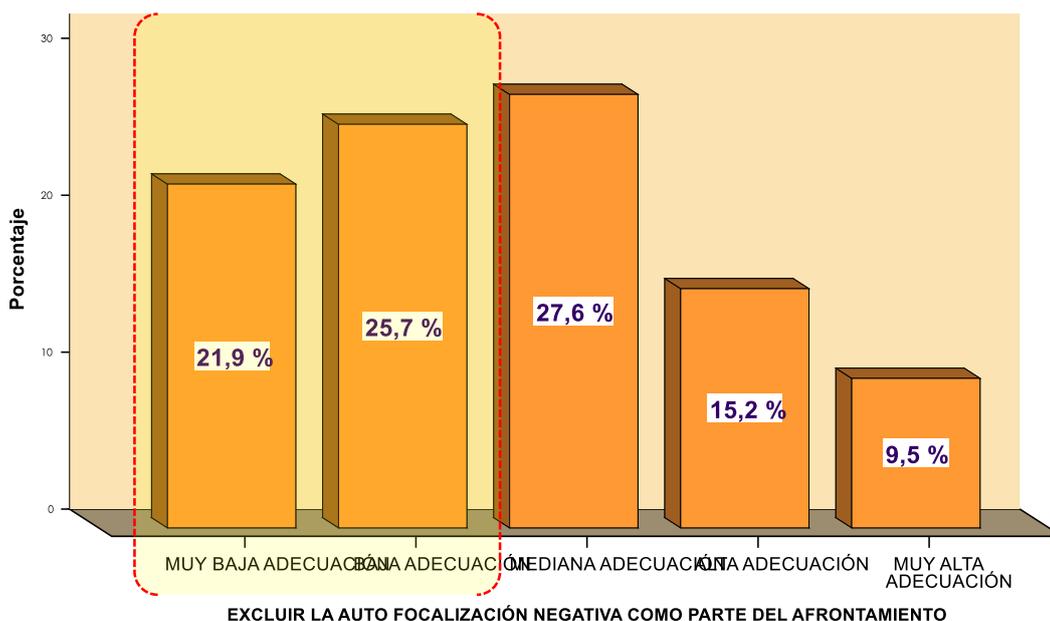
En la Tabla 7, Figura 7, se observa que de 105(100 %), 50(47.6 %) de los adultos mayores refieren tener baja o muy baja adecuación para focalizar la solución como parte del afrontamiento a situaciones agobiantes.

**TABLA 8: EXCLUIR LA AUTO FOCALIZACIÓN NEGATIVA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020**

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA ADECUACIÓN	23	21,9
BAJA ADECUACIÓN	27	25,7
MEDIANA ADECUACIÓN	29	27,6
ALTA ADECUACIÓN	16	15,2
MUY ALTA ADECUACIÓN	10	9,5
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

**FIGURA 8: EXCLUIR LA AUTO FOCALIZACIÓN NEGATIVA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020**



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

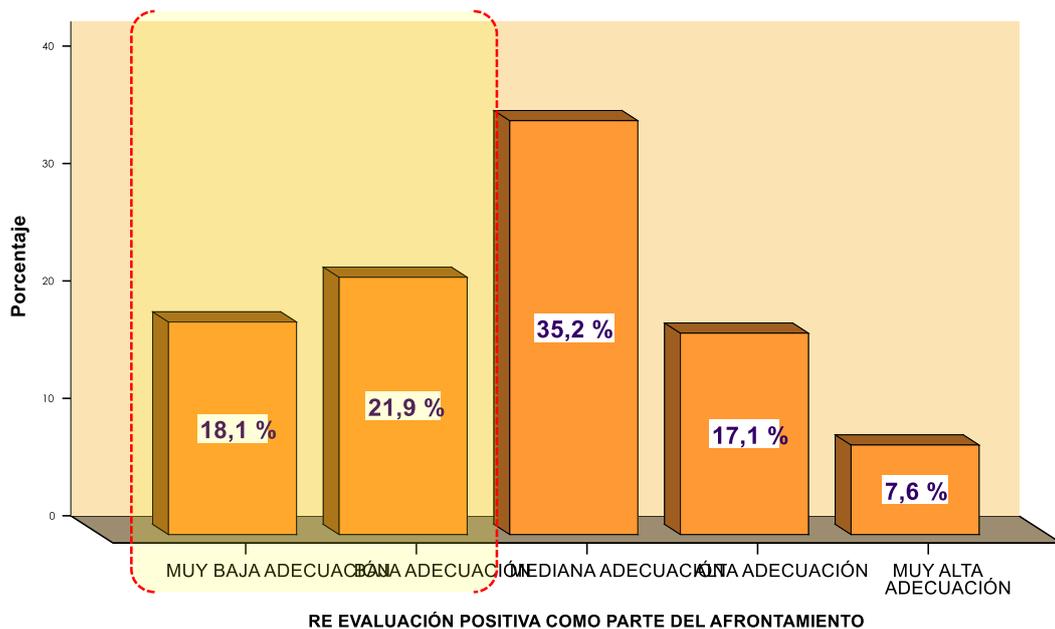
En la Tabla 8, Figura 8, se observa que de 105(100 %), 50(47.6 %) de los adultos mayores refieren tener baja o muy baja adecuación para excluir la auto focalización negativa como parte del afrontamiento a situaciones agobiantes.

**TABLA 9: RE EVALUACIÓN POSITIVA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020**

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA ADECUACIÓN	19	18,1
BAJA ADECUACIÓN	23	21,9
MEDIANA ADECUACIÓN	37	35,2
ALTA ADECUACIÓN	18	17,1
MUY ALTA ADECUACIÓN	8	7,6
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

**FIGURA 9: RE EVALUACIÓN POSITIVA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020**



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

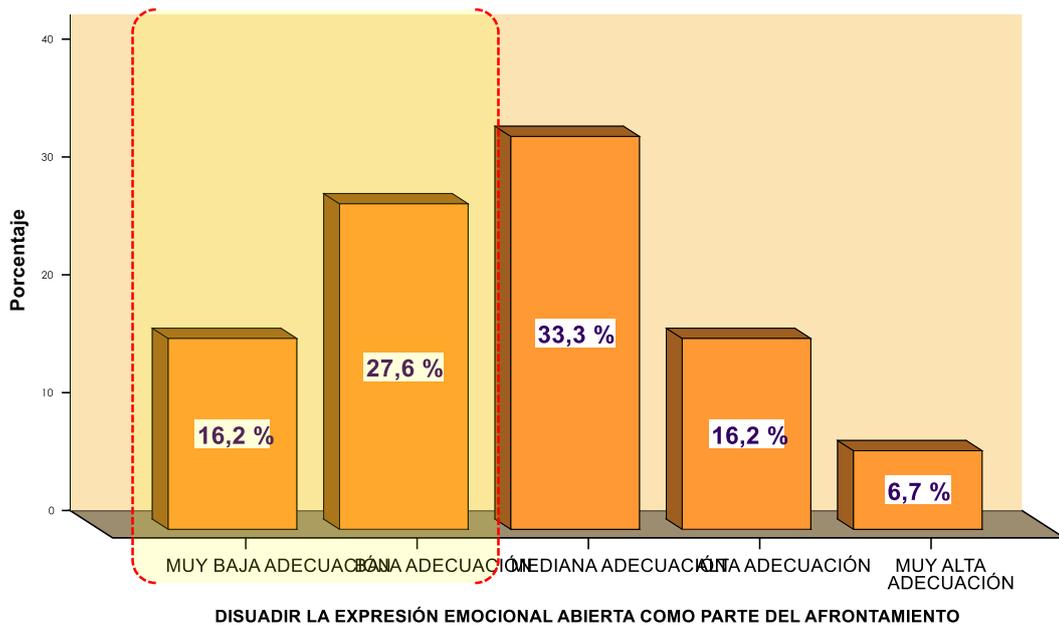
En la Tabla 9, Figura 9, se observa que de 105(100 %), 42(40 %) de los adultos mayores refieren tener baja o muy baja adecuación para la reevaluación positiva como parte del afrontamiento a situaciones agobiantes.

TABLA 10: DISUADIR LA EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA ADECUACIÓN	17	16,2
BAJA ADECUACIÓN	29	27,6
MEDIANA ADECUACIÓN	35	33,3
ALTA ADECUACIÓN	17	16,2
MUY ALTA ADECUACIÓN	7	6,7
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

FIGURA 10: DISUADIR LA EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

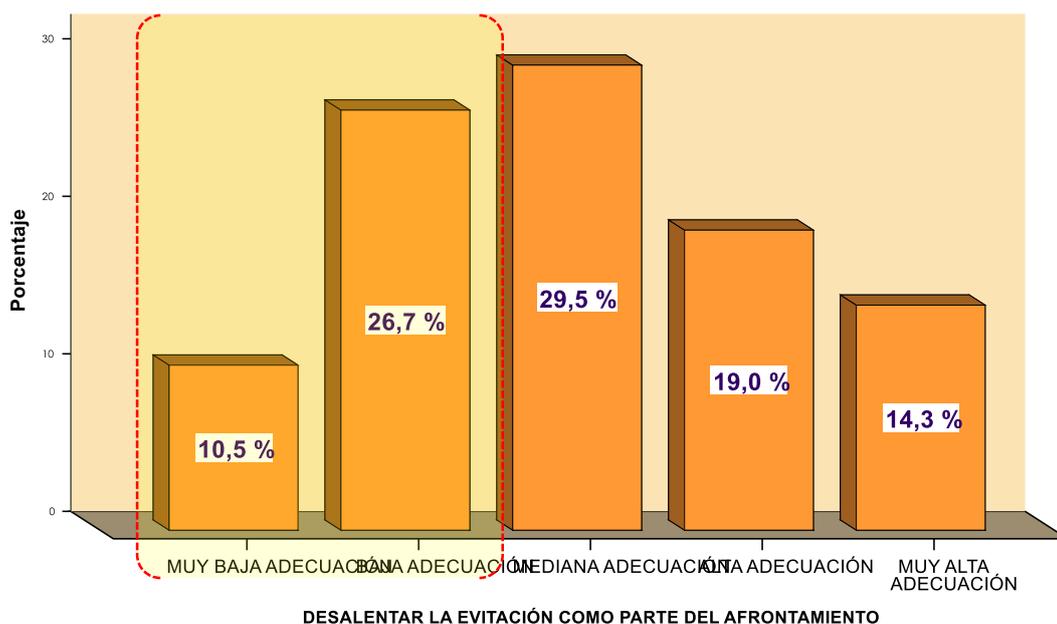
En la Tabla 10, Figura 10, se observa que de 105(100 %), 46(43.8 %) de los adultos mayores refieren tener baja o muy baja adecuación para disuadir la expresión emocional abierta como parte del afrontamiento a situaciones agobiantes.

TABLA 11: DESALENTAR LA EVITACIÓN COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA ADECUACIÓN	11	10,5
BAJA ADECUACIÓN	28	26,7
MEDIANA ADECUACIÓN	31	29,5
ALTA ADECUACIÓN	20	19,0
MUY ALTA ADECUACIÓN	15	14,3
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

FIGURA 11: DESALENTAR LA EVITACIÓN COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

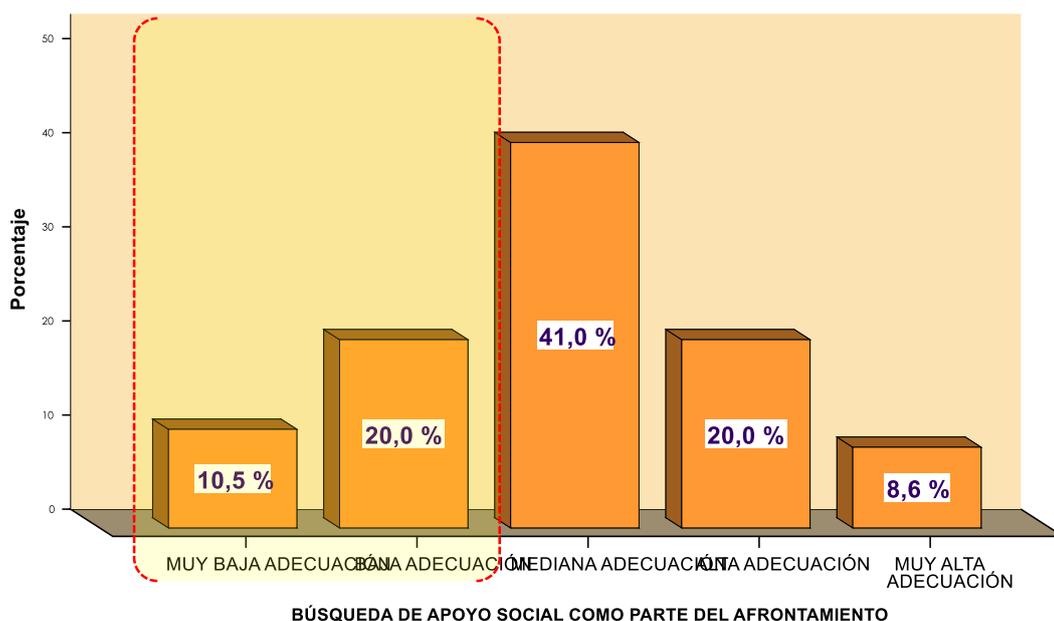
En la Tabla 11, Figura 11, se observa que de 105(100 %), 39(37.2 %) de los adultos mayores refieren tener baja o muy baja adecuación para desalentar la evitación como parte del afrontamiento a situaciones agobiantes.

**TABLA 12: BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020**

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA ADECUACIÓN	11	10,5
BAJA ADECUACIÓN	21	20,0
MEDIANA ADECUACIÓN	43	41,0
ALTA ADECUACIÓN	21	20,0
MUY ALTA ADECUACIÓN	9	8,6
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

**FIGURA 12: BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020**



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

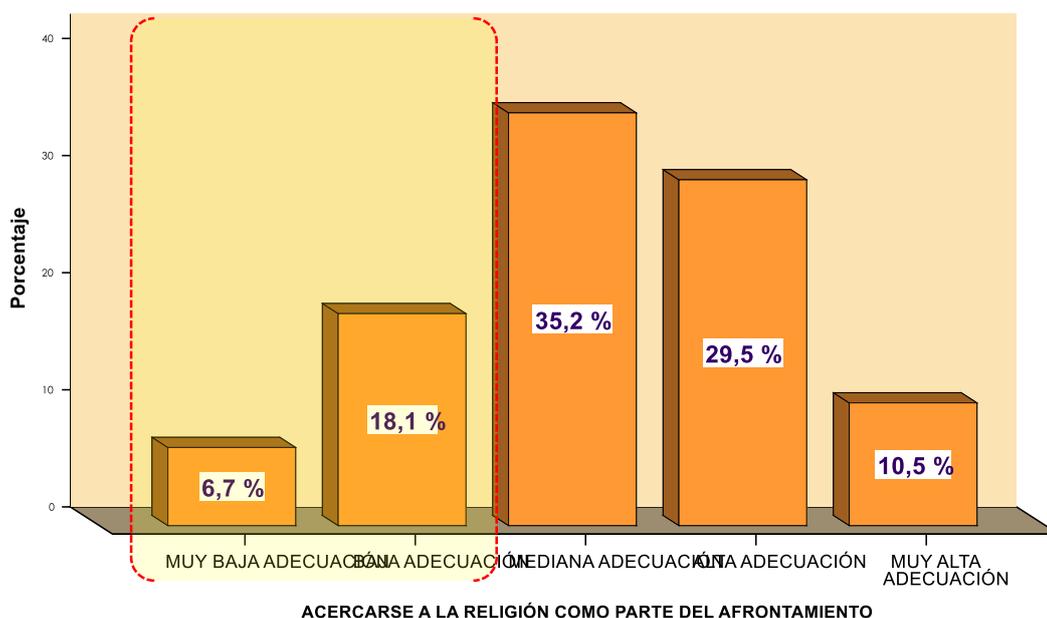
En la Tabla 12, Figura 12, se observa que de 105(100 %), 32(30.5 %) de los adultos mayores refieren tener baja o muy baja adecuación para la búsqueda de apoyo social como parte del afrontamiento a situaciones agobiantes.

TABLA 13: ACERCARSE A LA RELIGIÓN COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020

	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA ADECUACIÓN	7	6,7
BAJA ADECUACIÓN	19	18,1
MEDIANA ADECUACIÓN	37	35,2
ALTA ADECUACIÓN	31	29,5
MUY ALTA ADECUACIÓN	11	10,5
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

FIGURA 13: ACERCARSE A LA RELIGIÓN COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

En la Tabla 12, Figura 12, se observa que de 105(100 %), 26(24.8 %) de los adultos mayores refieren tener baja o muy baja adecuación para acercarse a la religión como parte del afrontamiento a situaciones agobiantes.

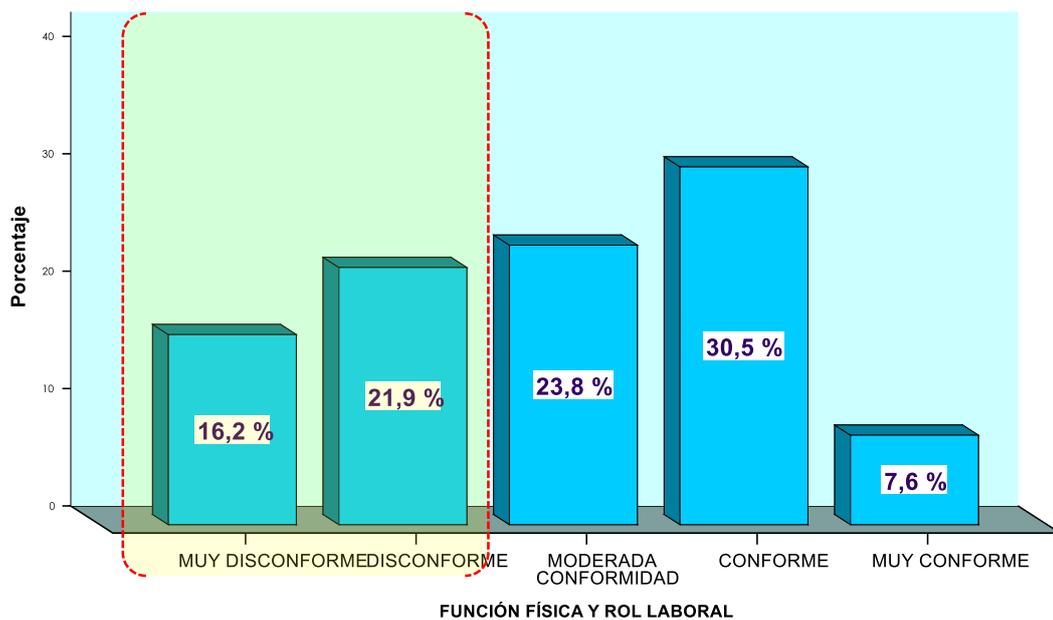
### 5.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES

TABLA 14: FUNCIÓN FÍSICA Y ROL LABORAL COMO PARTE DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020

	Frecuencia	Porcentaje
MUY DISCONFORME	17	16,2
DISCONFORME	23	21,9
MODERADA CONFORMIDAD	25	23,8
CONFORME	32	30,5
MUY CONFORME	8	7,6
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

FIGURA 14: FUNCIÓN FÍSICA Y ROL LABORAL COMO PARTE DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

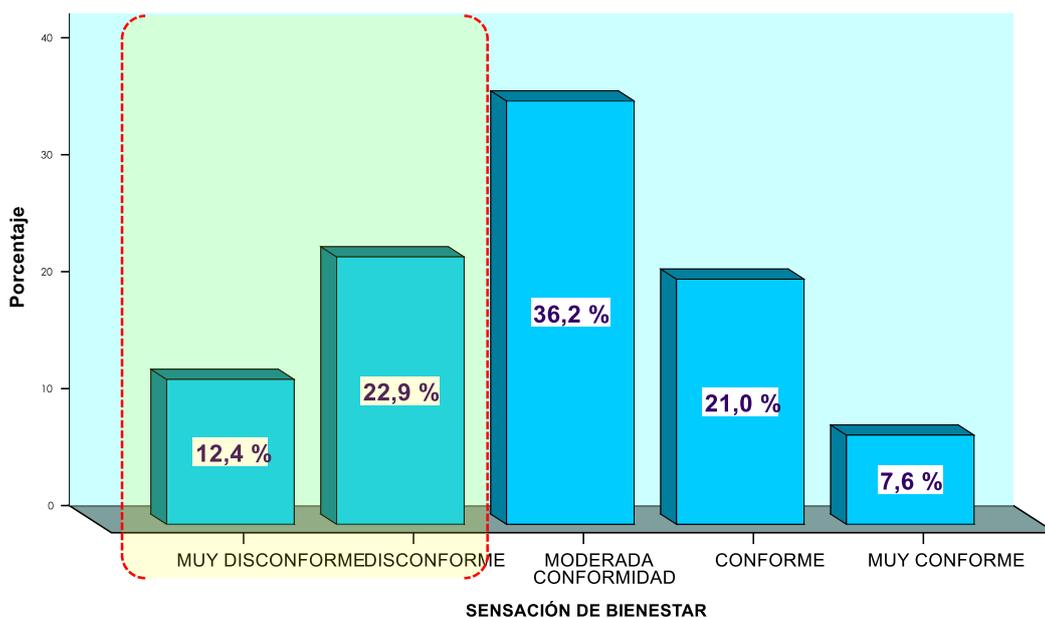
En la Tabla 14, Figura 14, se observa que de 105(100 %), 40(38.1 %) de los adultos mayores afirman sentirse disconformes o muy disconformes con su función física y rol laboral como parte de la su calidad de vida en salud.

**TABLA 15: SENSACIÓN DE BIENESTAR COMO PARTE DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020**

	Frecuencia	Porcentaje
MUY DISCONFORME	13	12,4
DISCONFORME	24	22,9
MODERADA CONFORMIDAD	38	36,2
CONFORME	22	21,0
MUY CONFORME	8	7,6
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

**FIGURA 15: SENSACIÓN DE BIENESTAR COMO PARTE DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020**



Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

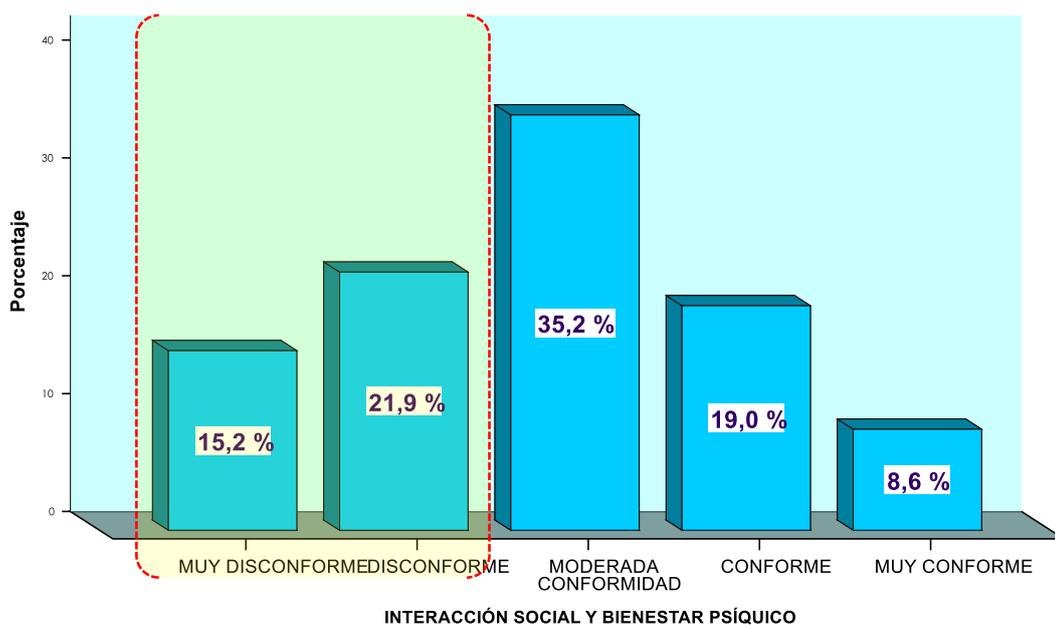
En la Tabla 14, Figura 14, se observa que de 105(100 %), 37(35.3 %) de los adultos mayores afirman estar disconformes o muy disconformes con su sensación de bienestar como parte de la su calidad de vida en salud.

**TABLA 16: INTERACCIÓN SOCIAL Y BIENESTAR PSÍQUICO COMO PARTE DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020**

	Frecuencia	Porcentaje
MUY DISCONFORME	16	15,2
DISCONFORME	23	21,9
MODERADA CONFORMIDAD	37	35,2
CONFORME	20	19,0
MUY CONFORME	9	8,6
Total	105	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

**FIGURA 16: INTERACCIÓN SOCIAL Y BIENESTAR PSÍQUICO COMO PARTE DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020**



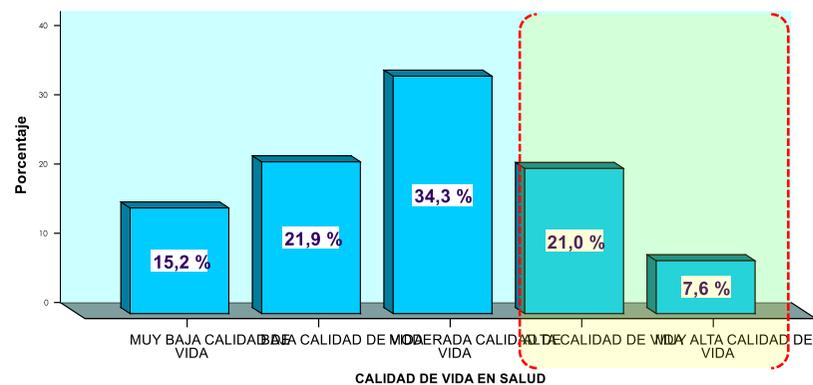
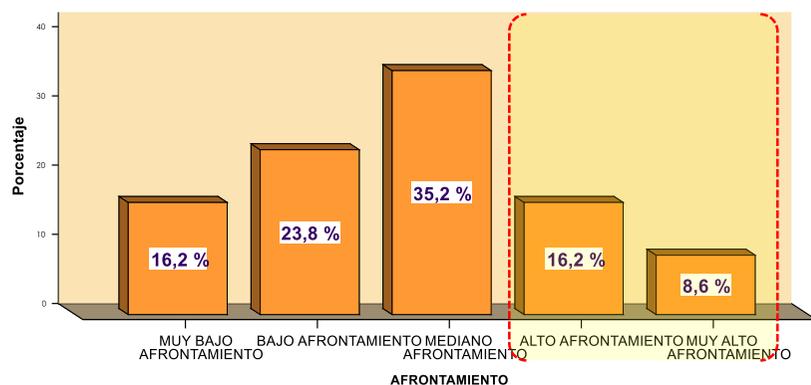
Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020.  
Elaboración: Propia.

En la Tabla 16, Figura 16, se observa que de 105(100 %), 39(37.1 %) de los adultos mayores afirman estar disconformes o muy disconformes con su interacción social y bienestar psíquico como parte de la su calidad de vida en salud.

TABLA 17: CONSOLIDADO DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2020

AFRONTAMIENTO		
	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJO AFRONTAMIENTO	17	16,2
BAJO AFRONTAMIENTO	25	23,8
MEDIANO AFRONTAMIENTO	37	35,2
ALTO AFRONTAMIENTO	17	16,2
MUY ALTO AFRONTAMIENTO	9	8,6
Total	105	100,0

CALIDAD DE VIDA EN SALUD		
	Frecuencia	Porcentaje
MUY BAJA CALIDAD DE VIDA	16	15,2
BAJA CALIDAD DE VIDA	23	21,9
MODERADA CALIDAD DE VIDA	36	34,3
ALTA CALIDAD DE VIDA	22	21,0
MUY ALTA CALIDAD DE VIDA	8	7,6
Total	105	100,0



Fuente: Encuesta aplicada a los usuarios con diabetes mellitus tipo II del Centro de Salud "Juan Parra del Riego" - El Tambo en el 2020.  
Elaboración: Propia.

En la Tabla 17, se observa que: de 105(100 %), 26 (24.8 %) de los adultos mayores refieren tener alto o muy alto nivel de afrontamiento a situaciones agobiantes. Asimismo, de 105(100 %), 30 (28.6 %) de los adultos mayores afirman tener una alta o muy alta calidad de vida en salud.

## 5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

### 5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD

Entre los métodos estadísticos se dispone de las pruebas paramétrica o no paramétricas; se sabe que las pruebas paramétricas ofrecen mejores ventajas como: mayor eficiencia, mayor sensibilidad, menor probabilidad de error y son más robustas; en consecuencia, se debe de viabilizar el uso de este tipo de prueba; sin embargo para utilizar los métodos paramétricos, los datos deben de reunir las siguientes condiciones: la existencia del cero absoluto como característica implícita y explícita en la medición de la variable (condición que se cumple); y que los datos muestrales de la variable estudiada se distribuyan de forma normal (condición que probaremos a continuación). La normalidad se refiere, a que los valores medios o próximos a la media de la variable son más abundantes y los valores extremos o más alejados de la media, son más escasos. La normalidad de los datos muestrales refleja la normalidad de los datos poblacionales que posibilita la aproximación a los parámetros a partir de los estadísticos (55).

TABLA 18: PRUEBA DE NORMALIDAD PARA LOS DATOS CONSOLIDADOS DE **AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES**

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
<b>AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES</b>	,083	105	,187*	,867	85	,371
<b>CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES</b>	,084	105	,192*	,897	85	,237

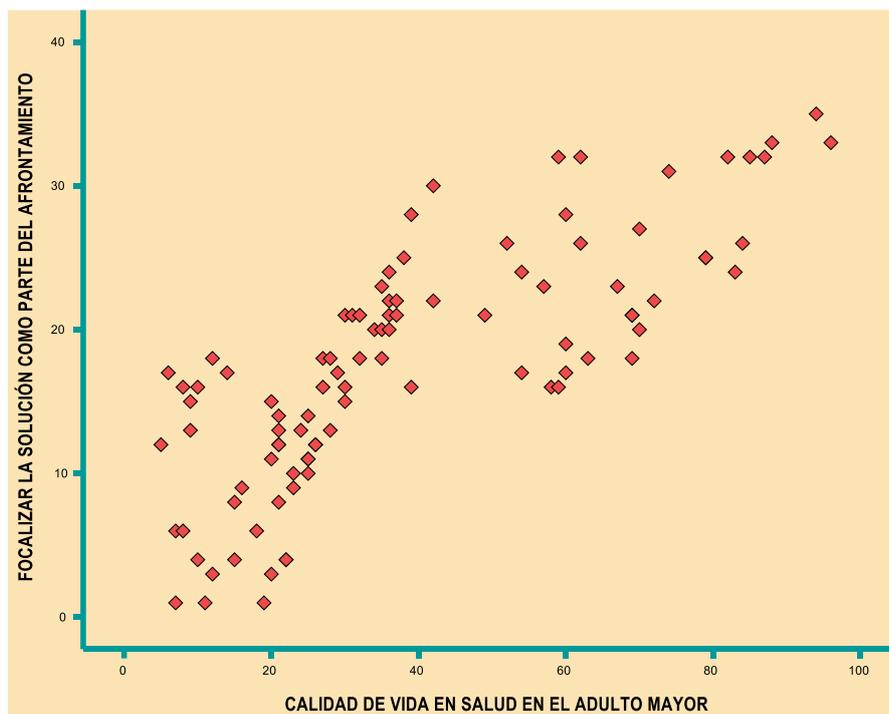
Para probar la normalidad de los datos muestrales de la variable afrontamiento y de la variable claridad de vida, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, debido a que esta prueba se utiliza cuando el tamaño muestral es igual o mayor a 50 observaciones. La normalidad quedará comprobada cuando el valor de la significancia de la prueba sea mayor a 0.05.

En la tabla 18, se demuestra que; de acuerdo a la prueba de Kolmogorov-Smirnov, que los datos: consolidados de la variable afrontamiento y la calidad de vida en salud en los adultos mayores muestran que poseen distribución normal [ya que el valor de la significancia es mayor a 0.05 para ambos casos], no se puede rechazar la presunción de no normalidad; por lo tanto, se asevera que los datos de estas variables poseen distribución normal y es conveniente emplear pruebas estadísticas paramétricas para su análisis.

### 5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE LA FOCALIZACIÓN EN EL PROBLEMA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.

La relación entre dos variables puede evidenciarse por medio de un gráfico denominado diagrama de dispersión, en esta figura cada caso observado es representado por un punto generado a partir de un par ordenado, al que le corresponde un valor en un eje de las abscisas (X) que representa a una primera variable (calidad de vida en salud en el adulto mayor) y otro valor en el eje de las ordenadas (Y) que representa a otra variable (focalización en el problema como parte del afrontamiento). Sí existe relación entre las variables (están correlacionadas), los puntos se aproximarán a lo largo de una línea o curva. Cuando la asociación es positiva la curva es ascendente y cuando la asociación es negativa la curva es descendente (56). A continuación, presentamos el diagrama de dispersión entre la primera dimensión del afrontamiento y la calidad de vida en salud.

FIGURA 17: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA FOCALIZACIÓN EN EL PROBLEMA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES



En la Figura 17, se observa la asociación directamente proporcional entre la focalización en el problema como parte del afrontamiento y la calidad de vida en salud en los adultos mayores; en la figura se evidencia que a niveles bajos de focalización en el problema como parte del afrontamiento le corresponden niveles bajos de calidad de vida en salud; también a valores altos en un eje le corresponden valores altos en el otro eje; en consecuencia, es notoria la correspondencia directa entre la primera dimensión del afrontamiento y la calidad de vida en salud en el adulto mayor.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “a mejor afrontamiento en referencia a la focalización en el problema; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 19).

El coeficiente de correlación de Pearson, es una medida que revela la intensidad y la dirección de la relación entre dos variables; es un índice que expresa la intensidad de covariación lineal. Cuantifica el grado de variación conjunta entre dos variables. Es el número que mide el grado de intensidad y el sentido de la relación entre dos variables. Su valor está acotado entre -1 y +1; su signo indica la dirección, positiva o negativa de la asociación lineal y su valor absoluto la intensidad de la misma (57).

TABLA 19: RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A LA FOCALIZACIÓN EN EL PROBLEMA Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES

		CALIDAD DE VIDA EN SALUD
AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A LA FOCALIZACIÓN EN EL PROBLEMA	Correlación de Pearson	,458**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	105

En la Tabla 19, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el afrontamiento en referencia a la **focalización en el problema** y la calidad de vida en salud ( $r = 0,458$ ); con un nivel de significancia de 0,000 [que por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el afrontamiento en referencia a la **focalización en el problema**, mejora la calidad de vida en salud; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

## PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

### PASO: 01: ELECCIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA A UTILIZAR

---

Empleamos la prueba  $t$  para hallar un parámetro de correlación (58), para lo cual utilizamos la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

- $t$  : Valor de la “ $t$ ” calculada
- $r$  : Coeficiente de correlación de la muestra
- $n$  : Tamaño muestral

Utilizamos la prueba  $t$  para determinar si el valor observado de  $r = 0.458$  es evidencia suficiente con 105 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación  $\rho$  en la población es diferente de cero.

### PASO: 02: PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

---

$H_0$ : No existe relación alguna entre el afrontamiento en referencia a la **focalización en el problema** y la calidad de vida en salud, o la verdadera correlación es cero:  $\rho = 0$

$H_1$ : Existe relación alguna entre el afrontamiento en referencia a la **focalización en el problema** y la calidad de vida en salud, o la verdadera correlación no es cero:  $\rho \neq 0$

### PASO: 03: CONDICIONES PARA UTILIZAR LA PRUEBA PARAMÉTRICA ELEGIDA

---

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que  $\rho$  es o no cero, la relación  $t$  puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables,  $X$  y  $Y$ , varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

#### PASO: 04: DETERMINACIÓN DEL MARGEN DE ERROR.

---

Se seleccionó  $\alpha = 0.05$  para este estudio.

#### PASO: 05: REGLA DE DECISIÓN

---

Los grados de libertad son  $n - 2 = 105 - 2 = 103$ . El valor de la distribución  $t$  con 103 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.983 (usando el valor de 103 grados libertad en la tabla de distribución  $t$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de  $t$  es mayor que 1.983.

#### PASO 06: CÁLCULO

---

El cálculo es:

$$t = \frac{0.458 \sqrt{105 - 2}}{\sqrt{1 - 0.458^2}}$$

$$t = \frac{0.458 \sqrt{103}}{\sqrt{1 - 0.209}}$$

$$t = \frac{4.693}{0.889} = 5.079$$

#### PASO 07: INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

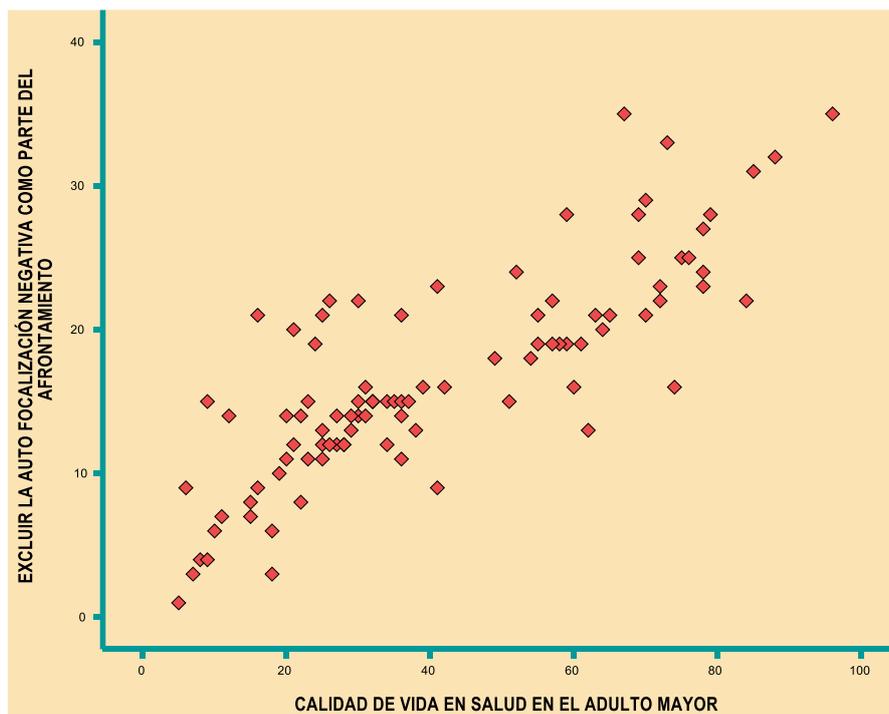
---

El valor observado para la proporción  $t$  con 103 grados de libertad es de 5.079, que con mucho es mayor a 1.983; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre el afrontamiento en referencia a la **focalización en el problema** y la calidad de vida en salud, es lo suficientemente grande para aseverar que estas dos variables están asociadas.

### 5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE EXCLUIR LA AUTO FOCALIZACIÓN NEGATIVA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES.

La relación entre dos variables puede evidenciarse por medio de un gráfico denominado diagrama de dispersión, en esta figura cada caso observado es representado por un punto generado a partir de un par ordenado, al que le corresponde un valor en un eje de las abscisas (X) que representa a una primera variable (calidad de vida en salud en el adulto mayor) y otro valor en el eje de las ordenadas (Y) que representa a otra variable (excluir la auto focalización negativa como parte del afrontamiento). Si existe relación entre las variables (están correlacionadas), los puntos se aproximarán a lo largo de una línea o curva. Cuando la asociación es positiva la curva es ascendente y cuando la asociación es negativa la curva es descendente (56). A continuación, presentamos el diagrama de dispersión entre la segunda dimensión del afrontamiento y la calidad de vida en salud.

FIGURA 18: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EXCLUIR LA AUTO FOCALIZACIÓN NEGATIVA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES



En la Figura 18, se observa la asociación directamente proporcional entre la exclusión de la auto focalización negativa como parte del afrontamiento y la calidad de vida en salud en los adultos mayores; en la figura se evidencia que a niveles bajos de exclusión de la auto focalización negativa como parte del afrontamiento le corresponden niveles bajos de calidad de vida en salud; también a valores altos en un eje le corresponden valores altos en el otro eje; en consecuencia, es notoria la correspondencia directa entre la segunda dimensión del afrontamiento y la calidad de vida en salud en el adulto mayor.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “a mejor afrontamiento en referencia a **excluir la auto focalización negativa**; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 20).

El coeficiente de correlación de Pearson, es una medida que revela la intensidad y la dirección de la relación entre dos variables; es un índice que expresa la intensidad de covariación lineal. Cuantifica el grado de variación conjunta entre dos variables. Es el número que mide el grado de intensidad y el sentido de la relación entre dos variables. Su valor está acotado entre -1 y +1; su signo indica la dirección, positiva o negativa de la asociación lineal y su valor absoluto la intensidad de la misma (57).

**TABLA 20: RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A EXCLUIR LA AUTO FOCALIZACIÓN NEGATIVA Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES**

		CALIDAD DE VIDA EN SALUD
AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A	Correlación de Pearson	,439**
<b>EXCLUIR LA AUTO FOCALIZACIÓN NEGATIVA</b>	Sig. (bilateral)	,000
	N	105

En la Tabla 20, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el afrontamiento en referencia a **excluir la auto focalización negativa** y la calidad de vida en salud ( $r = 0,439$ ); con un nivel de significancia de 0,000 [que por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el afrontamiento en referencia a **excluir la auto focalización negativa**, mejora la calidad de vida en salud; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

## PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

### PASO: 01: ELECCIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA A UTILIZAR

---

Empleamos la prueba **t** para hallar un parámetro de correlación (58), para lo cual utilizamos la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

- $t$  : Valor de la “t” calculada
- $r$  : Coeficiente de correlación de la muestra
- $n$  : Tamaño muestral

Utilizamos la prueba **t** para determinar si el valor observado de  $r = 0.458$  es evidencia suficiente con 105 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación  $\rho$  en la población es diferente de cero.

### PASO: 02: PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

---

$H_0$ : No existe relación alguna entre el afrontamiento en referencia a **excluir la auto focalización negativa** y la calidad de vida en salud, o la verdadera correlación es cero:  $\rho = 0$

$H_1$ : Existe relación alguna entre el afrontamiento en referencia a **excluir la auto focalización negativa** y la calidad de vida en salud, o la verdadera correlación no es cero:  $\rho \neq 0$

### PASO: 03: CONDICIONES PARA UTILIZAR LA PRUEBA PARAMÉTRICA ELEGIDA

---

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que  $\rho$  es o no cero, la relación **t** puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

#### PASO: 04: DETERMINACIÓN DEL MARGEN DE ERROR.

---

Se seleccionó  $\alpha = 0.05$  para este estudio.

#### PASO: 05: REGLA DE DECISIÓN

---

Los grados de libertad son  $n - 2 = 105 - 2 = 103$ . El valor de la distribución  $t$  con 103 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.983 (usando el valor de 103 grados libertad en la tabla de distribución  $t$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de  $t$  es mayor que 1.983.

#### PASO 06: CÁLCULO

---

El cálculo es:

$$t = \frac{0.439 \sqrt{105 - 2}}{\sqrt{1 - 0.439^2}}$$

$$t = \frac{0.439 \sqrt{103}}{\sqrt{1 - 0.193}}$$

$$t = \frac{4.498}{0.898} = 5.007$$

#### PASO 07: INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

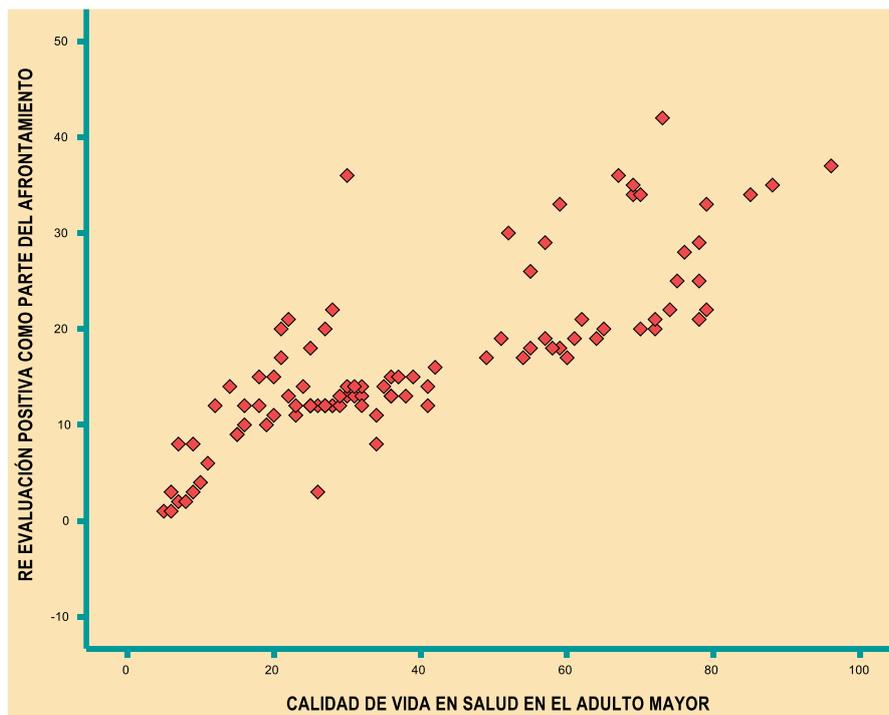
---

El valor observado para la proporción  $t$  con 103 grados de libertad es de 5.007, que con mucho es mayor a 1.983; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre el afrontamiento en referencia a **excluir la auto focalización negativa** y la calidad de vida en salud, es lo suficientemente grande para aseverar que estas dos variables están asociadas.

#### 5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE LA REEVALUACIÓN POSITIVA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.

La relación entre dos variables puede evidenciarse por medio de un gráfico denominado diagrama de dispersión, en esta figura cada caso observado es representado por un punto generado a partir de un par ordenado, al que le corresponde un valor en un eje de las abscisas (X) que representa a una primera variable (calidad de vida en salud en el adulto mayor) y otro valor en el eje de las ordenadas (Y) que representa a otra variable (reevaluación positiva). Sí existe relación entre las variables (están correlacionadas), los puntos se aproximarán a lo largo de una línea o curva. Cuando la asociación es positiva la curva es ascendente y cuando la asociación es negativa la curva es descendente (56). A continuación, presentamos el diagrama de dispersión entre la tercera dimensión del afrontamiento y la calidad de vida en salud.

FIGURA 19: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA REEVALUACIÓN POSITIVA Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES



En la Figura 19, se observa la asociación directamente proporcional entre la **reevaluación positiva como parte del afrontamiento** y la calidad de vida en salud en los adultos mayores; en la figura se evidencia que a niveles bajos de **reevaluación positiva como parte del afrontamiento** le corresponden niveles bajos de calidad de vida en salud; también a valores altos en un eje le corresponden valores altos en el otro eje; en consecuencia, es notoria la correspondencia directa entre la **tercera dimensión del afrontamiento** y la calidad de vida en salud en el adulto mayor.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “a mejor afrontamiento en referencia a la **reevaluación positiva**; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 21).

El coeficiente de correlación de Pearson, es una medida que revela la intensidad y la dirección de la relación entre dos variables; es un índice que expresa la intensidad de covariación lineal. Cuantifica el grado de variación conjunta entre dos variables. Es el número que mide el grado de intensidad y el sentido de la relación entre dos variables. Su valor está acotado entre -1 y +1; su signo indica la dirección, positiva o negativa de la asociación lineal y su valor absoluto la intensidad de la misma (57).

**TABLA 21: RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A LA REEVALUACIÓN POSITIVA Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES**

		CALIDAD DE VIDA EN SALUD
AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A LA REEVALUACIÓN POSITIVA	Correlación de Pearson	,472**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	105

En la Tabla 21, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el afrontamiento en referencia a la **reevaluación positiva** y la calidad de vida en salud ( $r = 0,472$ ); con un nivel de significancia de 0,000 [que por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el afrontamiento en referencia a la **reevaluación positiva**, mejora la calidad de vida en salud; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

## PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

### PASO: 01: ELECCIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA A UTILIZAR

---

**Empleamos la prueba t** para hallar un parámetro de correlación (58), para lo cual utilizamos la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

- $t$  : Valor de la “t” calculada
- $r$  : Coeficiente de correlación de la muestra
- $n$  : Tamaño muestral

Utilizamos la prueba t para determinar si el valor observado de  $r = 0.472$  es evidencia suficiente con 105 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación  $\rho$  en la población es diferente de cero.

### PASO: 02: PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

---

$H_0$ : No existe relación alguna entre el afrontamiento en referencia a la **reevaluación positiva** y la calidad de vida en salud, o la verdadera correlación es cero:  $\rho = 0$

$H_1$ : Existe relación alguna entre el afrontamiento en referencia a la **reevaluación positiva** y la calidad de vida en salud, o la verdadera correlación no es cero:  $\rho \neq 0$

### PASO: 03: CONDICIONES PARA UTILIZAR LA PRUEBA PARAMÉTRICA ELEGIDA

---

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que  $\rho$  es o no cero, la relación  $t$  puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

#### PASO: 04: DETERMINACIÓN DEL MARGEN DE ERROR.

---

Se seleccionó  $\alpha = 0.05$  para este estudio.

#### PASO: 05: REGLA DE DECISIÓN

---

Los grados de libertad son  $n - 2 = 105 - 2 = 103$ . El valor de la distribución  $t$  con 103 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.983 (usando el valor de 103 grados libertad en la tabla de distribución  $t$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de  $t$  es mayor que 1.983.

#### PASO 06: CÁLCULO

---

El cálculo es:

$$t = \frac{0.472 \sqrt{105 - 2}}{\sqrt{1 - 0.472^2}}$$

$$t = \frac{0.472 \sqrt{103}}{\sqrt{1 - 0.223}}$$

$$t = \frac{4.837}{0.881} = 5.486$$

#### PASO 07: INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

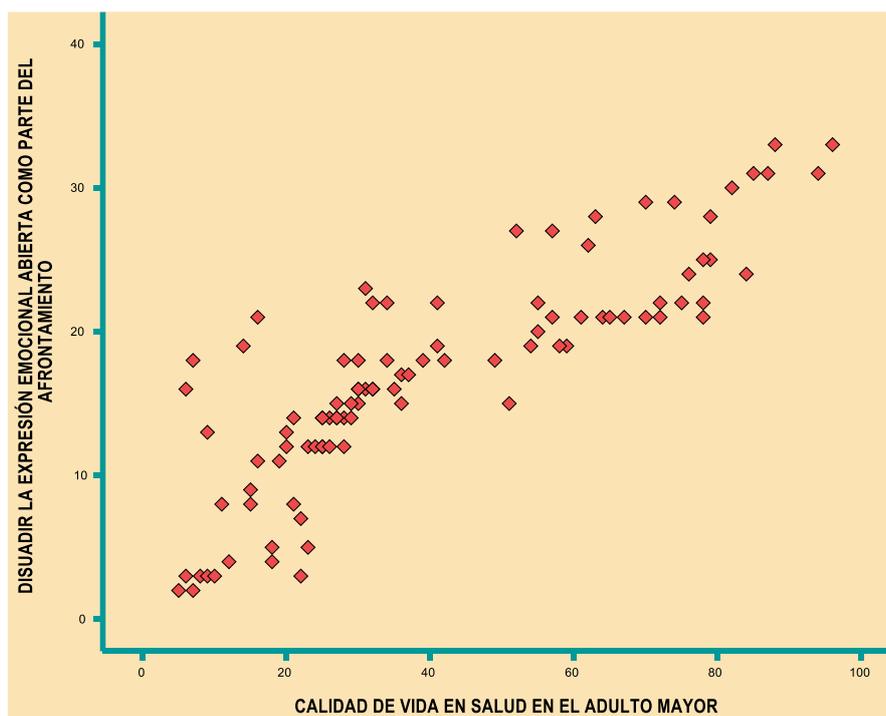
---

El valor observado para la proporción  $t$  con 103 grados de libertad es de 5.486, que con mucho es mayor a 1.983; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre el afrontamiento en referencia a la **reevaluación positiva** y la calidad de vida en salud, es lo suficientemente grande para aseverar que estas dos variables están asociadas.

### 5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE DISUADIR LA EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.

La relación entre dos variables puede evidenciarse por medio de un gráfico denominado diagrama de dispersión, en esta figura cada caso observado es representado por un punto generado a partir de un par ordenado, al que le corresponde un valor en un eje de las abscisas (X) que representa a una primera variable (calidad de vida en salud en el adulto mayor) y otro valor en el eje de las ordenadas (Y) que representa a otra variable (disuadir la expresión emocional abierta). Si existe relación entre las variables (están correlacionadas), los puntos se aproximarán a lo largo de una línea o curva. Cuando la asociación es positiva la curva es ascendente y cuando la asociación es negativa la curva es descendente (56). A continuación, presentamos el diagrama de dispersión entre la cuarta dimensión del afrontamiento y la calidad de vida en salud.

FIGURA 20: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA DISUADIR LA EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES



En la Figura 20, se observa la asociación directamente proporcional entre disuadir la expresión emocional abierta como parte del afrontamiento y la calidad de vida en salud en los adultos mayores; en la figura se evidencia que a niveles bajos de disuadir la expresión emocional abierta como parte del afrontamiento le corresponden niveles bajos de calidad de vida en salud; también a valores altos en un eje le corresponden valores altos en el otro eje; en consecuencia, es notoria la correspondencia directa entre la cuarta dimensión del afrontamiento y la calidad de vida en salud en el adulto mayor.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “a mejor afrontamiento en referencia a **disuadir la expresión emocional abierta**; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 22).

El coeficiente de correlación de Pearson, es una medida que revela la intensidad y la dirección de la relación entre dos variables; es un índice que expresa la intensidad de covariación lineal. Cuantifica el grado de variación conjunta entre dos variables. Es el número que mide el grado de intensidad y el sentido de la relación entre dos variables. Su valor está acotado entre -1 y +1; su signo indica la dirección, positiva o negativa de la asociación lineal y su valor absoluto la intensidad de la misma (57).

**TABLA 22: RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A LA DISUADIR LA EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES**

		CALIDAD DE VIDA EN SALUD
AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A LA <b>DISUADIR LA EXPRESIÓN EMOCIONAL ABIERTA</b>	Correlación de Pearson	,428**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	105

En la Tabla 22, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el afrontamiento en referencia a la **disuadir la expresión emocional abierta** y la calidad de vida en salud ( $r = 0,428$ ); con un nivel de significancia de 0,000 [que por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el afrontamiento en referencia a la **disuadir la expresión emocional abierta**, mejora la calidad de vida en salud; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

## PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

### PASO: 01: ELECCIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA A UTILIZAR

---

Empleamos la prueba **t** para hallar un parámetro de correlación (58), para lo cual utilizamos la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

- $t$  : Valor de la “t” calculada
- $r$  : Coeficiente de correlación de la muestra
- $n$  : Tamaño muestral

Utilizamos la prueba **t** para determinar si el valor observado de  $r = 0.428$  es evidencia suficiente con 105 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación  $\rho$  en la población es diferente de cero.

### PASO: 02: PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

---

$H_0$ : No existe relación alguna entre el afrontamiento en referencia a **disuadir la expresión emocional abierta** y la calidad de vida en salud, o la verdadera correlación es cero:  $\rho = 0$

$H_1$ : Existe relación alguna entre el afrontamiento en referencia a **disuadir la expresión emocional abierta** y la calidad de vida en salud, o la verdadera correlación no es cero:  $\rho \neq 0$

### PASO: 03: CONDICIONES PARA UTILIZAR LA PRUEBA PARAMÉTRICA ELEGIDA

---

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que  $\rho$  es o no cero, la relación **t** puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

#### PASO: 04: DETERMINACIÓN DEL MARGEN DE ERROR.

---

Se seleccionó  $\alpha = 0.05$  para este estudio.

#### PASO: 05: REGLA DE DECISIÓN

---

Los grados de libertad son  $n - 2 = 105 - 2 = 103$ . El valor de la distribución  $t$  con 103 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.983 (usando el valor de 103 grados libertad en la tabla de distribución  $t$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de  $t$  es mayor que 1.983.

#### PASO 06: CÁLCULO

---

El cálculo es:

$$t = \frac{0.428 \sqrt{105 - 2}}{\sqrt{1 - 0.428^2}}$$

$$t = \frac{0.428 \sqrt{103}}{\sqrt{1 - 0.183}}$$

$$t = \frac{4.386}{0.903} = 4.853$$

#### PASO 07: INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

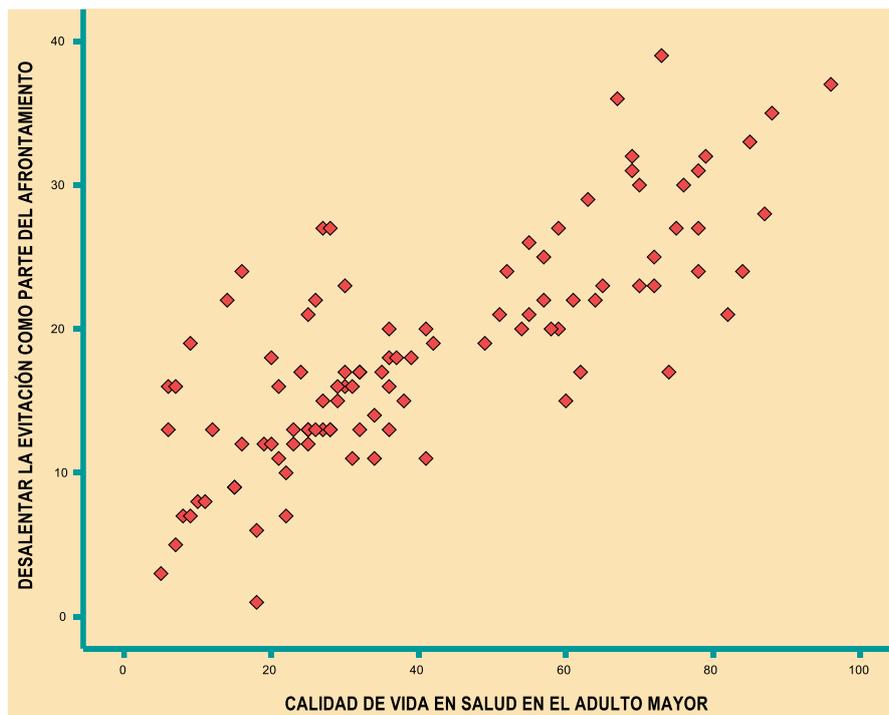
---

El valor observado para la proporción  $t$  con 103 grados de libertad es de 4.853, que con mucho es mayor a 1.983; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre el afrontamiento en referencia a **disuadir la expresión emocional abierta** y la calidad de vida en salud, es lo suficientemente grande para aseverar que estas dos variables están asociadas.

### 5.2.6. CORRELACIÓN ENTRE DESALENTAR LA EVITACIÓN COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.

La relación entre dos variables puede evidenciarse por medio de un gráfico denominado diagrama de dispersión, en esta figura cada caso observado es representado por un punto generado a partir de un par ordenado, al que le corresponde un valor en un eje de las abscisas (X) que representa a una primera variable (calidad de vida en salud en el adulto mayor) y otro valor en el eje de las ordenadas (Y) que representa a otra variable (desalentar la evitación). Si existe relación entre las variables (están correlacionadas), los puntos se aproximarán a lo largo de una línea o curva. Cuando la asociación es positiva la curva es ascendente y cuando la asociación es negativa la curva es descendente (56). A continuación, presentamos el diagrama de dispersión entre la quinta dimensión del afrontamiento y la calidad de vida en salud.

FIGURA 21: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE DESALENTAR LA EVITACIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES



En la Figura 21, se observa la asociación directamente proporcional entre desalentar la evitación como parte del afrontamiento y la calidad de vida en salud en los adultos mayores; en la figura se evidencia que a niveles bajos de desalentar la evitación como parte del afrontamiento le corresponden niveles bajos de calidad de vida en salud; también a valores altos en un eje le corresponden valores altos en el otro eje; en consecuencia, es notoria la correspondencia directa entre la quinta dimensión del afrontamiento y la calidad de vida en salud en el adulto mayor.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “a mejor afrontamiento en referencia a **desalentar la evitación**; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 23).

El coeficiente de correlación de Pearson, es una medida que revela la intensidad y la dirección de la relación entre dos variables; es un índice que expresa la intensidad de covariación lineal. Cuantifica el grado de variación conjunta entre dos variables. Es el número que mide el grado de intensidad y el sentido de la relación entre dos variables. Su valor está acotado entre -1 y +1; su signo indica la dirección, positiva o negativa de la asociación lineal y su valor absoluto la intensidad de la misma (57).

**TABLA 23: RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A DESALENTAR LA EVITACIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES**

		CALIDAD DE VIDA EN SALUD
AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A <b>DESALENTAR LA EVITACIÓN</b>	Correlación de Pearson	,415**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	105

En la Tabla 23, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el afrontamiento en referencia a **desalentar la evitación** y la calidad de vida en salud ( $r = 0,415$ ); con un nivel de significancia de 0,000 [que por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el afrontamiento en referencia a **desalentar la evitación**, mejora la calidad de vida en salud; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

## PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

### PASO: 01: ELECCIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA A UTILIZAR

---

Empleamos la prueba  $t$  para hallar un parámetro de correlación (58), para lo cual utilizamos la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

- $t$  : Valor de la “ $t$ ” calculada
- $r$  : Coeficiente de correlación de la muestra
- $n$  : Tamaño muestral

Utilizamos la prueba  $t$  para determinar si el valor observado de  $r = 0.415$  es evidencia suficiente con 105 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación  $\rho$  en la población es diferente de cero.

### PASO: 02: PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

---

$H_0$ : No existe relación alguna entre el afrontamiento en referencia a **desalentar la evitación** y la calidad de vida en salud, o la verdadera correlación es cero:  $\rho = 0$

$H_1$ : Existe relación alguna entre el afrontamiento en referencia a **desalentar la evitación** y la calidad de vida en salud, o la verdadera correlación no es cero:  $\rho \neq 0$

### PASO: 03: CONDICIONES PARA UTILIZAR LA PRUEBA PARAMÉTRICA ELEGIDA

---

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que  $\rho$  es o no cero, la relación  $t$  puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables,  $X$  y  $Y$ , varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

#### PASO: 04: DETERMINACIÓN DEL MARGEN DE ERROR.

---

Se seleccionó  $\alpha = 0.05$  para este estudio.

#### PASO: 05: REGLA DE DECISIÓN

---

Los grados de libertad son  $n - 2 = 105 - 2 = 103$ . El valor de la distribución  $t$  con 103 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.983 (usando el valor de 103 grados libertad en la tabla de distribución  $t$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de  $t$  es mayor que 1.983.

#### PASO 06: CÁLCULO

---

El cálculo es:

$$t = \frac{0.415 \sqrt{105 - 2}}{\sqrt{1 - 0.415^2}}$$

$$t = \frac{0.415 \sqrt{103}}{\sqrt{1 - 0.172}}$$

$$t = \frac{4.252}{0.909} = 4.674$$

#### PASO 07: INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

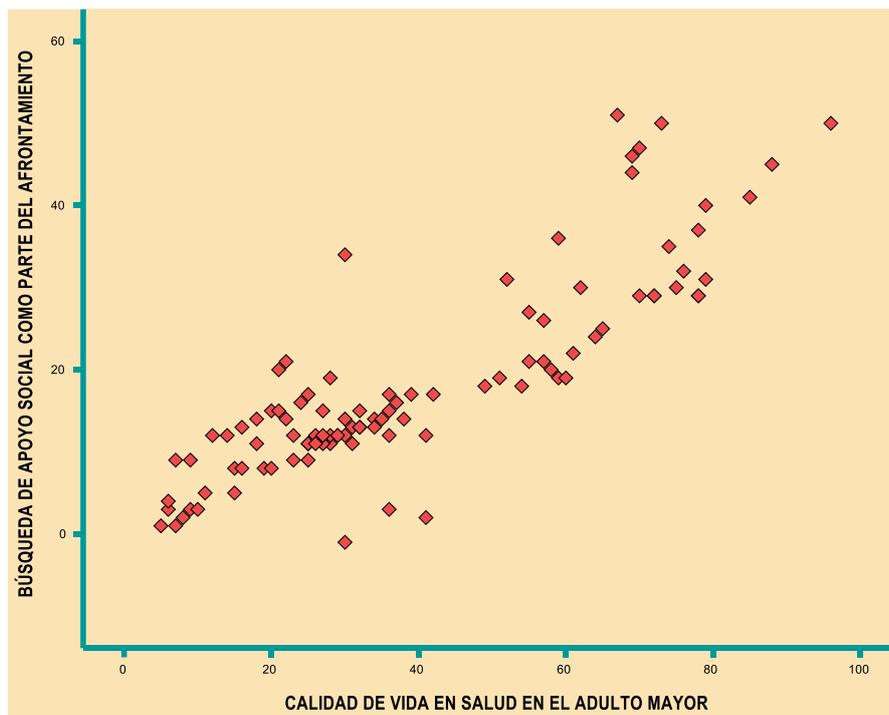
---

El valor observado para la proporción  $t$  con 103 grados de libertad es de 4.674, que con mucho es mayor a 1.983; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre el afrontamiento en referencia a **desalentar la evitación** y la calidad de vida en salud, es lo suficientemente grande para aseverar que estas dos variables están asociadas.

### 5.2.7. CORRELACIÓN ENTRE LA BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.

La relación entre dos variables puede evidenciarse por medio de un gráfico denominado diagrama de dispersión, en esta figura cada caso observado es representado por un punto generado a partir de un par ordenado, al que le corresponde un valor en un eje de las abscisas (X) que representa a una primera variable (calidad de vida en salud en el adulto mayor) y otro valor en el eje de las ordenadas (Y) que representa a otra variable (búsqueda de apoyo social). Sí existe relación entre las variables (están correlacionadas), los puntos se aproximarán a lo largo de una línea o curva. Cuando la asociación es positiva la curva es ascendente y cuando la asociación es negativa la curva es descendente (56). A continuación, presentamos el diagrama de dispersión entre la sexta dimensión del afrontamiento y la calidad de vida en salud.

FIGURA 22: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES



En la Figura 22, se observa la asociación directamente proporcional entre la **búsqueda de apoyo social como parte del afrontamiento** y la calidad de vida en salud en los adultos mayores; en la figura se evidencia que a niveles bajos de la **búsqueda de apoyo social como parte del afrontamiento** le corresponden niveles bajos de calidad de vida en salud; también a valores altos en un eje le corresponden valores altos en el otro eje; en consecuencia, es notoria la correspondencia directa entre la **sexta dimensión del afrontamiento** y la calidad de vida en salud en el adulto mayor.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “a mejor afrontamiento en referencia a **búsqueda de apoyo social**; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 24).

El coeficiente de correlación de Pearson, es una medida que revela la intensidad y la dirección de la relación entre dos variables; es un índice que expresa la intensidad de covariación lineal. Cuantifica el grado de variación conjunta entre dos variables. Es el número que mide el grado de intensidad y el sentido de la relación entre dos variables. Su valor está acotado entre -1 y +1; su signo indica la dirección, positiva o negativa de la asociación lineal y su valor absoluto la intensidad de la misma (57).

**TABLA 24: RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A LA BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES**

		CALIDAD DE VIDA EN SALUD
AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A LA BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL	Correlación de Pearson	,489**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	105

En la Tabla 24, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el afrontamiento en referencia a la **búsqueda de apoyo social** y la calidad de vida en salud ( $r = 0,489$ ); con un nivel de significancia de 0,000 [que por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el afrontamiento en referencia a la **búsqueda de apoyo social**, mejora la calidad de vida en salud; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

## PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

### PASO: 01: ELECCIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA A UTILIZAR

---

Empleamos la prueba  $t$  para hallar un parámetro de correlación (58), para lo cual utilizamos la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

- $t$  : Valor de la “ $t$ ” calculada
- $r$  : Coeficiente de correlación de la muestra
- $n$  : Tamaño muestral

Utilizamos la prueba  $t$  para determinar si el valor observado de  $r = 0.489$  es evidencia suficiente con 105 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación  $\rho$  en la población es diferente de cero.

### PASO: 02: PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

---

$H_0$ : No existe relación alguna entre el afrontamiento en referencia a la **búsqueda de apoyo social** y la calidad de vida en salud, o la verdadera correlación es cero:  $\rho = 0$

$H_1$ : Existe relación alguna entre el afrontamiento en referencia a la **búsqueda de apoyo social** y la calidad de vida en salud, o la verdadera correlación no es cero:  $\rho \neq 0$

### PASO: 03: CONDICIONES PARA UTILIZAR LA PRUEBA PARAMÉTRICA ELEGIDA

---

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que  $\rho$  es o no cero, la relación  $t$  puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables,  $X$  y  $Y$ , varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

#### PASO: 04: DETERMINACIÓN DEL MARGEN DE ERROR.

---

Se seleccionó  $\alpha = 0.05$  para este estudio.

#### PASO: 05: REGLA DE DECISIÓN

---

Los grados de libertad son  $n - 2 = 105 - 2 = 103$ . El valor de la distribución  $t$  con 103 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.983 (usando el valor de 103 grados libertad en la tabla de distribución  $t$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de  $t$  es mayor que 1.983.

#### PASO 06: CÁLCULO

---

El cálculo es:

$$t = \frac{0.489 \sqrt{105 - 2}}{\sqrt{1 - 0.489^2}}$$

$$t = \frac{0.489 \sqrt{103}}{\sqrt{1 - 0.239}}$$

$$t = \frac{5.011}{0.872} = 5.744$$

#### PASO 07: INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

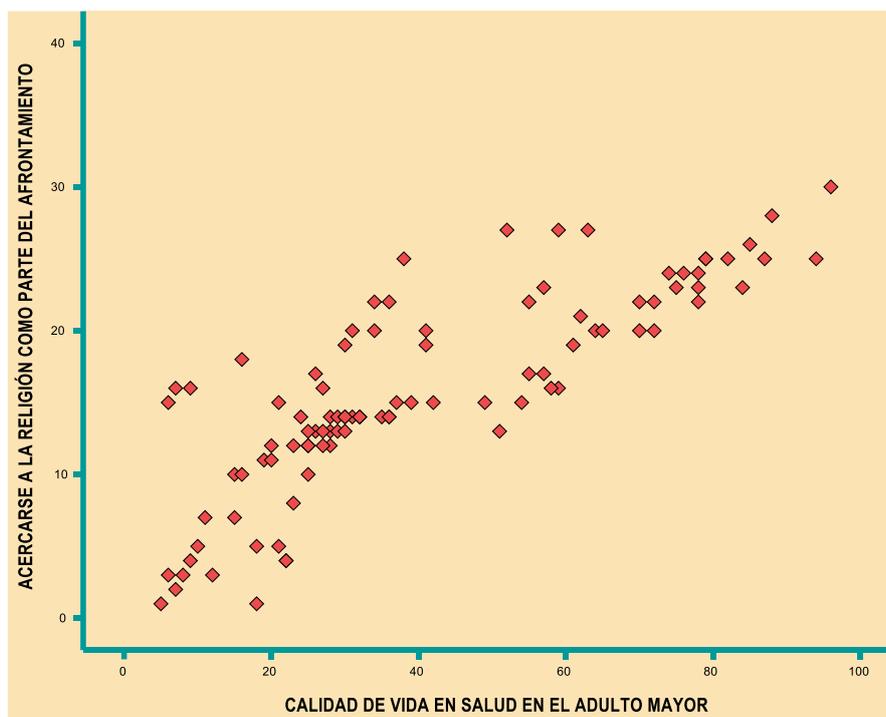
---

El valor observado para la proporción  $t$  con 103 grados de libertad es de 5.744, que con mucho es mayor a 1.983; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre el afrontamiento en referencia a la **búsqueda de apoyo social** y la calidad de vida en salud, es lo suficientemente grande para aseverar que estas dos variables están asociadas.

### 5.2.8. CORRELACIÓN ENTRE ACERCARSE A LA RELIGIÓN COMO PARTE DEL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.

La relación entre dos variables puede evidenciarse por medio de un gráfico denominado diagrama de dispersión, en esta figura cada caso observado es representado por un punto generado a partir de un par ordenado, al que le corresponde un valor en un eje de las abscisas (X) que representa a una primera variable (calidad de vida en salud en el adulto mayor) y otro valor en el eje de las ordenadas (Y) que representa a otra variable (acercarse a la religión). Si existe relación entre las variables (están correlacionadas), los puntos se aproximarán a lo largo de una línea o curva. Cuando la asociación es positiva la curva es ascendente y cuando la asociación es negativa la curva es descendente (56). A continuación, presentamos el diagrama de dispersión entre la séptima dimensión del afrontamiento y la calidad de vida en salud.

FIGURA 23: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE ACERCARSE A LA RELIGIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES



En la Figura 23, se observa la asociación directamente proporcional entre **acercarse a la religión como parte del afrontamiento** y la calidad de vida en salud en los adultos mayores; en la figura se evidencia que a niveles bajos de **acercarse a la religión como parte del afrontamiento** le corresponden niveles bajos de calidad de vida en salud; también a valores altos en un eje le corresponden valores altos en el otro eje; en consecuencia, es notoria la correspondencia directa entre la **séptima dimensión del afrontamiento** y la calidad de vida en salud en el adulto mayor.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “a mejor afrontamiento en referencia a **acercarse a la religión**; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 25).

El coeficiente de correlación de Pearson, es una medida que revela la intensidad y la dirección de la relación entre dos variables; es un índice que expresa la intensidad de covariación lineal. Cuantifica el grado de variación conjunta entre dos variables. Es el número que mide el grado de intensidad y el sentido de la relación entre dos variables. Su valor está acotado entre -1 y +1; su signo indica la dirección, positiva o negativa de la asociación lineal y su valor absoluto la intensidad de la misma (57).

**TABLA 25: RELACIÓN ENTRE AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A ACERCARSE A LA RELIGIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES**

		CALIDAD DE VIDA EN SALUD
AFRONTAMIENTO EN REFERENCIA A ACERCARSE A LA RELIGIÓN	Correlación de Pearson	,476**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	105

En la Tabla 25, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el afrontamiento en referencia a la **acercarse a la religión** y la calidad de vida en salud ( $r = 0,476$ ); con un nivel de significancia de 0,000 [que por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el afrontamiento en referencia a **acercarse a la religión**, mejora la calidad de vida en salud; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

## PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

### PASO: 01: ELECCIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA A UTILIZAR

---

**Empleamos la prueba t** para hallar un parámetro de correlación (58), para lo cual utilizamos la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

- $t$  : Valor de la “t” calculada
- $r$  : Coeficiente de correlación de la muestra
- $n$  : Tamaño muestral

Utilizamos la prueba t para determinar si el valor observado de  $r = 0.476$  es evidencia suficiente con 105 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación  $\rho$  en la población es diferente de cero.

### PASO: 02: PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

---

$H_0$ : No existe relación alguna entre el afrontamiento en referencia a **acercarse a la religión** y la calidad de vida en salud, o la verdadera correlación es cero:  $\rho = 0$

$H_1$ : Existe relación alguna entre el afrontamiento en referencia a **acercarse a la religión** y la calidad de vida en salud, o la verdadera correlación no es cero:  $\rho \neq 0$

### PASO: 03: CONDICIONES PARA UTILIZAR LA PRUEBA PARAMÉTRICA ELEGIDA

---

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que  $\rho$  es o no cero, la relación  $t$  puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

#### PASO: 04: DETERMINACIÓN DEL MARGEN DE ERROR.

---

Se seleccionó  $\alpha = 0.05$  para este estudio.

#### PASO: 05: REGLA DE DECISIÓN

---

Los grados de libertad son  $n - 2 = 105 - 2 = 103$ . El valor de la distribución  $t$  con 103 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.983 (usando el valor de 103 grados libertad en la tabla de distribución  $t$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de  $t$  es mayor que 1.983.

#### PASO 06: CÁLCULO

---

El cálculo es:

$$t = \frac{0.476 \sqrt{105 - 2}}{\sqrt{1 - 0.476^2}}$$

$$t = \frac{0.476 \sqrt{103}}{\sqrt{1 - 0.227}}$$

$$t = \frac{4.878}{0.879} = 5.546$$

#### PASO 07: INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

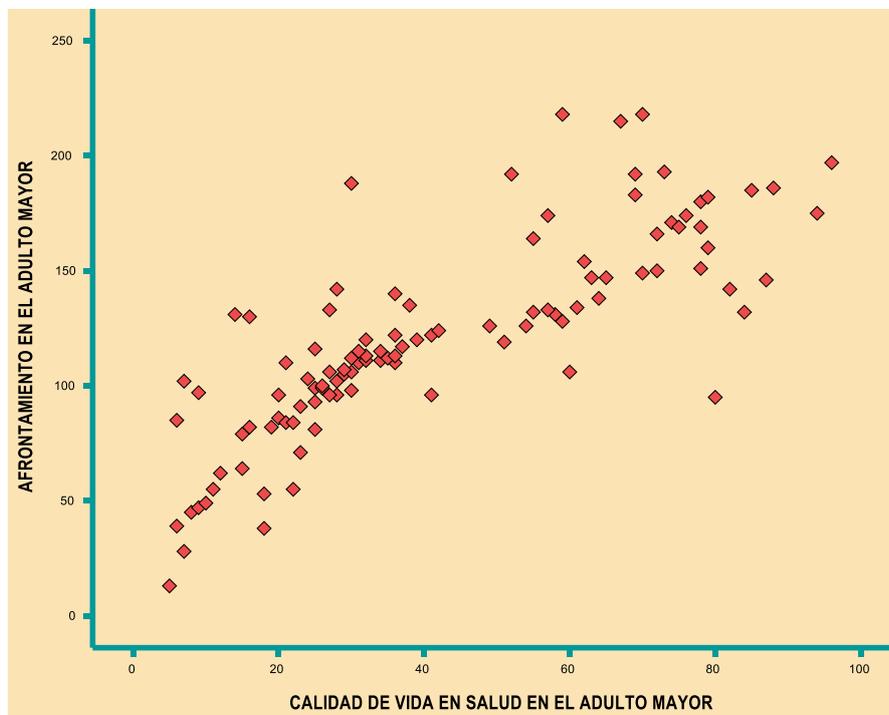
---

El valor observado para la proporción  $t$  con 103 grados de libertad es de 5.546, que con mucho es mayor a 1.983; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre el afrontamiento en referencia a **acercarse a la religión** y la calidad de vida en salud, es lo suficientemente grande para aseverar que estas dos variables están asociadas.

### 5.2.9. CORRELACIÓN ENTRE EL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES.

La relación entre dos variables puede evidenciarse por medio de un gráfico denominado diagrama de dispersión, en esta figura cada caso observado es representado por un punto generado a partir de un par ordenado, al que le corresponde un valor en un eje de las abscisas (X) que representa a una primera variable (calidad de vida en salud en el adulto mayor) y otro valor en el eje de las ordenadas (Y) que representa a otra variable (el afrontamiento). Sí existe relación entre las variables (están correlacionadas), los puntos se aproximarán a lo largo de una línea o curva. Cuando la asociación es positiva la curva es ascendente y cuando la asociación es negativa la curva es descendente (56). A continuación, presentamos el diagrama de dispersión entre la séptima dimensión del afrontamiento y la calidad de vida en salud.

FIGURA 24: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE EL AFRONTAMIENTO Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES



En la Figura 24, se observa la asociación directamente proporcional entre **el afrontamiento** y la calidad de vida en salud en los adultos mayores; en la figura se evidencia que a niveles bajos del **afrontamiento** le corresponden niveles bajos de calidad de vida en salud; también a valores altos en un eje le corresponden valores altos en el otro eje; en consecuencia, es notoria la correspondencia directa entre el **afrontamiento** y la calidad de vida en salud en el adulto mayor.

En el estudio nos planteamos la hipótesis general que “a mejor afrontamiento en referencia al **afrontamiento**; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 26).

El coeficiente de correlación de Pearson, es una medida que revela la intensidad y la dirección de la relación entre dos variables; es un índice que expresa la intensidad de covariación lineal. Cuantifica el grado de variación conjunta entre dos variables. Es el número que mide el grado de intensidad y el sentido de la relación entre dos variables. Su valor está acotado entre -1 y +1; su signo indica la dirección, positiva o negativa de la asociación lineal y su valor absoluto la intensidad de la misma (57).

TABLA 26: RELACIÓN ENTRE **AFRONTAMIENTO** Y LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES

		CALIDAD DE VIDA EN SALUD
	Correlación de Pearson	,454**
AFRONTAMIENTO	Sig. (bilateral)	,000
	N	105

En la Tabla 26, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud ( $r = 0,454$ ); con un nivel de significancia de 0,000 [que por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el afrontamiento, mejora la calidad de vida en salud; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

## PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

### PASO: 01: ELECCIÓN DE LA PRUEBA ESTADÍSTICA A UTILIZAR

---

**Empleamos la prueba t** para hallar un parámetro de correlación (58), para lo cual utilizamos la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Donde:

- $t$  : Valor de la “t” calculada
- $r$  : Coeficiente de correlación de la muestra
- $n$  : Tamaño muestral

Utilizamos la prueba t para determinar si el valor observado de  $r = 0.454$  es evidencia suficiente con 105 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación  $\rho$  en la población es diferente de cero.

### PASO: 02: PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

---

$H_0$ : No existe relación alguna entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud, o la verdadera correlación es cero:  $\rho = 0$

$H_1$ : Existe relación alguna entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud, o la verdadera correlación no es cero:  $\rho \neq 0$

### PASO: 03: CONDICIONES PARA UTILIZAR LA PRUEBA PARAMÉTRICA ELEGIDA

---

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que  $\rho$  es o no cero, la relación  $t$  puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

#### PASO: 04: DETERMINACIÓN DEL MARGEN DE ERROR.

---

Se seleccionó  $\alpha = 0.05$  para este estudio.

#### PASO: 05: REGLA DE DECISIÓN

---

Los grados de libertad son  $n - 2 = 105 - 2 = 103$ . El valor de la distribución  $t$  con 103 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.983 (usando el valor de 103 grados libertad en la tabla de distribución  $t$ ). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de  $t$  es mayor que 1.983.

#### PASO 06: CÁLCULO

---

El cálculo es:

$$t = \frac{0.454 \sqrt{105 - 2}}{\sqrt{1 - 0.206^2}}$$

$$t = \frac{0.454 \sqrt{103}}{\sqrt{1 - 0.227}}$$

$$t = \frac{4.652}{0.891} = 5.221$$

#### PASO 07: INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

---

El valor observado para la proporción  $t$  con 103 grados de libertad es de 5.221, que con mucho es mayor a 1.983; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud, es lo suficientemente grande para aseverar que estas dos variables están asociadas.

## **CAPÍTULO VI**

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

#### **6.1. CARACTERÍSTICAS DEL AFRONTAMIENTO EN LOS ADULTOS MAYORES**

En el estudio encontramos que solo el 24.8 % de los adultos mayores refieren tener alto o muy alto nivel de afrontamiento a situaciones agobiantes; esto significa que solo la cuarta parte de los adultos mayores realizan adecuados esfuerzos cognitivos y conductuales continuos para gestionar las demandas específicas del proceso de envejecimiento; esto podría deberse a que: los adulto mayores tienen poco conocimiento y adiestramiento en el uso de estrategias de afrontamiento; más aún, si sus experiencias de afrontamiento pasadas no han sido efectivas para lidiar con las situaciones estresantes su repertorio de estrategias es escaso. Es evidente que la mayoría de los adultos mayores son dominados por sus reacciones emocionales, sobre todo de ira y de tristeza, ante las situaciones críticas propias del envejecimiento; estas reacciones dificultan el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas. Si en la vida adulta no se ha logrado controlar la emotividad de forma efectiva, será más dificultoso que esta se consiga en la vejez. Son pocas las personas mayores que puedan establecer objetivos realistas para hacer frente a los factores estresantes al comparar su situación

con la de sus contemporáneos, con quienes comparten un destino o estado común. Esta situación es crítica, dado que el adulto mayor se enfrenta a diferentes factores estresantes (por ejemplo, dolor crónico, deterioro orgánico múltiple, obsolescencia, discriminación de edad, problemas musculoesqueléticos, etc.), y debe de ver sus problemas como menos modificables o controlables.

De forma similar; DosSantos M, Silva M y Cavalcanti T, encuentran que solo la cuarta parte de los adultos mayores utilizaban adecuadas estrategias de afrontamiento para encarar las dificultades generadas por el proceso de envejecimiento; esto se debe a que el envejecimiento mismo dificulta el uso de las formas de afrontamiento que dieron resultado en el pasado, el anciano ante el deterioro de su capacidad funcional, pasa por etapas, primero de negar el problema y manifestar ira y rencor hacia sí mismo y la vida, le sigue la desesperación y finalmente hay un distanciamiento; estas son formas de lidiar con la experiencia estresante. El comportamiento de evitación es la forma más común a la que recurre el anciano para protegerse de las consecuencias desorganizadoras del conflicto con episodios de ira hacia sí mismo y hacia sus familiares, con la necesidad de redefinir el sentido de su vida. La respuesta de distanciamiento inicial del anciano a la reunión se entiende mejor como una defensa que le permite al anciano mantener el control sobre la ira que se ha vuelto severa y perturbadora. En última instancia, hay una recuperación psicológica de la pérdida de capacidades, y los pensamientos intrusivos al respecto también se disipan, se da la imagen de la persona como yendo y viniendo entre la negación y la vigilancia del problema. Cuando el

adulto mayor debe de enfrentar su situación real, experimenta un período extremadamente intenso con sensaciones de impotencia, pánico y desorganización; esto es seguido por una etapa de retirada (59).

Así también, Regev I, Nuttman O, destacan que menos de la mitad de los adultos mayores aplican modos convenientes de afrontamiento frente a las situaciones de estrés generados por el envejecimiento; en los adultos mayores el proceso de afrontamiento implica cambios continuos de ida y vuelta entre confrontación o lucha y retirada o negación. El adulto mayor debe de generar su propio crecimiento psicológico, en el que aparece la sensación renovada de valor personal, una mayor sensación de satisfacción y una disminución de la ansiedad, de esta forma podrá emplear formas de afrontamiento más adaptativas que conducen a no rendirse aun cuando descubran que están indefensos. En muchos casos la ira es empleado como impulso de la motivación para superar las dificultades. Para el adecuado afrontamiento debe de darse un proceso de evaluación cognitiva que defina, en qué medida, y cómo la persona puede manejar la amenaza, que puede hacer para minimizar el daño, y si no puede ser reducido puede ser soportable y de ser así definir: cómo y cuáles son los costos del afrontamiento. Utilizar adecuadamente las estrategias de afrontamiento, como distanciarse psicológicamente, evitar pensamientos sobre la amenaza, negar sus implicaciones, buscar información que pueda revelar algo relevante sobre el problema son las formas más utilizadas. En algunos encuentros estresantes, la energía mental está tan centrada en actuar y reaccionar que puede llevar un tiempo considerable resolver lo sucedido y evaluar su importancia. Las

diferencias inesperadas en el control sobre el evento que se desarrolla pueden significar que el adulto mayor deba reevaluar su importancia. No todos los ancianos están en condiciones de seguir estos procesos por lo que sus formas de afrontamiento son infectivas (60).

Asimismo, Ahmad S, Mohamed E, Mohammed A, Khaled F, hallan que solo la tercera parte de los adultos mayores usan adecuadas formas de afrontamiento para sobrellevar las crisis del envejecimiento; es baja la proporción de ancianos que realiza reevaluaciones cognitivas para asignarle nuevos significados a su condición, deben de aprender que carecen de control sobre los aspectos más significativos de la situación por lo tanto debe de regular sus emociones. Unas formas de afrontamiento utilizadas consisten en procesos cognitivos dirigidos a disminuir la angustia emocional e incluye estrategias tales como: minimizar, distanciar, atención selectiva, comparaciones positivas y extraer valor positivo de eventos negativos. Los adultos mayores realizan maniobras cognitivas que cambian el significado de la situación sin cambiarla de forma objetiva. Las estrategias de comportamiento como centrarse en otras actividades para distraerse de un problema, meditar y buscar apoyo emocional pueden conducir a reevaluaciones; también se utiliza el afrontamiento centrado en las emociones, pero dirigido a mantener la esperanza y el optimismo. Los esfuerzos centrados en el problema más utilizados por los adultos mayores, se dirigen a definir el problema, generar soluciones alternativas, ponderar las alternativas en términos de sus costos y beneficios, elegir entre ellas y actuar. Se han observado dos grupos principales de estrategias orientadas a

problemas: las dirigidas al medio ambiente y las dirigidas al yo, en el primero se incluyen estrategias para alterar las presiones ambientales, barreras, recursos, procedimientos y similares; en el segundo a estrategias que se dirigen a cambios motivacionales, como cambiar el nivel de aspiración, encontrar canales alternativos de gratificación, desarrollar nuevos estándares de comportamiento o aprender nuevas habilidades y procedimientos (61).

También, Nishanthi R y Priya R, encuentran que la mayor parte de los adultos mayores no recurren a las estrategias de afrontamiento más apropiadas. Los adultos mayores con un afrontamiento efectivo lograron mantener niveles moderados de estrés y vivir con estrés sin daño psíquico y fisiológico significativo. Parte de los ancianos que se mantenía vigilantes a la evolución de su envejecimiento hicieron todo lo posible para controlar las condiciones de sus vidas para minimizar los problemas del envejecimiento y tuvieron éxito. Los adultos mayores que recurrían al afrontamiento enfocado en los problemas, centraban su atención en lo que podían hacer para cambiar su situación para eliminar o disminuir el estrés; sin embargo, su condición de salud no siempre podía ser modificada y debían ser conscientes de eso. Los adultos mayores que empleaban el afrontamiento centrado en la emoción, ponían énfasis en lidiar con la angustia emocional y con el enojo recurrente; una solución efectiva que utilizaban fue autoconvencerse de que no vale la pena preocuparse por el problema porque no podrá ser modificado. Otra estrategia de afrontamiento que resultaba beneficiosa para la gran parte de los adultos mayores fue recurrir a la religión; que era beneficiosa porque, el apoyo social se veía incrementada por el compromiso religioso; las relaciones

sociales positivas de tipo religioso tenían consecuencias favorables para la salud y el bienestar; asimismo la oración podía engendrar experiencias emocionales positivas, como relajación, esperanza, perdón, empoderamiento, catarsis y amor, se comprobó que la fe religiosa contribuía al optimismo y promovía el bienestar físico y emocional (62).

## **6.2. CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN EL ADULTO MAYOR**

En el estudio encontramos que solo el 28.6 % de los adultos mayores afirman tener una alta o muy alta calidad de vida en salud; esto podría estar asociado a eventos como: el deterioro de las estructuras musculoesqueléticas que reducen la actividad física y la participación en actividades sociales; la restricción de las interacciones interpersonales y las experiencias sociales gratificantes, afectan el sentido de pertenencia y la identidad social. Los problemas de memoria crean la sensación de ser poco útiles y estar rebajados como personas, que lleva al aislamiento por temor a la ridiculización y a entorpecer los eventos sociales; los problemas de memoria también reducen la capacidad productiva y la posibilidad de ser de ayuda en el hogar y pasan a considerarse una carga para la familia. También las afecciones dolorosas perturban el funcionamiento físico y mental y de no ser controlados se tornan en una experiencia desagradable de sufrimiento el hecho de seguir existiendo. Además, la percepción de ser víctimas de ingratitud e injusticia, genera: experiencias emocionales incómodas, quita sentido a los logros obtenidos en la vida y reduce el afecto por los familiares y amigos. Igualmente, se ha

advertido en los adultos mayores la tendencia a plantear pautas de comportamiento (consideradas correctas y valiosas) y esperar que sean seguidas por las personas de su entorno; como pocas veces las familiares se someten a esas pautas, se producen conflictos emocionales; todas estas situaciones vulneran a la calidad de vida en salud.

De forma similar Katekaew S, Ratanasiripong N y Ratanasiripong P, encuentran que solo la cuarta parte de los pacientes ancianos conservan una adecuada calidad de vida relacionada a la salud; este deterioro de la calidad de vida en salud, se debe principalmente a los problemas de salud física que poseen los ancianos; sobre todo si existe dolor de alta intensidad, también es importante el grado de conservación de la capacidad funcional y la aparición de sintomatología depresiva. También se encontró que los varones y las personas con baja educación son los más frágiles. El apoyo social recibido y los rasgos de personalidad depresiva también afectan a la calidad de vida. Es más frecuente que se vea afectada la calidad de vida hedónica, centrada en la satisfacción, la felicidad y el afecto positivo; y que se afecte en menor grado la calidad de vida eudaimónico o psicológica, evaluando el propósito y el significado en la vida. Los ancianos que reportan problemas de salud son menos capaces de participar en actividades significativas y al sufrir de problemas de movilidad se reducen sus interacciones sociales y baja la calidad de vida. Los adultos mayores con mayor apertura a las nuevas experiencias, con más curiosidad intelectual y buen gusto por el arte, son los que conservan mejor su calidad de vida (63).

Así también Huang I, Lee J, Ketheeswaran P, Jones C, Revicki D, Wu A, hallan que menos del 20% de las personas con vejez conservan una aceptable calidad de vida; entre las causas de considera la baja apertura a incursionar en nuevas actividades ya sean: productivas, de ocio, sociales, etc; acompañados de reacciones emocionales negativas es el factor que mas afecta a la calidad de vida. La amabilidad del adulto mayor, refleja la forma en que maneja las relaciones interpersonales, generando: confianza, franqueza, altruismo, amistad, modestia y ternura, el un factor que conserva la calidad de vida. La personalidad afecta la evaluación de la enfermedad e influye en el proceso de afrontamiento. El envejecimiento exitoso se basa en el compromiso activo; por lo tanto, los adultos mayores que se mantienen ocupado y disfrutan de los pasatiempos conservan su salud y su calidad de vida. Los ancianos que participan en un amplio espectro de actividades experimentan una mayor salud física y satisfacción con la vida, muestran menos discapacidad, están menos estresados y deprimidos y viven más tiempo. Mantener una vida activamente comprometida requiere compensaciones estratégicas, especialmente en adultos mayores, actividades asociadas con estados de ánimo positivos como la felicidad y la emoción promueven la conservación de la calidad de vida (64).

Asimismo, Rond L, y Ramirez J, encuentra que más del 90 % de los adultos mayores con vejez han reducido su calidad de vida; destacan que el desgaste de la calidad de vida se asocia a: la disminución de actividades valoradas positivamente, que impliquen el movimiento hacia una meta deseada o un estado significativo. Las emociones positivas proporcionan a los adultos

mayores la motivación y mejoran el significado de las experiencias, pero es poco practicada. Los rasgos de personalidad de extraversión y apertura a la experiencia se han asociado con la plasticidad, el compromiso y la motivación del enfoque que favorecen el mantenimiento de una adecuada calidad de vida, pero no es común entre los ancianos. La amabilidad lleva a la estabilidad y al autocontrol; el adulto mayor que es consciente de su situación puede ejercer una mayor autorregulación de sus emociones y ser amable, puede adherirse a los regímenes de medicamentos y a exámenes de salud favoreciendo su calidad de vida. El neuroticismo, con la predominancia de los estados de ánimo negativo, como la ansiedad, reducen la calidad de vida y aceleran el deterioro orgánico incrementado la mortalidad. La soledad genera sentimientos negativos, y perjudica el autocontrol, los adultos tienen poca regulación de las emociones y son menos propensos a usar sentimientos positivos para aliviar su estado de ánimo negativo, siempre requieren de otras personas que lo induzca a modular su emotividad. La soledad, la ansiedad y los síntomas depresivos pueden contribuir sinérgicamente a una disminución de la calidad de vida (65).

También, Holzer K, Huang J, evidencian que solo la décima parte de los ancianos conservan su calidad de vida, esto se debe a que deben de afrontar la "adversidad" por las múltiples enfermedades que padecen y las discapacidades que tienen que sobrellevar. A medida que los adultos mayores envejecen, es probable que tengan una mayor probabilidad de encontrar problemas de salud importantes, como discapacidad auditiva, visión, pérdida de memoria, artritis, osteoporosis, hipertensión, enfermedades cardíacas y

diabetes. También son más susceptibles a las enfermedades infecciosas (es decir, influenza, enfermedad neumocócica). Aunque los adultos mayores pueden ganar más sabiduría, sus procesos de aprendizaje son más lentos. También afrontan el aumento de los costos de atención médica y la pérdida de personas importantes. El apoyo social promueve la salud al proporcionar experiencias positivas, roles socialmente activos o una mejor capacidad para enfrentar eventos estresantes. El apoyo social es crítico para las personas mayores que viven con discapacidades asociadas con enfermedades crónicas o aislamiento social después de la pérdida de una pareja. Como resultado de la falta de familia u otras personas significativas y la reducción de las redes de apoyo social, las personas de edad avanzada se sienten solas; todas estas circunstancias reducen la calidad de vida en salud (66).

### **6.3. AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES**

En el estudio encontramos una relación significativa entre el afrontamiento y la calidad de vida en los adultos mayores (coeficiente de correlación de Pearson moderado positivo = 0,454); esto significa que el incremento del afrontamiento, mejora la calidad de vida relacionada a la salud; este resultado podría fundamentarse en que, Cuando el adulto mayor centra su atención en entender su problema, procura ubicar que aspectos de la situación están bajo su control y que circunstancias permanecerán inalterables; entonces puede centrar sus esfuerzos en lo que puede controlar y restar importancia a lo que es inalterable; esta actitud más pragmática modifica la percepción de su salud y su vida y mejora su calidad de vida en salud. Asimismo, el adulto mayor que alcanza un control efectivo de sus emociones, logrando disuadir su ira, su tristeza y sus temores, puede acceder a estados emotivos positivos que le conduzcan a percibir la realidad de forma positiva y optimista resaltando las situaciones agradables y los hechos gratificantes, esto incidirá en una mejor calidad de vida en salud. Además, los adultos mayores que tienen acercamiento a la religión pueden asignarle un mejor significado a su vida, a través de experiencias con lo sagrado y trascendente; la espiritualidad asociada a la religión lleva a la adopción y renovación de valores, principios, creencias que generan experiencias personales subjetivas gratificantes que acrecientan la calidad de vida en salud.

De forma similar; León M, Flores M, Mendoza N, encuentra que la mayor parte de los adultos mayores que adoptan adecuadas medidas de afrontamiento conservan una buena calidad de vida relacionada a salud. El estilo de afrontamiento, cuando incluye respuestas adaptativas, puede representar un factor protector que mitiga los efectos del estrés, evitando la aparición de otras alteraciones. Las estrategias de afrontamiento son herramientas cognitivas y conductuales que pueden ayudar al anciano a enfrentar mejor estos cambios en la vida. los ancianos tienden a hacer frente a situaciones estresantes, principalmente con respuestas centradas en el problema, promoviendo un enfoque centralizado de la realidad. Sin embargo, es interesante que, en segundo y tercer lugar, encontramos un mecanismo de afrontamiento centrado en el deseo de cambiar la realidad y autocrítica. Esta diversidad de estrategias de afrontamiento refleja la variedad de respuestas que una persona puede generar frente a un evento estresante, destacando la importancia de proporcionar las habilidades necesarias para promover mecanismos de afrontamiento más adaptativos. El adulto en esta etapa de la vida enfrenta cambios y pérdidas importantes, que requieren una respuesta de adaptación importante de la persona. Además, los adultos mayores con un alto nivel de incertidumbre usan estrategias de afrontamiento emocionales evasivas que a su vez amplifican la ansiedad y la depresión y socavan su calidad de vida (10).

De igual modo; Parshad N, Tufail A, localizan que existe una asociación significativa entre las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en salud. El afrontamiento en los adultos mayores actúa como un factor

estabilizador que les ayuda a mantener la adaptación psicosocial durante los períodos estresantes generados por el proceso de envejecimiento. Como forma de afrontamiento, las evaluaciones cognitivas activas y conscientes de las amenazas potenciales funcionan como un enlace mediador entre los estresores de la vida y las respuestas de afrontamiento individuales. El afrontamiento cambia con el tiempo en respuesta a las demandas cambiantes y las evaluaciones cambiantes de la situación. Las estrategias de afrontamiento, como la resolución de problemas y la búsqueda de información, pueden moderar la influencia adversa potencial tanto de los cambios negativos en la vida como de los estresores permanentes en el funcionamiento psicológico; bajo estos mecanismos se conservará la calidad de vida en salud en los adultos mayores. El afrontamiento centrado en el problema se relacionó con el bienestar físico y espiritual de los pacientes y el afrontamiento basado en la emoción se relacionó inversamente con el bienestar psicológico y social; las estrategias de afrontamiento influyen en la calidad de vida de los ancianos y su adaptación psicosocial al proceso de envejecimiento (11).

De forma similar; Rao S, y Chennamsetty S, destaca que las estrategias activas de afrontamiento están correlacionadas de forma positiva con la calidad de vida en salud; las estrategias de afrontamiento se encuentran mediada por: la resiliencia, una mejor comprensión de la realidad, una capacidad superior de autorreflexión y una menor propensión a la angustia emocional. El deterioro global en la calidad de vida es ocasionado en parte por las formas de afrontamiento no adaptativas; mientras que las formas

adaptativas como: centrarse en el problema, la negociación y las comparaciones optimistas reducen la angustia concurrente y los episodios depresivos posibilitando la proyección de roles futuros que permitan vivir con las limitaciones generadas por el envejecimiento. La evitación, la negación y la abstinencia como formas de afrontamiento que se prolongan más allá del período de crisis inicial precipitan a la angustia y la depresión. Las formas de afrontamiento enfocadas en las emociones, a menudo implican fantasías y autculpa de orientación evasiva. Los esfuerzos para controlar los sentimientos desagradables mediante resignación y abstinencia pueden aumentar la angustia y, por lo tanto, amplificar problemas futuros. Los adultos mayores con conductas de afrontamiento evasivas, impotentes e imprudentes son los que deterioran más su calidad de vida relacionada a salud (12).

Asimismo; Oles M y Oles P, corrobora una relación significativa positiva entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud. Los ancianos con formas de afrontamiento de preocupación ansiosa y evitación cognitiva presentaron una peor calidad de vida. Las reinterpretaciones positivas se asocian con menos angustia emocional, la búsqueda de información predice un aumento del afecto positivo, mientras que la fantasía y la auto culpación disminuyen el afecto. Usar más la resolución de problemas y reestructuración cognitiva, y confiar menos en las ilusiones, la autocrítica y el retraimiento social mejora la calidad de vida en salud de los adultos mayores. Se denota que la resiliencia ante la adversidad implica una interacción dinámica entre los recursos personales y sociales y los esfuerzos de afrontamiento; además, los recursos personales y sociales favorecen a la adaptación porque fomentan las

estrategias de afrontamiento más adaptativas. El apoyo social es una fuente de asistencia para fortalecer el afrontamiento, también la autoeficacia percibida promueve el afrontamiento más vigorosos y persistentes para dominar nuevas tareas. Los recursos sociales pueden fortalecer los esfuerzos de afrontamiento al proporcionar apoyo emocional que refuerza los sentimientos de autoestima y confianza en sí mismo, así como al proporcionar orientación informativa que ayuda a evaluar la amenaza y a planificar estrategias de afrontamiento que conservarán la calidad de vida en salud (13).

Del mismo modo, Levasseur M y Couture M, evidencian que la calidad de vida en salud es más alta en los adultos mayores que adoptan mejores estrategias de afrontamiento. La evitación cognitiva o la falta de atención es una estrategia desadaptativa de afrontamiento a la que recurren los adultos mayores, pero después de un periodo de tiempo puede generar angustia y depresión y vulnerar la calidad de vida en salud. Muchos ancianos recurren a las estrategias de afrontamiento evitativas porque consideran que es limitada su capacidad de control del factor estresante que se enfrentan. Cuando la conducta de afrontamiento asumida es adaptativa se conserva el sentido y la percepción del bienestar personal y se mantiene la calidad de vida relacionada con la salud que lleva a un proceso de envejecimiento más activo y saludable. Los ancianos tienen la necesidad de utilizar estrategias para enfrentar situaciones como: dolores, sensaciones desagradables, miedo a morir, problemas familiares, dificultades económicas, etc. El envejecimiento genera malestar y conflictos que traspasan los recursos del adulto mayor y reduce la

calidad de vida en salud al afectar severamente la percepción de bienestar (14).

De la misma manera; Kroemeke A, confirma que el afrontamiento tiene un efecto positivo en la calidad de vida en salud. El afrontamiento orientado a la emoción está ligado a la sensación de falta de control sobre su situación, característica que, a su vez, está asociada a estados psicológicos de indefensión, sensación de pérdida y depresión, las cuales tienden a impactar negativamente la calidad de vida relacionada a la salud en el adulto mayor. El envejecimiento perturba el bienestar, la persona tiene que modificar o renunciar a múltiples actividades ya previstas, el tipo de maniobra de afrontamiento que utilice el adulto mayor aminora el deterioro de la calidad de vida relacionada a salud. Muchos ancianos deben de percibir el envejecimiento como un reto y no como una pérdida irreparable de vida y salud, es útil utilizar la reminiscencia instrumental que se basa en recordar momentos en que se enfrentó a circunstancias difíciles y analizar lo que se necesitó para adaptarse a esas situaciones (15).

## CONCLUSIONES

1. De forma general, cuando se incrementan el afrontamiento, mejora la calidad de vida en salud en los adultos mayores (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,454).
2. Cuando se incrementan el afrontamiento en referencia a la focalización en el problema, mejora la calidad de vida en salud en los adultos mayores (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,458).
3. Cuando se incrementan el afrontamiento en referencia a excluir la auto focalización negativa, mejora la calidad de vida en salud en los adultos mayores (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,439).
4. Cuando se incrementan el afrontamiento en referencia a la reevaluación positiva, mejora la calidad de vida en salud en los adultos mayores (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,472).
5. Cuando se incrementan el afrontamiento en referencia a la disuadir la expresión emocional abierta, mejora la calidad de vida en salud en los adultos mayores (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,428).
6. Cuando se incrementan el afrontamiento en referencia a desalentar la evitación, mejora la calidad de vida en salud en los adultos mayores (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,415).

7. Cuando se incrementan el afrontamiento en referencia a la búsqueda de apoyo social, mejora la calidad de vida en salud en los adultos mayores (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,489).
  
8. Cuando se incrementan el afrontamiento en referencia a acercarse a la religión, mejora la calidad de vida en salud en los adultos mayores (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0,476).

## RECOMENDACIONES

1. Es necesario implementar un programa de desarrollo de aptitudes para el afrontamiento adaptativo; que permita enfrentar de manera efectiva a las situaciones estresantes provocadas por el proceso de envejecimiento; el programa deberá de estar dirigido a los adultos mayores y a los familiares que cuidan de ellos.
2. Es preciso implementar un programa orientado en la concepción de la calidad de vida en salud en el adulto mayor, el programa realizaría intervenciones psicosociales y espirituales en adultos mayores vulnerables para mejorar su percepción sobre su salud y la vida, y adopte una postura más optimista y objetiva sobre la realidad y tenga un envejecimiento exitoso.
3. Es preciso equipar un programa que oriente el afrontamiento en referencia a la focalización en el problema en el adulto mayor y en los familiares que cuidan de él. El programa ayudaría a que el adulto mayor, centre su atención en entender cuál es el problema, identificando los elementos que puedan estar bajo su control y los aspectos relacionados.
4. Es fundamental proporcionar un programa que fortalezca el afrontamiento en referencia a excluir la auto focalización negativa en el adulto mayor y en los familiares que cuidan de él. El programa ayudaría a que el adulto mayor, deje de centrarse en aspectos negativos de sí mismo de forma

poco realista, que evite juzgarse constantemente, ni se culpabilice y modifique el estado emocional negativo.

5. Es beneficioso implementar un programa que promueva el afrontamiento en referencia a la reevaluación positiva en el adulto mayor y en los familiares que cuidan de él. El programa ayudaría a que el adulto mayor, evalúe la situación que le genera el estrés, que modifique las metas de comportamiento y el estado emocional en general y que resignifique el sentido de su vida.
6. Es provechoso aprovisionar un programa que oriente el afrontamiento en referencia a la disuadir la expresión emocional abierta en el adulto mayor y en los familiares que cuidan de él. El programa ayudaría a que el adulto mayor, deje de expresar su ira o su tristeza de forma constante o inasertiva, que no se deje llevar por sus emociones negativas.
7. Es preciso equipar un programa que oriente el afrontamiento en referencia a desalentar la evitación en el adulto mayor y en los familiares que cuidan de él. El programa ayudaría a que el adulto mayor, deje de buscar situaciones opuestas al factor estresante como escape, de lo contrario pueda encarar directamente la situación, asuma las riendas y las consecuencias de sus decisiones.
8. Es fundamental proporcionar un programa que fortalezca el afrontamiento en referencia a la búsqueda de apoyo social en el adulto mayor y en los familiares que cuidan de él. El programa ayudaría a que el adulto mayor, busque opiniones de pares o personas que perciba como superiores, que

pueda validar la información que perciba acerca del evento y reciba retroalimentación sobre las causas y consecuencias del problema.

9. Es beneficioso implementar un programa que promueva el afrontamiento en referencia a acercarse a la religión en el adulto mayor y en los familiares que cuidan de él. El programa ayudaría a que el adulto mayor, reinterprete la situación y además comprenda que tiene un sentido especial lo que se está sucediendo, que asuma a la religión como un medio hacia la trascendencia y la transformación positiva de sí mismo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Han E, Shiraz F, Haldane V. Biopsychosocial experiences and coping strategies of elderly ESRD patients: a qualitative study to inform the development of more holistic and person-centred health services in Singapore. *BMC Public Health*. 2019; 19(1): p. 140 -153.
2. Su S, Wang D. Health-related quality of life and related factors among elderly persons under different aged care models in Guangzhou, China: a cross-sectional study. *Quality of Life Research*. 2019; 14(4): p. 189 - 204.
3. Shibata Y, Nakamura M, Nakamura H, Okada E, Ojima T. Coping behaviors for skeletal muscle injuries and disorders among community-dwelling elderly persons in Japan. *J Phys Ther Sci*. 2019; 31(7): p. 536 - 539.
4. Fontes A, Neri A. Coping strategies as indicators of resilience in elderly subjects: a methodological study. *Cien Saude Colet*. 2019; 24(4): p. 1265 - 1276.
5. Pang J, Beach E, Gilliver M, Yeend I. Adults who report difficulty hearing speech in noise: an exploration of experiences, impacts and coping strategies. *Int J Audiol*. 2019; 27(1): p. 68 - 81.
6. Meléndez J, Fortuna F, Sales A, Mayordomo T. The effects of instrumental reminiscence on resilience and coping in elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2015; 60(2): p. 294 – 298.
7. Zyśk E. Older Persons With Subjectively Assessed Hearing Problems in Poland: Quality of Life and Coping Strategies. *Am Ann Deaf*. 2019; 164(3): p. 381 - 394.
8. García G, Arteaga D. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento: sitio web dirigido al adulto mayor. *J Iberopuebla*. 2018; 12(4): p. 147 - 155.
9. Chavez E, Quispe R. Afrontamiento -adaptación y la actividad social en adultos mayores. Club Viviendo Felices. Hospital Geriátrico Municipal. Arequipa. [Tesis]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de Enfermería; 2017.
10. León M, Flores M, Mendoza N. Coping Strategies and Quality of Life in Elderly Population. *Open Journal of Social Sciences*. 2017; 5(1): p. 207 - 216.
11. Parshad N, Tufail A. Depression, Anxiety, Coping and Quality of Life among Elderly Living in Old Age Homes and in Family Setup. *Pakistan Journal of Professional Psychologists*. 2014; 5(1): p. 17 - 27.
12. Rao S, Chennamsetty S, Rao S. A Comparative Study of Psychiatric Morbidity, Quality Of Life (QOL), Coping Skills among Elderly People Living in Old Age Homes (OAH) and in the Community. *International Journal of Health Sciences & Research*. 2014; 4(8): p. 212 - 225.

13. Oles M, Oles P. Coping Style and Quality of Life in Elderly Patients with Vision Disturbances. *Journal of Ophthalmology*. 2014; 58(2): p. 183 - 194.
14. Levasseur M, Couture M. Coping strategies associated with participation and quality of life in older adults. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2014; 82(1): p. 44 - 53.
15. Kroemeke A. Coping flexibility and health-related quality of life among older adults: the compensatory effect of co-rumination. *Front Psychol*. 2019; 59(10): p. 53 - 63.
16. Gaston-Johansson F, Fall-Dickson JM, Nanda JP, Sarenmalm EK, Browall M, Goldstein N. Long-term effect of the self-management comprehensive coping strategy program on quality of life in patients with breast cancer treated with high-dose chemotherapy. *Psychooncology*. 2013; 22(3): p. 530 – 539.
17. Hack T, Degner L. Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psychooncology*. 2004; 13(1): p. 235 – 247.
18. Stanton A, Danoff-Burg S, Cameron C. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(1): p. 875 – 882.
19. Elani H, Allison P. Coping and psychological distress among head and neck cancer patients. *Support Care Cancer*. 2011; 19(1): p. 1735 – 1741.
20. Tiemensma J, Kaptein A, Pereira A, Smit J, Romijn J, Biermasz N. Coping strategies in patients after treatment for functioning or nonfunctioning pituitary adenomas. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011; 96(1): p. 964 – 971.
21. Cano-Vindel A, Sirgo A, Perez G. Cáncer y estilo represivo de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*. 1994; 1(1): p. 101 - 112.
22. Buddeberg C, Wolf C, Sieber M. Coping strategies and course of disease of breast cancer patients. *Psychotherapy Psychosomatics*. 1991; 55(1): p. 151 - 157.
23. Bermúdez J. *Manual de Psicología de la Personalidad*. 1st ed. Barcelona: Paidós; 1996.
24. Manne S, Myers-Virtue S, Kashy D, . Resilience, positive coping, and quality of life among women newly diagnosed with gynecological cancers. *Canc Nurs* . 2015; 38(1): p. 375 – 382.
25. Kershaw T, Northouse L, Kritpracha L, . Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychol Health* . 2004; 19(1): p. 139 – 155.

26. Lafaye A, Petit S, Richaud P, . Dyadic effects of coping strategies on emotional state and quality of life in prostate cancer patients and their spouses. *Psycho Oncol* . 2014; 23(1): p. 797 – 803.
27. Svensson T, Inoue M, Sawada N. Coping strategies and cancer incidence and mortality: The Japan Public Health Center-based prospective study. *Cancer Epidemiol*. 2016; 40(1): p. 126 – 133.
28. Kershaw T, Northouse L, Kritpracha C, Schafenacker A, Mood D. Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychol Health*. 2004; 19(1): p. 139 – 155.
29. Skinner E, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychol Bull*. 2003; 129(1): p. 216 – 269.
30. Stanton A, Danoff-Burg S, Cameron C. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(1): p. 875 – 882.
31. Stanton A, Danoff-Burg S, Huggins M. The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psychooncology*. 2002; 11(1): p. 93 – 102.
32. Faller H, Bülzebruck H. Coping and survival in lung cancer: a 10-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(1): p. 2105 – 2107.
33. Qiao C, Zhai X, Yuan H, . Health-related quality of life evaluated by tumor node metastasis staging system in patients with hepatocellular carcinoma. *World J Gastroenterol* . 2012; 18(1): p. 2689 – 2694.
34. Lundh M, Lampic C, Nordin K, . Changes in health-related quality of life by occupational status among women diagnosed with breast cancer—a population-based cohort study. *Psycho Oncol* . 2013; 22(1): p. 2321 – 2331.
35. Coates A, Porzsolt F, Osoba D. Quality of life in oncology practise: prognostic value of EORTC QLQ-C30 scores in patients with advanced malignancy. *Eur J Canc* . 1997; 33(1): p. 1025 – 1030.
36. Avis N, Crawford S, Manuel J, . Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol* . 2005; 23(1): p. 3322 – 3330.
37. Cheng C, Chan N, Chio J, . Being active or flexible? Role of control coping on quality of life among patients with gastrointestinal cancer. *Psycho Oncol* . 2012; 21(1): p. 211 – 218.
38. Dancey J, Zee B, Osoba D, . Quality of life scores; an independent prognostic variable in a general population of cancer patients receiving variable. *Qual Life Res* . 1997; 6(1): p. 151 – 158.

39. Rowe J, Kahn R. Human aging: usual and successful. *Science*. 1987; 237(4811): p. 143-149.
40. Rowe J, Kahn R. Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century. *Journals of Gerontology Series B-psychological Sciences and Social Sciences*. 2015; 70(4): p. 593-596.
41. Jeste D, Savla G, Thompson W, Vahia I, Glorioso D. Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry*. 2013; 170(2): p. 188-196.
42. Kahn R. *Successful Aging*. 1st ed. New York: Pantheon; 1998.
43. Menec V. The Relation Between Everyday Activities and Successful Aging: A 6-Year Longitudinal Study. *Journals of Gerontology Series B-psychological Sciences and Social Sciences*. 2003; 58(2): p. 74-82.
44. Cosco T, Prina A, Perales J, Stephan B, Brayne C. Operational definitions of successful aging: a systematic review. *International Psychogeriatrics*. 2014; 26(3): p. 373-381.
45. Depp C, Jeste D. Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006; 14(1): p. 6-20.
46. Popper K. *La lógica de la investigación científica*. 1st ed. Madrid : Tecnos; 1980.
47. Ruiz A ML. *Epidemiología Clínica: Investigación clínica aplicada*. 1st ed. Bogota: Ed. Médica Panamericana; 2004.
48. Carrasco S. *Metodología de la Investigación Científica*. 1st ed. Lima: San Marcos; 2006.
49. Argimon J, Jiménez J. *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. 3rd ed. Madrid - España: Elsevier; 2004.
50. Sanchez H, Reyes C. *Metodología y diseños en la investigación científica*. 1st ed. Lima: Business Support Aneth; 2017.
51. González M, Landero R. Cuestionario de afrontamiento del estres (CAE) validación en una muestra Mexicana. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 2007; 12(2): p. 189 - 198.
52. Tomas J, Sancho P. Validación del "Cuestionario de afrontamiento del estrés" (CAE) para su uso en población mayor española. *behavioral psychology*. ; 21(1): p. 103 - 122.
53. Alonso J, Prieto L, Anto J. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995; 104(1): p. 771 - 776.

54. Ruiz de Velasco I, Quintana J, Padierna J, Aróstegui I, Bernal A. Validez del cuestionario de calidad de vida SF-36 como indicador de resultados de procedimientos médicos y quirúrgicos. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17(1): p. 206 - 212.
55. Holmes L. *Applied Biostatistical Principles and Concepts Clinicians' Guide to Data Analysis and Interpretation*. 1st ed. New York: Taylor & Francis; 2018.
56. Wayne D. *Bioestadística: Base para el análisis de las ciencias de la salud*. 4th ed. México: Limusa Wiley; 2014.
57. Goodman M. *Biostatistics for Clinical and Public Health Research*. 1st ed. New York: Taylor & Francis; 2018.
58. Dawson B TR. *Bioestadística médica*. 4th ed. México DF: Manual Moderno; 2005.
59. DosSantos M, Silva M, Cavalcanti T. Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: an integrative review. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2017; 20(6): p. 869 - 877.
60. Regev I, Nuttman O. Coping Styles and Aggregate Coping Styles: Responses of Older Adults to a Continuous Traumatic Situation. *Journal of Loss and Trauma*. 2019; 24(2): p. 159–176.
61. Ahmad S, Mohamed E, Mohammed A, Khaled F. Coping Strategies of Older Adults regarding Retirement. *Journal of Nursing and Health Science*. 2019; 8(3): p. 57-70.
62. Nishanthi R, Priya R. Level of Psychological Problems and Coping Strategies of Elderly Persons Residing in Old Age Homes. *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*. 2017; 9(10): p. 660-664.
63. Katekaew S, Ratanasiripong N, Ratanasiripong P. Predictors of quality of life of the rural older adults in Northern Thailand. *Journal of Health Research*. 2019; 33(6): p. 450-459.
64. Huang I, Lee J, Ketheeswaran P, Jones C, Revicki D, Wu A. Does personality affect health-related quality of life? A systematic review. *PLoS ONE*. 2017; 12(3): p. 1 - 31.
65. Rond L, y Ramirez J. The Impact of Quality of Life on the Health of Older People from a Multidimensional Perspective. *Journal of Aging Research*. 2018; 40(2): p. 1-7.
66. Holzer K, Huang J. Physical health-related quality of life among older adults with personality disorders. *Aging & Mental Health*. 2018; 10(2): p. 1-10.

67. Lewin A, Geffken G, Et Al. The Diabetes Family Behavior Checklist: A Psychometric Evaluation. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2005; 12(4): p. 315 - 322.
68. Demirtas A, Akbayrak N. Development of an assessment scale for treatment compliance in type 2 Diabetes Mellitus in Turkish population: Psychometric evaluation. *International Journal of Nursing Sciences*. 2017; 4(1): p. 244 - 251.

## **ANEXOS**

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA
2. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
3. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE INSTRUMENTO
4. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN
- 5: PRUEBAS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS
- 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO
- 7: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD
8. FOTOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

**ANEXO 1:  
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TÍTULO: AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN ADULTOS MAYORES USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD**

AUTORAS: CURO ESCOBAR, Alina Marisol y GASPAS CAHUANA, Yudith

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLE(S) DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>¿Cuál es la relación entre el afrontamiento en referencia a la focalización en el problema y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020?</li> <li>¿Cuál es la relación entre el afrontamiento en referencia a la auto focalización negativa y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020?</li> <li>¿Cuál es la relación entre el afrontamiento en referencia a la re evaluación positiva y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020?</li> <li>¿Cuál es la relación entre el afrontamiento en referencia a disuadir la expresión emocional abierta y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020?</li> <li>¿Cuál es la relación entre el afrontamiento en referencia a desalentar la evitación y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020?</li> <li>¿Cuál es la relación entre el afrontamiento en referencia a la búsqueda de apoyo social y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020?</li> <li>¿Cuál es la relación entre el afrontamiento en referencia a acercarse a la religión y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020?</li> </ol>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar la relación entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Establecer la relación entre el afrontamiento en referencia a la focalización en el problema y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020</li> <li>Establecer la relación entre el afrontamiento en referencia a la auto focalización negativa y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020</li> <li>Establecer la relación entre el afrontamiento en referencia a la re evaluación positiva y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020</li> <li>Establecer la relación entre el afrontamiento en referencia a disuadir la expresión emocional abierta y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020</li> <li>Establecer la relación entre el afrontamiento en referencia a desalentar la evitación y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020</li> <li>Establecer la relación entre el afrontamiento en referencia a la búsqueda de apoyo social y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020</li> <li>Establecer la relación entre el afrontamiento en referencia a acercarse a la religión y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020</li> </ol>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <p>La relación entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud, es que: a mejor afrontamiento; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>La relación entre el afrontamiento en referencia a la focalización en el problema y la calidad de vida en salud, es que: a mejor afrontamiento en referencia a la focalización en el problema; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020</li> <li>La relación entre el afrontamiento en referencia a la auto focalización negativa y la calidad de vida en salud, es que: a mejor afrontamiento en referencia a la auto focalización negativa; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020</li> <li>La relación entre el afrontamiento en referencia a la reevaluación positiva y la calidad de vida en salud, es que: a mejor afrontamiento en referencia a la reevaluación positiva; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020</li> <li>La relación entre el afrontamiento en referencia a disuadir la expresión emocional abierta y la calidad de vida en salud, es que: a mejor afrontamiento en referencia a disuadir la expresión emocional abierta; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020</li> <li>La relación entre el afrontamiento en referencia a desalentar la evitación y la calidad de vida en salud, es que: a mejor afrontamiento en referencia a desalentar la evitación; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020</li> <li>La relación entre el afrontamiento en referencia a la búsqueda de apoyo social y la calidad de vida en salud, es que: a mejor afrontamiento en referencia a la búsqueda de apoyo social; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020</li> <li>La relación entre el afrontamiento en referencia a acercarse a la religión y la calidad de vida en salud, es que: a mejor afrontamiento en referencia a acercarse a la religión; mayor calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020</li> </ol>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>La investigación propuesta respondió a los siguientes tipos: cuantitativa, transversal, observacional.</p> <p>Cuantitativa, porque las variables del estudio que por su naturaleza son ordinales fueron llevados a una escala de razón / proporción, al fijar puntuaciones con la asignación de números reales a los posibles valores de cada uno de los ítems de los instrumentos, esta conversión posibilitó un procesamiento más estricto y objetivo de los datos. También fue, transversal, porque los datos fueron recolectados en un solo momento y en una única vez. Asimismo, fue observacional, porque las investigadoras registraron los datos tal como se presentaban en la realidad, no se realizó ninguna manipulación de las variables</p> <p><b>NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN</b></p> <p>La investigación propuesta fue de nivel correlacional, porque se evaluaron dos variables y se determinó si existe relación estadística entre ambas (correlación); también se presume que la conexión entre estas variables no es fortuita, además no se incurrió en la manipulación de las variables</p> <p><b>DISEÑO</b></p> <p>El estudio responde al siguiente esquema:</p> <p>Donde:  <math>O_1</math>= Conjunto de datos en referencia al afrontamiento.  <math>O_2</math>= Conjunto de datos en referencia a la calidad de vida en salud  R= Relación existente entre ambas variables.</p>	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b> Afrontamiento</p> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b> Calidad de vida en salud</p> <p><b>VARIABLES DE INTERVINIENTES:</b></p> <p>Edad del paciente Tipo de proceso de envejecimiento Sexo Nivel educativo Estado civil</p>	<p><b>POBLACIÓN</b></p> <p>La población de referencia fueron 245 adultos mayores (edad igual o mayor a 65 años) que viven en la jurisdicción del “Centro de Salud de Chilca” en el 2020 y que cumplan con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.</p> <p><b>MUESTRA</b></p> <p>Dada la posibilidad de que se pierdan elementos de la muestra por diversos motivos, elegimos a 105 adultos mayores que viven en la jurisdicción del “Centro de Salud de Chilca” en el 2020.</p> <p><b>PARA VALORAR LA AUTOEFICACIA PERCIBIDA</b></p> <p>Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Cuestionario de afrontamiento” diseñado y validado por Sandín B, Chorot P en el 2003. El cuestionario consta de 42 afirmaciones sobre actividades que realizan las personas cuando se encuentran atravesando una situación crítica, se divide en siete subescalas</p> <p><b>PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD</b></p> <p>Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Cuestionario De Salud SF-36; consta de 66 preguntas</p>

**ANEXO 2:  
MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

**VARIABLE 1: AFRONTAMIENTO**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
AFRONTAMIENTO	Es poner en marcha, una serie de mecanismos que le permita disminuir el probable impacto producido por el estrés de sobrellevar el proceso de envejecimiento.	Focalización en el problema	La persona centra su atención en entender cuál es el problema, comprende que es un elemento que puede estar bajo su control si logra identificar qué aspectos están relacionados.	Analizar las causas del problema	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Seguir unos pasos concretos		
				Establecer un plan de acción		
				Hablar con las personas implicadas'		
				Poner en acción soluciones concretas		
				Pensar detenidamente los pasos a seguir		
		Excluir la auto focalización negativa	La persona deja de centrarse en aspectos negativos de sí mismo de forma poco realista, no se juzga constantemente, ni se culpabiliza y deja de presentar de forma constante un estado emocional negativo que dificulta el afrontamiento.	Auto convencerse negativamente		
				No hacer nada ya que las cosas suelen ser malas		
				Auto culpación		
				Sentir indefensión respecto al problema		
				Asumir la propia incapacidad para resolver la situación		
		Re evaluación positiva	Es la evaluación de la situación que genera el estrés, se modifica las metas de comportamiento y el estado emocional en general, re significa el sentido de su vida, trascienden de las situaciones y salen fortalecidos.	Resignarse, detener soluciones posibles		
				Ver los aspectos positivos		
				Sacar algo positivo de la situación		
				Descubrir que en la vida hay gente buena		
				Comprender que hay cosas más importantes		
		Disuadir la expresión emocional abierta	La persona abandona considerar que expresando su ira o su tristeza de forma constante o inasertiva, solucionará el problema, la persona no se comporta dejándose llevar por la emoción negativa	No hay mal que por bien no venga		
				Pensar que el problema pudo haber sido peor		
				Descargar el mal humor con los demás		
				Insultar a otras personas		
Comportarse hostilmente						
Agredir a alguien						
		Irritarse con la gente				
		Luchar y desahogarse emocionalmente				
			Concentrarse en otras cosas			

		Desalentar la evitación	Se refiere a que deja de buscar situaciones opuestas al factor estresante como escape, cuando se necesita de encarar directamente la situación, asume las riendas y las consecuencias de las decisiones.	Volcarse en el trabajo u otras actividades		
				«Salir» para olvidarse del problema		
				No pensar en el problema		
				Practicar deporte para olvidar		
				Tratar de olvidarse de todo		
		Búsqueda de apoyo social	Esta estrategia se refiere a buscar opiniones de pares o personas que percibe como superiores intelectuales, permite validar la información que se percibe acerca del evento y permite recibir retroalimentación sobre las causas y consecuencias del problema	Contar los sentimientos a familiares o amigos		
				Pedir consejo a parientes o amigos		
				Pedir información a parientes o amigos		
				Hablar con amigos o parientes para ser tranquilizado		
				Pedir orientación sobre el mejor camino a seguir		
		Acercarse a la religión	Permite reinterpretar la situación y además comprender que tiene un sentido especial lo que se está sucediendo, la religión permite encontrar un camino a la trascendencia y transformación positiva de sí mismo a través de la dificultad	Expresar los sentimientos a familiares o amigos		
				Asistir a la Iglesia		
				Pedir ayuda espiritual		
				Acudir a la Iglesia para rogar se solucione el problema		
				Confiar en que Dios remediase el problema		
Rezar						
Acudir a la Iglesia para poner velas o rezar						

## VARIABLE 2: CALIDAD DE VIDA EN SALUD

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
CALIDAD DE VIDA EN SALUD	Es el grado subjetivo de bienestar atribuible o asociado a la carencia de síntomas, el estado psicológico y las actividades que se desea realizar.	Función física y rol laboral	Incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria, deficiencias de la motilidad y la autonomía con limitaciones para el autocuidado y el trabajo.	Posibilidad para la realización de actividades cotidianas	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Posibilidad para desplazarse dentro y fuera del hogar		
				Posibilidad para el autocuidado		
				Deterioro de la capacidad productiva		
		Sensación de bienestar	Modificaciones en el bienestar por dolor y otros síntomas que generan cansancio y agotamiento	Auto percepción de la salud actual		
				Percepción de dolor		
				Percepción de fragilidad y vulnerabilidad		
				Percepción de vitalidad y energía		
				Percepción de agotamiento y cansancio		
		Interacción social y bienestar psíquico	Alteración del desempeño habitual de las relaciones sociales, aislamiento afección de roles y la vida familiar	Participación en actividades sociales		
				Estado anímico predominante		
				Deterioro de las relaciones interpersonales		

**ANEXO 3:**

**MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO**

**VARIABLE 1: CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO**

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
AFRONTAMIENTO	Focalización en el problema	Analizar las causas del problema	1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0 = Nunca 1 = A veces 2 = De forma regular 3 = Casi siempre 4 = Siempre
		Seguir unos pasos concretos	8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	
		Establecer un plan de acción	15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	
		Hablar con las personas implicadas'	22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	
		Poner en acción soluciones concretas	29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	
		Pensar detenidamente los pasos a seguir	36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	
	Excluir la auto focalización negativa	Auto convencerse negativamente	2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	
		No hacer nada ya que las cosas suelen ser malas	9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	
		Auto culpación	16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	
		Sentir indefensión respecto al problema	23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	
		Asumir la propia incapacidad para resolver la situación	30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	
		Resignarse, detener soluciones posibles	37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	
	Re evaluación positiva	Ver los aspectos positivos	3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	
		Sacar algo positivo de la situación	10. Intenté sacar algo positivo del problema	
		Descubrir que en la vida hay gente buena	17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	
		Comprender que hay cosas más importantes	24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	
		No hay mal que por bien no venga	31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	
		Pensar que el problema pudo haber sido peor	38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	

	Disuadir la expresión emocional abierta	Descargar el mal humor con los demás	4. Descargué mi mal humor con los demás
		Insultar a otras personas	11. Insulté a ciertas personas
		Comportarse hostilmente	18. Me comporté de forma hostil con los demás
		Agredir a alguien	25. Agredí a algunas personas
		Irritarse con la gente	32. Me irrité con alguna gente
		Luchar y desahogarse emocionalmente	39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos
	Desalentar la evitación	Concentrarse en otras cosas	5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas
		Volcarse en el trabajo u otras actividades	12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema
		«Salir» para olvidarse del problema	19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema
		No pensar en el problema	26. Procuré no pensar en el problema
		Practicar deporte para olvidar	33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema
		Tratar de olvidarse de todo	40. Intenté olvidarme de todo
	Búsqueda de apoyo social	Contar los sentimientos a familiares o amigos	6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía
		Pedir consejo a parientes o amigos	13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema
		Pedir información a parientes o amigos	20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema
		Hablar con amigos o parientes para ser tranquilizado	27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal
		Pedir orientación sobre el mejor camino a seguir	34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir
		Expresar los sentimientos a familiares o amigos	41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos
	Acercarse a la religión	Asistir a la Iglesia	7. Asistí a la Iglesia
		Pedir ayuda espiritual	14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)
		Acudir a la Iglesia para rogar se solucione el problema	21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema
		Confiar en que Dios remediase el problema	28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación
		Rezar	35. Recé
Acudir a la Iglesia para poner velas o rezar		42. Acudí a la iglesia para poner velas o rezar	

VARIABLE 2: CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
Calidad de vida en salud	Función física y rol laboral	Posibilidad para la realización de actividades cotidianas	Su salud actual ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?	Muy mala (0) Mala (1) Regular (2) Buena (3) Muy buena (4)
		Posibilidad para desplazarse dentro y fuera del hogar	Me limita: Caminar un kilómetro o más	
		Posibilidad para el autocuidado	Me limita: Bañarse o vestirse por sí mismo.	
		Deterioro de la capacidad productiva	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo?	
	Sensación de bienestar	Auto percepción de la salud actual	En general, usted diría que su salud es: ¿Cómo diría que es su salud actual comparada con la de hace un año?	
		Percepción de dolor	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	
		Percepción de fragilidad y vulnerabilidad	¿Se sintió vulnerable?	
		Percepción de vitalidad y energía	¿Se sintió lleno de vitalidad?	
	Interacción social y bienestar psíquico	Percepción de agotamiento y cansancio	¿Se sintió agotado y cansado?	
		Participación en actividades sociales	¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	
		Estado anímico predominante	¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	
		Deterioro de las relaciones interpersonales	¿Han tenido dificultado con las relaciones interpersonales?	

## ANEXO 04: INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

CÓDIGO \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN GENERAL

1. SEXO:  (0) FEMENINO  (1) MASCULINO

2. EDAD (años):.....

3. NIVEL EDUCATIVO

(0) NINGUNO

(1) PRIMARIA

(2) SECUNDARIA

(3) SUPERIOR TÉCNICO

(4) SUPERIOR PROFESIONAL

4. ESTADO CIVIL

(0) CASADO(A)

(1) SOLTERO (A)

(2) VIUDO(A)

(3) DIVORCIADO (A)

(4) CONVIVIENTE

5. OCUPACIÓN .....

6. PERSONAS CON LAS QUE VIVE.....

## CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO Sandín B, Chorot P, 2003

**Instrucciones:** En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés.

Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.

Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente [aproximadamente durante el pasado año].

0	1	2	3	4
Nunca	A veces	De forma regular	Casi siempre	Siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1	2	3	4	5	6	
1	Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0	1	2	3	4
2	Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	4	3	2	1	0
3	Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
4	Descargué mi mal humor con los demás	4	3	2	1	0
5	Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	4	3	2	1	0
6	Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0	1	2	3	4
7	Asistí a la Iglesia	4	3	2	1	0
8	Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
9	No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	4	3	2	1	0
10	Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11	Insulté a ciertas personas	4	3	2	1	0
12	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	4	3	2	1	0
13	Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14	Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	4	3	2	1	0
15	Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16	Comprendí que yo fui el principal causante del problema	4	3	2	1	0
17	Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18	Me comporté de forma hostil con los demás	4	3	2	1	0
19	Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	4	3	2	1	0
20	Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4

21	Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	4	3	2	1	0
22	Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
23	Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	4	3	2	1	0
24	Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
25	Agredí a algunas personas	4	3	2	1	0
26	Procuré no pensar en el problema	4	3	2	1	0
27	Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28	Tuve fe en que Dios remediaría la situación	4	3	2	1	0
29	Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30	Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	4	3	2	1	0
31	Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4
32	Me irrité con alguna gente	4	3	2	1	0
33	Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	4	3	2	1	0
34	Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
35	Recé	4	3	2	1	0
36	Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37	Me resigné a aceptar las cosas como eran	4	3	2	1	0
38	Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39	Luché y me desahugué expresando mis sentimientos	4	3	2	1	0
40	Intenté olvidarme de todo	4	3	2	1	0
41	Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42	Acudí a la iglesia para poner velas o rezar	4	3	2	1	0

.....**Gracias**

### **Baremos**

0 - 33 = muy mal afrontamiento al estrés  
34 - 66 = mal afrontamiento al estrés  
67 - 99 = mediano afrontamiento al estrés  
100 - 132 = buen afrontamiento al estrés  
133 - 168 = muy buen afrontamiento al estrés

Focalizado en la solución del problema: 1, 8, 15, 22, 29, 36.

Reevaluación positiva: 3, 10, 17, 24, 31, 38.

Búsqueda de apoyo social: 6, 13, 20, 27, 34, 41.

Auto focalización negativa: 2, 9, 16, 23, 30, 37.

Expresión emocional abierta: 4, 11, 18, 25, 32, 39.

Evitación: 5, 12, 19, 26, 33, 40.

Religión: 7, 14, 21, 28, 35, 42.

**CUESTIONARIO DE SALUD SF-36**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su Salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1	En general, usted diría que su salud es:	0	1	2	3	4
		Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
2	¿Cómo diría que es su salud actual comparada con la de hace un año?	0	1	2	3	4
		Mucho peor ahora que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Mucho mejor ahora que hace un año
3	Las siguientes preguntas se refieren a sus actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?					
	ACTIVIDADES		Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada	
	a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.		0	1	2	
	b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, barrer, jugar con una pelota o caminar más de una hora.		0	1	2	
	c. Coger o llevar la bolsa de la compra.		0	1	2	
	d. Subir varios pisos por la escalera.		0	1	2	
	e. Subir un solo piso por la escalera.		0	1	2	
	f. Agacharse o arrodiliarse		0	1	2	
	g. Caminar un kilómetro o más		0	1	2	
	h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros).		0	1	2	
	i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros).		0	1	2	
	j. Bañarse o vestirse por sí mismo.		0	1	2	
4.	Durante las cuatro últimas semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?					
					Sí	No
	a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?				0	1
	b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?				0	1
	c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?				0	1
	d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas o le costó más de lo normal?				0	1

5.	Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?						
		Sí			No		
	a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	0			1		
	b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	0			1		
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	0			1			
6.	Durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	0	1	2	3	4	
		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	
7.	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	0	1	2	3	4	5
		Si, muchísimo	Sí, mucho	Si, moderado	Si, un poco	Si, muy poco	No, ninguno
8.	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	0	1	2	3	4	
		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	
9.	Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.						
	Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo...						
		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna	Nunca
	a. ¿Se sintió lleno de vitalidad?	5	4	3	2	1	0
	b. ¿Estuvo muy nervioso?	0	1	2	3	4	5
	c. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	0	1	2	3	4	5
	d. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	5	4	3	2	1	0
	e. ¿Tuvo mucha energía?	5	4	3	2	1	0
	f. ¿Se sintió desanimado y triste?	0	1	2	3	4	5
	g. ¿Se sintió agotado?	0	1	2	3	4	5
	h. ¿Se sintió feliz?	5	4	3	2	1	0
	i. ¿Se sintió cansado?	0	1	2	3	4	5
10		0	1	2	3	4	

	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
11	Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:					
		Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa
	a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	0	1	2	3	4
	b. Estoy tan sano como cualquiera	4	3	2	1	0
	c. Creo que mi salud va a empeorar	0	1	2	3	4
	d. Mi salud es excelente	4	3	2	1	0

.....Gracias

Baremos

Calificativo a la calidad de vida relacionada a salud	Valores
Muy mala	0 - 23
Mala	24 - 46
Regular	47 - 69
Buena	70 - 92
Muy buena	93 - 116

## ANEXO 05: PRUEBAS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

### VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL "CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO"

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.824
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	8142.491
	gl	29
	Sig.	.000

#### Matriz de componente rotado

	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0.582						
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0.817						
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0.740						
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0.659						
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0.827						
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0.772						
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal		0.765					
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas		0.568					
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema		0.818					
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación		0.706					
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema		0.616					
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran		0.824					
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema			0.663				
10. Intenté sacar algo positivo del problema			0.597				
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás			0.843				
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes			0.778				
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»			0.603				
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor			0.800				
4. Descargué mi mal humor con los demás				0.655			
11. Insulté a ciertas personas				0.667			
18. Me comporté de forma hostil con los demás				0.584			

25. Agredí a algunas personas	0.830		
32. Me irrité con alguna gente	0.680		
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0.786		
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas		0.789	
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema		0.809	
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema		0.832	
26. Procuré no pensar en el problema		0.841	
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema		0.761	
40. Intenté olvidarme de todo		0.777	
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía			0.708
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema			0.644
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema			0.801
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal			0.684
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir			0.853
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos			0.583
7. Asistí a la Iglesia			0.554
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)			0.586
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema			0.834
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación			0.770
35. Recé			0.696
42. Acudí a la iglesia para poner velas o rezar			0.629

---

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.

*Nota: los datos provienen de una prueba piloto aplicada a 30 adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Pilcomayo, con esos datos se realizó un análisis factorial para comprobar la validez de constructo con el programa estadístico SPSS for Windows versión 25. Este análisis se realizó de forma previa a la aplicación de los instrumentos al grupo muestral seleccionado.*

## CONFIABILIDAD DE LA “CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO”

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.858	29

### Estadística de total de elemento

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0.838
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0.780
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0.747
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0.820
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0.816
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0.838
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0.762
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0.743
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0.759
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0.781
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0.796
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0.782
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0.708
10. Intenté sacar algo positivo del problema	0.701
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0.713
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0.743
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0.759
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0.747
4. Descargué mi mal humor con los demás	0.820
11. Insulté a ciertas personas	0.816
18. Me comporté de forma hostil con los demás	0.792
25. Agredí a algunas personas	0.748
32. Me irrité con alguna gente	0.757
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0.797
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0.715
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0.743
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	0.759
26. Procuré no pensar en el problema	0.781
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0.796
40. Intenté olvidarme de todo	0.782
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0.708
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0.701
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0.743
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0.759
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0.781
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0.796
7. Asistí a la Iglesia	0.782
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0.708
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0.701
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0.720
35. Recé	0.743
42. Acudí a la iglesia para poner velas o rezar	0.762

*Nota: los datos provienen de una prueba piloto aplicada a 30 adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Pilcomayo, con esos datos se calculó el alfa de Cronbach para verificar la confiabilidad con el programa estadístico SPSS for Windows versión 25. Este análisis se realizó de forma previa a la aplicación de los instrumentos al grupo muestral seleccionado.*

## VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL “CUESTIONARIO DE SALUD SF-36”

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.837
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	7264.970
	gl	29
	Sig.	.000

### Matriz de componente rotado

	Componente		
	1	2	3
Posibilidad para la realización de actividades cotidianas	0.832		
Posibilidad para desplazarse dentro y fuera del hogar	0.841		
Posibilidad para el autocuidado	0.655		
Deterioro de la capacidad productiva	0.667		
Auto percepción de la salud actual	0.584		
Percepción de dolor		0.612	
Percepción de fragilidad y vulnerabilidad		0.603	
Percepción de vitalidad y energía		0.819	
Percepción de agotamiento y cansancio		0.718	
Participación en actividades sociales			0.830
Estado anímico predominante			0.680
Deterioro de las relaciones interpersonales			0.786

*Nota: los datos provienen de una prueba piloto aplicada a 30 adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Pilcomayo, con esos datos se calculó el alfa de Cronbach para verificar la confiabilidad con el programa estadístico SPSS for Windows versión 25. Este análisis se realizó de forma previa a la aplicación de los instrumentos al grupo muestral seleccionado.*

## CONFIABILIDAD DE LA “CUESTIONARIO DE SALUD SF-36”

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.837	29

### Estadística de total de elemento

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Posibilidad para la realización de actividades cotidianas	0.741
Posibilidad para desplazarse dentro y fuera del hogar	0.745
Posibilidad para el autocuidado	0.763
Deterioro de la capacidad productiva	0.711
Auto percepción de la salud actual	0.717
Percepción de dolor	0.756
Percepción de fragilidad y vulnerabilidad	0.712
Percepción de vitalidad y energía	0.747
Percepción de agotamiento y cansancio	0.758
Participación en actividades sociales	0.796
Estado anímico predominante	0.718
Deterioro de las relaciones interpersonales	0.753

*Nota: los datos provienen de una prueba piloto aplicada a 30 adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Pilcomayo, con esos datos se calculó el alfa de Cronbach para verificar la confiabilidad con el programa estadístico SPSS for Windows versión 25. Este análisis se realizó de forma previa a la aplicación de los instrumentos al grupo muestral seleccionado.*

## ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO

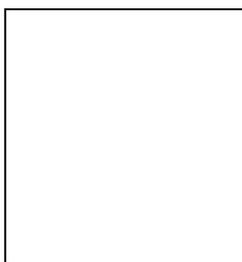
# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha informado sobre la ejecución del estudio titulado AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN ADULTOS MAYORES USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD” por las, bachilleres: CURO ESCOBAR, Alina Marisol y GASPAR CAHUANA, Yudith, cuyo objetivo es determinar la relación entre el afrontamiento y la calidad de vida en salud en adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Chilca en el 2020. El tiempo aproximado que Ud. se tomará para responder será 25 minutos. Dicho estudio será llevado a cabo de manera anónima y confidencial por lo que los resultados obtenidos del estudio no serán revelados, ni lo perjudicarán a usted como participante.

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_ me comprometo a participar libre y voluntariamente en el estudio antes mencionado. Se me ha informado que no existen riesgos, y sobre los beneficios asumo que se respetará la confiabilidad manteniendo el anonimato. Para los efectos de la investigación me comprometo a responder las preguntas que se formularán.

En caso de tener alguna duda puede contactarse con el asesor de la investigación  
\_\_\_\_\_ cel. \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, puede contactar al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Los Andes, al teléfono \_\_\_\_\_ anexo \_\_\_\_\_.

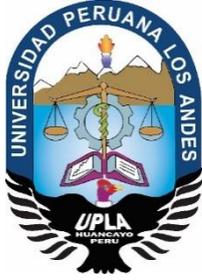


**Huella Digital**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PARTICIPANTE  
N° DNI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INVESTIGADOR  
N° DNI \_\_\_\_\_

## ANEXO 7: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

---

---

## DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

---

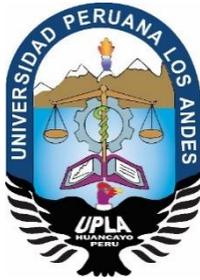
Yo; CURO ESCOBAR, Alina Marisol Identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_ egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado “AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN ADULTOS MAYORES USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD”, en ese contexto **declaro bajo juramento** que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 20 de febrero 2020.



---

CURO ESCOBAR, Alina Marisol  
**Responsable de investigación**



---

## DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

---

Yo; GASPAR CAHUANA, Yudith, identificado (a) con DNI N° \_\_\_\_\_ egresada de la Escuela Profesional de Enfermería, vengo realizando el estudio de investigación titulado “AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN SALUD EN ADULTOS MAYORES USUARIOS DE UN CENTRO DE SALUD”, en ese contexto **declaro bajo juramento** que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de la investigación; esta declaración se ajusta a los artículos 6 y 7 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN y los artículos 4 y 5 del CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES.

Huancayo, 20 de febrero 2020.



---

GASPAR CAHUANA, Yudith  
Responsable de investigación

## ANEXO 08: REGISTRO FOTOGRÁFICO



FOTO: 01  
INVESTIGADORA  
EN LA PUERTA  
DEL CENTRO DE  
SALUD

---

FOTO: 02  
INVESTIGADORA  
RECOLECTANDO  
INFORMACIÓN EN  
EL CENTRO DE  
SALUD

---





FOTO: 01  
INVESTIGADORA  
EN LA PUERTA  
DEL CENTRO DE  
SALUD

FOTO: 02  
INVESTIGADORA  
RECOLECTANDO  
INFORMACIÓN EN  
EL CENTRO DE  
SALUD

