

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL GRADO DE RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES.

AREQUIPA, 2013

Tesis presentada por la Bachiller:

ANA MARÍA MILAGROS ANDRADE LOZANO

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**AREQUIPA – PERÚ
2014**

PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA.

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que Ud. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL GRADO DE RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013.** Requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Espero que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Julio del 2014

Ana María Milagros Andrade Lozano



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Borrador de Tesis:

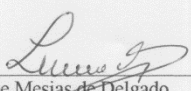
**INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL
GRADO DE RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO
DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013**

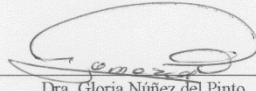
Autora : Ana María Milagros Andrade Lozano

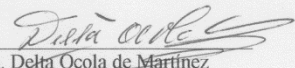
Fecha : Arequipa, 02 de Julio del 2014

Habiendo subsanado las observaciones dadas por el Jurado Dictaminador, el trabajo de investigación queda en condiciones de pasar a la fase de sustentación de tesis, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.

Atentamente,


Dra. Lupe Mesias de Delgado
Presidenta


Dra. Gloria Núñez del Pinto
Secretaria


Dra. Delta Ocola de Martínez
Miembro Integrante

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Enfermería

INFORME DE ASESORÍA

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería U.C.S.M.

De : Dra. Teresa Núñez Delgado
Docente de la Facultad de Enfermería U.C.S.M.

Asunto : Informe de Asesoría de Tesis titulada: INFLUENCIA DE LOS
FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL GRADO DE
RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD
DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013

Autora : Ana María Milagros Andrade Lozano

Fecha : Arequipa 30 de Mayo del 2014

Por el presente, expreso mi cordial saludo y emito el informe siguiente:

1. Que se revisó el trabajo de investigación en el mes de Diciembre del año 2013 a Mayo del año 2014 con la investigadora, formulándose algunas recomendaciones en el Planteamiento Teórico.
2. En una segunda sesión se revisa el Planteamiento Operacional, reformulándose conceptos, mejorando redacción en la presentación de datos y en las conclusiones.
3. En una tercera sesión se revisó recomendaciones.

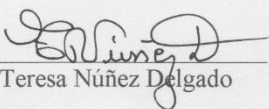
Apreciación:

Es un trabajo de la actualidad y su importancia radica en la Promoción de la Salud.

La Autora demostró interés, responsabilidad perseverancia permanente.

Es cuanto puedo comunicar a Ud., sea propicia la oportunidad para renovarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,


Dra. Teresa Núñez Delgado



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Miembros del Jurado Dictaminador

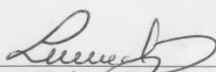
Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis:
**INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL
GRADO DE RESILIENCIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO
DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013**

Autora : ANDRADE LOZANO, Ana María Milagros

Fecha : Arequipa, 26 de noviembre del 2013

Habiendo subsanado las observaciones el proyecto queda en condiciones de ser ejecutado de acuerdo a Reglamento de Grado y Título de la Facultad de Enfermería.

Atentamente,



Dra. Lupe Mesías de Delgado
Miembro del Jurado Dictaminador



Lic. Nancy Tejada de Riveros
Miembro del Jurado Dictaminador



Un profundo agradecimiento

A la Facultad de Enfermería por la formación académica recibida

*A las docentes, quienes nos han enseñado y formado durante nuestros
años de formación profesional*

A Dios por ser, estar y existir, por bendecirme con memoria y sabiduría cada día de mi vida.

A mis padres, con profunda gratitud, gracias por estar siempre dispuestos a ayudar

A mi amado esposo, que siempre tuvo fé y creyó en mí y jamás dejo de alentarme diciendo ... tu puedes

A mis hijos por ser el estímulo constante para seguir adelante, por ser el motor de mi vida.

Milagros

INDICE

	PÁG.
INDICE DE ILUSTRACIONES	10
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCION	14

CAPITULO I **PLANTEAMIENTO TEORICO**

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1. Enunciado del Problema	15
1.2. Descripción del Problema	15
1.3. Justificación	17
2. OBJETIVOS	18
3. MARCO TEÓRICO	19
4 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	38
5. HIPÓTESIS	41

CAPITULO II **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

1. TECNICA E INSTRUMENTO	42
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	42
2.1. Ubicación Espacial	42
2.2. Ubicación Temporal	42
2.3. Unidades de Estudio	42
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43

CAPÍTULO III

RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	45
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	68



INDICE DE ILUSTRACIONES

TABLAS	PÁG
1. ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN EDAD, CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES, AREQUIPA, 2013	46
2. ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN GENERO, CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES, AREQUIPA, 2013	47
3. ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN OCUPACION, CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES, AREQUIPA, 2013	48
4. ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN ESTADO CONYUGAL, CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES, AREQUIPA, 2013	49
5. ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN COMUNICACION, CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES, AREQUIPA, 2013	50
6. ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN RELACIONES INTRAFAMILIARES. CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES, AREQUIPA, 2013	51
7. ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCION, CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES, AREQUIPA, 2013	52
8. ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN AMBIENTE FAMILIAR, CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES, AREQUIPA, 2013	53
9. ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN GRADO DE RESILIENCIA. CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013	54
10. INFLUENCIA DEL FACTOR EDAD EN EL GRADO DE RESILIENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013	55
11. INFLUENCIA DEL FACTOR GENERO EN EL GRADO DE RESILIENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013	56
12. INFLUENCIA DEL FACTOR OCUPACION EN EL GRADO DE RESILIENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013	57
13. INFLUENCIA DEL FACTOR ESTADO CIVIL EN EL GRADO DE RESILIENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013	58
14. INFLUENCIA DEL FACTOR COMUNICACION EN EL GRADO DE RESILIENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013	59
15. INFLUENCIA DEL FACTOR RELACIONES INTRAFAMILIARES EN EL GRADO DE RESILIENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013	60
16. INFLUENCIA DEL FACTOR NIVEL DE INSTRUCCION EN EL GRADO DE RESILIENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013	61
17. INFLUENCIA DEL FACTOR CONVIVENCIA FAMILIAR EN EL GRADO DE RESILIENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013	62

RESUMEN

La presente investigación titulada “Influencia de los Factores Socioculturales en el grado de Resiliencia en Adultos Mayores se realizó en el Centro de Salud de Miraflores en el año 2013. El tipo de problema es de campo, de nivel explicativo y de diseño transversal; si trabajó con dos variables: factores sociales y grado de resiliencia con sus respectivos indicadores y subindicadores.

El estudio intenta precisar los factores socioculturales influyen en el grado de resiliencia de los adultos mayores.

La hipótesis propone que los factores sociales y culturales del ambiente en que se desenvuelven los adultos mayores influyan en su grado de resiliencia.

Metodología: Es una investigación de campo y de nivel relacional como Técnica se usó la encuesta y como instrumento la Escala de Resiliencia y Wagnild y Young aplicado a 26 adultos mayores.

Las conclusiones a las que se llegó son: Los factores socioculturales que influyen mayormente en la resiliencia de los adultos mayores del Centro de Salud de Miraflores son la edad (60 a 69 y 80 a más años), el género femenino; la ocupación (ama de casa y jubilado), el estado civil (casados y viudos), el factor comunicación predominando la sostenida; las relaciones interpersonales no asertivas; el nivel de instrucción primaria y secundaria y el ambiente familiar favorable. (ver tablas N° 1 al N° 8). Del total de los adultos mayores investigados, cerca de la mitad de los adultos mayores poseen grado de resiliencia moderado, más de la cuarta parte, alto y menos de la cuarta parte, escaso. En un 80% grado de resiliencia es bueno. El tipo de influencia de los factores, edad, ocupación, comunicación, relaciones interpersonales, grado de instrucción y convivencia familiar es directa. El comportamiento de los factores socioculturales de género y estado civil es indirecto.

Palabras claves: Resiliencia – salud - promoción - prevención - adultos mayores.

ABSTRACT

This research entitled "Influence of Sociocultural Factors in the degree of Resilience in Aging was performed at the Health Center in 2013 Miraflores type field problem is, explanatory level and cross design; if you worked with two variables: social factors and degree of resilience with indicators and sub-indicators.

The study attempts to clarify the socio-cultural factors influence the degree of resilience of older adults.

The hypothesis proposes that social and cultural factors of the environment in which older adults influence their degree of resilience operate.

Is a research field and relational level as the survey technique was used as an instrument and the Resilience Scale and Young Wagnild and applied to 26 seniors.

The conclusions that were reached are: Socio-cultural factors that influence the resilience of mostly older adults Health Center of Miraflores are age (60-69 and 80 and older), female gender; occupation (housewife and retired), marital status (married and widowed), the predominant factor sustained communication; non-assertive interpersonal relationships; the level of primary and secondary education and a favorable family environment. (See tables No. 1 to No. 8). Of all seniors surveyed, nearly half of older adults have moderate degree of resilience, more than a quarter tall, less than a quarter sparse. 80% degree of resilience is good. The influence of such factors, age, occupation, communication, interpersonal relationships, level of education and family life is straightforward. The behavior of the sociocultural factors of gender and marital status is indirect.

Keywords: Resilience - health - promotion - prevention - seniors.

INTRODUCCION

Una de las grandes luchas que tiene que enfrentar una persona es cuando llega a la edad de adulto mayor, en razón a que tiene que realizar acciones, actividades cuya demanda de esfuerzo, de capacidad, de pensamiento y otros más es superior a sus capacidades personales. Es ahí que cada persona tiene que hacer uso de uno de los tipos de resiliencia que es la capacidad de aprender de las situaciones problema.

Es conocido que en salud, habitualmente hay mayor empeño en estudiar los problemas desde el punto de vista epidemiológico, de tratamiento y de cuidados desarrollando virtudes y fortalezas para hacer frente a las adversidades sociales con actitudes, comportamiento adecuados, y así lograr un bienestar personal, familiar y social en general.

De ahí la necesidad de investigar sobre el tema de resiliencia, tomando como unidades de investigación a adultos mayores que a partir de los sesenta años presentan serias limitaciones, motoras, sensoriales, sensibilidad, etc. los que analizados e interpretados nos han inducido a la apertura de resultados que van a aportar beneficios tanto a los adultos mayores como a los profesionales de las ciencias de la salud, que atienden a este tipo de personas.

Metodológicamente, la presente investigación se le ubica en el campo de las ciencias de la Salud y es de nivel relacional, de corte transversal. Su contenido está organizado por capítulos: el primero, contiene el planteamiento teórico; el segundo, el planteamiento operacional y el tercero está compuesto por los resultados, conclusiones, recomendaciones y anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

1.1.Enunciado del Problema

Influencia de los Factores Socioculturales en el Grado de Resiliencia en Adultos Mayores del Centro de Salud de Miraflores. Arequipa, 2013

1.2.Descripción del Problema

1.2.1. Ubicación del Problema

- a. Campo: Ciencias de la Salud
- b. Área: Salud del Adulto Mayor
- c. Línea: Resiliencia

1.2.2. Análisis de Variables

El estudio tiene dos variables:

- Independiente: Factores Socioculturales
- Dependiente: Grado de Resiliencia

	2. Culturales	2.1.Instrucción 2.2.Ambiente familiar
Dependiente		
Grado de Resiliencia	1. Satisfacción personal 2. Ecuanimidad 3. Soledad 4. Confianza en sí mismo 5. Perseverancia	Escala de Wagnild 1. Alto 2. Moderado 3. Escaso

2.3. Interrogantes básicas

- ¿Qué características socioculturales presentan los consultados mayores del Centro de Salud de Miraflores. Arequipa, 2013?
- ¿Cuáles son los grados de resiliencia en adultos mayores del Centro de Salud de Miraflores de Arequipa, 2013?

s grados de resiliencia
dores de Arequipa, 2017

- s grados de resiliencia
dores de Arequipa, 2017

s grados de resiliencia
dores de Arequipa, 2017

s grados de resiliencia
dores de Arequipa, 2017

s grados de resiliencia
dores de Arequipa, 2017

1.3. Justificación

El problema a investigar se justifica en razón a que es un tema de actualidad por las dificultades que presentan los adultos mayores para surgir de la adversidad, para adaptarse y recuperarse en caso de situaciones adversas y poder acceder a una vida significativa y productiva.

Es de significado relevante, porque los factores socioculturales de una determinada sociedad influyen, en las personas, en este caso, en los adultos mayores; situación que cobra cada día mayor importancia y afecta las relaciones humanas en su ámbito de acción, especialmente el familiar.

Posee relevancia humana, en el sentido de que se busca que los adultos mayores adquieran habilidades para surgir ante los problemas, para adaptarse y recuperarse y acceder a una situación significativa y productiva. Es de esperar que los adultos mayores que tengan una buena capacidad de resiliencia tenga también mayores posibilidades de afrontar mejor su nueva realidad y lograr una respuesta más positiva, dada la influencia de su estado mental.

Motiva la realización de la presente investigación la experiencia personal que he tenido como estudiante de enfermería al haber observado diferentes reacciones de las personas adultas mayores en las instituciones de salud: clubes y hogares y las diferentes formas en que aceptan y llevan su vejez, el conocer la importancia de conocer los grados de resiliencia y los factores que puedan influir en ella.

Al presente estudio le anteceden investigaciones relacionadas, los que van a constituirse como referenciales; asimismo, es factible de ser realizado por las facilidades que ofrecen las instituciones que intervienen: Universidad Católica de Santa María y Centro de Salud de Miraflores.

2. Objetivos

- 2.1. Precisar los factores socioculturales de los adultos mayores del Centro de Salud de Miraflores de Arequipa, 2013.
- 2.2. Identificar el grado de resiliencia de los adultos mayores del Centro de Salud de Miraflores de Arequipa, 2013.
- 2.3. Relacionar el tipo de influencia de los factores socioculturales en el grado de resiliencia de los adultos mayores del Centro de Salud de Miraflores de Arequipa, 2013.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. RESILIENCIA

Se entienden por la resiliencia conjunto de atributos y habilidades innatas para afrontar adecuadamente situaciones adversas, como factores estresantes y situaciones riesgosas.

Algunos autores definen a la Resiliencia como la capacidad de respuesta del ser humano, a través de la cual se generan respuestas adaptativas frente a situaciones de crisis o de riesgo. Esta capacidad deriva de la existencia de una reserva de recursos internos de ajuste y afrontamiento, ya sean innatos o adquiridos. De este modo, la resiliencia refuerza los factores protectores y reduce la vulnerabilidad frente a las situaciones riesgosas (abuso de drogas, suicidio, embarazo temprano, fugas de hogar, estados apáticos y de negativismo, etc.).

En psicología, el término resiliencia refiere a la capacidad de los sujetos para sobreponerse a tragedias o períodos de dolor emocional. Cuando un sujeto o grupo humano es capaz de hacerlo, se dice que tiene resiliencia adecuada, y puede sobreponer a contratiempos o, incluso, resultar fortalecido por los mismos. El concepto de resiliencia se corresponde con el término entereza.

El concepto fue introducido en el ámbito psicológico hacia los años 70 por el psiquiatra Michael Rutter, directamente inspirado en el concepto de la física, en la

opinión conductista de Rutter, la resiliencia se reducía a una suerte de “flexibilidad socia” adaptativa.¹

El concepto se profundizó al trascender al conductismo, por ejemplo, con las investigaciones del etólogo Boris Cyrulnik, quien amplió el concepto de resiliencia observando a los sobrevivientes de los campos de concentración.

3.1.1. Existen dos tipos de resiliencia:

- A. Resiliencia frente a las adversidades, situaciones problema.
- B. Capacidad de aprender de las derrotas y reorientarse.

3.1.2. Pilares de la Resiliencia

Son los factores que resultan protectores para los seres humanos, más allá de los efectos negativos de la adversidad, tratando de estimularlos una vez que fueran detectados. Así se describieron los siguientes²:

- A. **Autoestima consistente.** Es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño, adolescente o adulto mayor por un adulto significativo, “suficientemente” bueno y capaz de dar una respuesta sensible.
- B. **Introspección.** Es el arte de preguntar asimismo y darse una respuesta honesta. Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro. De allí, la posibilidad de captación de los jóvenes por grupos de adictos o delincuentes, con el fin de obtener ese reconocimiento.
- C. **Independencia.** Se define como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas, la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. Depende del principio de realidad que permite juzgar una situación con prescindencia de los deseos del sujeto. Los casos de abusos ponen en juego esta capacidad.

¹Vera Poseck, Beatriz y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva, en Revista de Psicología Positiva, 2004,1.

²Melillo Aldo y Suarez Ojeda Néstor. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas Buenos Aires, Paidós, 2001.

- D. **Capacidad de relacionarse.** Es decir, la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. Una autoestima baja o exageradamente alta producen aislamiento: si es baja por autoexclusión vergonzante y si es demasiado alta puede generar rechazo por la soberbia que se supone.
- E. **Iniciativa.** El gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes tenga la persona.
- F. **Humor.** Encontrar lo cómico en la propia tragedia, esto permite ahorrarse sentimientos negativos, aunque sea transitorios y soportar situaciones adversas
- G. **Creatividad.** La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden como resultado de la capacidad de reflexión, se desarrolla a partir del juego en la infancia.
- H. **Moralidad.** Entendida ésta como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.
- I. **Capacidad de pensamiento crítico.** Es un pilar de segundo grado, fruto de la combinación de todos los otros y que permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se enfrenta, con el fin de proponerse modos de enfrentarlas y cambiarlas. A esto se llega a partir de criticar el concepto de adaptación positiva o falta de desajustes que en la literatura anglosajona se piensa como un rasgo de resiliencia del sujeto (Melillo, 2002)

3.1.3. Factores de riesgo

Estos deben ser vistos como un resultado de la estrecha interacción individuo – ambiente, donde cada una de estas dos partes juega un papel activo. Es decir, el individuo no debe considerarse un receptor pasivo de los diferentes estímulos, por el contrario, se encuentra constantemente modulando la

incidencia a éstos con su conducta, sus efectos en la determinación del carácter de riesgo. En este proceso de modulación se mezclan componentes genéticos, psicológicos, sociales y situacionales.

Esto supone además, el carácter específico de los mecanismos implicados en la determinación del riesgo: en cada individuo tendrá una dinámica propia, única, que dependerá de la articulación de los componentes referidos con anterioridad³.

La resiliencia es, en términos de ingeniería, la capacidad de un material para recobrar su forma original, después de someterse a una presión deformadora. En este trabajo, sin embargo, retomamos la más reciente acepción de esta palabra, que designa la capacidad de una persona para superar bien las condiciones adversas de la vida.

Por lo general, la resiliencia ha sido estudiada en lo referente a la manera sorprendente de muchos niños y niñas maltratados de distintas formas para sobreponerse y mantener su vitalidad y esperanza.

Como seres humanos, pese a vivir en diferentes condiciones cada ser, por lo menos en algún momento de la vida, los problemas nos han hecho tocar fondo. De hecho, a veces se ha dicho que hay que tocar fondo para poder tomar conciencia y levantarse, puesto que si nos dejáramos arrollar por ese tipo de situación, nuestras vidas perderían toda conducción y sentido.

Pese a todo el potencial social constructivo que implica, no se ha pensado en la posibilidad de plantear la resiliencia como un ejemplo para todos y todas, en nuestro crítico contexto de vida.

3.1.4. Factores Protectores

Estos son considerados como algo que opera para mitigar los efectos del riesgo. Se consideran fuerzas internas y externas que contribuyen a que el individuo resista o aminore los efectos del riesgo; por tanto, reduce la

³Boris Cyrulnik. La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia. Barcelona. Granica.2001.

posibilidad de disfunción y problemas en estas circunstancias; como los factores de riesgo, los protectores involucran también variables genéticas, disposiciones personales, factores psicológicos y situaciones sociales.

Dentro de los personales, se incluyen características temperamentales que provocan respuestas positivas en los padres y cuidadores y autonomía combinada con la capacidad de pedir ayuda. En la niñez más tardía así como en la adolescencia, se tienen las habilidades comunicativas y de resolución de problemas, competencia escolar, sentido del humor, autoestima elevada, creatividad, autonomía, tolerancia a las frustraciones, entre otras.

Al interior de la familia se han definido factores, como presencia de apoyo incondicional por al menos una persona competente y emocionalmente estable, creencias religiosas que promueven la unidad familiar y la búsqueda de significados en los tiempos difíciles.

Dentro del ámbito comunitario se han considerado los siguientes: presencia de padres y personas mayores en la comunidad que brinde la posibilidad de transiciones positivas en la vida como programas de educación comunitaria a padres, participación activa en una comunidad religiosa⁴.

Los diferentes factores protectores, al igual que los de riesgo no actúan aisladamente en el niño, o adulto mayor, sino ejerciendo un efecto de conjunto donde se establecen complejas relaciones funcionales que en definitiva traen como resultado la atenuación de los efectos de las circunstancias adversas y eventos estresantes. Este proceso es denominado moderación del estrés. El conocimiento de este proceso es imprescindible para comprender los mecanismos que subyacen a los factores protectores y a la resiliencia en general.

⁴Vanistendael Stefan y Lecomte Jacques, La felicidad es posible, Barcelona, Gedisa, 202

3.1.5. Resiliencia y religión

El concepto de que la religión y la espiritualidad son importantes para la mayoría de las personas en la población general, más del 90% de los adultos afirman creer en Dios y un número levemente superior al 70% de las personas entrevistadas identificó la religión como una de las influencias más importantes de sus vidas.⁵ Los pacientes como las personas de la familia encargadas de su cuidado, en general recurren a lo espiritual y religiones específicas, ya sean reconocidas o consideradas por el personal médico, estas necesidades, aunque generalizadas, pueden tomar diferentes formas en las diversas culturas y aún dentro de una misma cultura.⁶ Se ha demostrado que la religión y la espiritualidad se relacionan significativamente con medidas de adaptación y con el tratamiento de síntomas en pacientes con cáncer. Los mecanismos religiosos y espirituales de adaptación se han relacionado con índices inferiores de incomodidad, así como menor hostilidad, ansiedad y aislamiento social de los pacientes de cáncer y de los familiares encargados de su cuidado. Características específicas de creencias religiosas sólidas, como esperanza, optimismo, arrepentimiento y satisfacción por la vida se han asociado también con mejor adaptación al cáncer. La forma en la que se manejan los asuntos religiosos puede influir en la calidad de vida.⁷

3.1.6. Resiliencia y Salud Mental

Es muy ilustrativo comparar los conceptos básicos de salud mental y los de resiliencia, que presentan en común sugestivas definiciones:

⁵Gallup GH JR. Religion in American 2001: Will the Vitality of the Church Be the Surprise of the 21 st.Century? Princeton, N.J. Princeton Religion Research Center, 2006.

⁶Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi An: Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. Adv. Nurs 54 (3): 265-72; discussion 272-3, 2006.

⁷Weisman AD. Worden JW: The existential plight in cancer: significance of the first: 100 days. Int. J. Psychiatria Med 7 (1): 1-15. 2001-77

SALUD MENTAL	RESILIENCIA
Proceso determinado histórico y culturalmente en cada sociedad. Se preserva y mejora por un proceso de construcción social.	Conjunto de procesos sociales intrapsíquicos que posibilitan acceder al bienestar psicofísico a pesar de las adversidades.
Parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y emocional.	Depende de cualidades positivas del proceso interactivo del sujeto con los otros humanos, responsable en cada historia singular de la construcción de sistema psíquico humano.

Estas coincidencias nos llevan a pensar que lo que se entiende como promoción de la resiliencia en el marco de una comunidad, al producir capacidad de resistir las adversidades y agresiones de un medio social sobre el equilibrio psicofísico de los componentes de una comunidad, niños, adolescentes y adultos, produce salud mental.

3.1.7. Resiliencia y Familia

Es un factor preponderante en la formación de personas sanas física y psíquicamente, pero este modelo de familia es el clásico y las condiciones en que se desenvuelve la sociedad no son las apropiadas para que esto sea un bien común.

Si un niño tiene sus necesidades básicas llenas, tiene más opciones de éxito en el futuro, si a esto le añadimos el contacto físico, las caricias y el respeto de sus padres o familiares, su desarrollo en todos los aspectos será armónico.

Pero en el caso de la resiliencia, ella busca restituir corazones heridos y darles la posibilidad de emprender un proceso de rehumanización en los niños de la calle, en los refugiados, en las mujeres mal tratadas, en los grupos que han sufrido la crueldad institucionalizada para la formación de familias resilientes impulsadas por promotores sociales, de salud, voluntarios, expertos en educación y en desarrollo.⁸

⁸Cyrulnik, Boris. Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida, Barcelona, Gedisa, 2002.

3.1.8. Resiliencia y comunidad

Se trata de una concepción latinoamericana desarrollada teóricamente por Néstor Suárez Ojeda (2001), a partir de observar que cada desastre o calamidad que sufre una comunidad, que produce dolor y pérdida de vidas y recursos, muchas veces genera un efecto movilizador de las capacidades solidarias que permiten reparar los daños y seguir adelante. Esto permitió establecer los pilares de la resiliencia comunitaria: autoestima colectiva, que involucra la satisfacción por la pertenencia a la propia comunidad; identidad cultural, constituida por el proceso interactivo que a lo largo del desarrollo implica la incorporación de costumbres, valores, giros idiomáticos, danzas, canciones, etcétera, proporcionando la sensación de pertenencia; humor social consistente en la capacidad de encontrar la comedia en la propia tragedia para poder superarla; honestidad estatal, como contrapartida de la corrupción que desgasta los vínculos sociales; solidaridad, fruto de un lazo social sólido que resume los otros pilares.⁹

3.1.9. Resiliencia y Educación

La cuestión de la educación se vuelve central en cuanto a la posibilidad de fomentar la resiliencia de los niños y los adolescentes para que puedan enfrentar su crecimiento e inserción social del modo más favorable.

Lamentablemente, en las escuelas como ocurre también en salud, habitualmente se pone el mayor empeño en detectar los problemas, déficit y falencias, en fin, en lugar de buscar y desarrollar virtudes y fortalezas. Por eso y para empezar, una actitud constructora de resiliencia en la escuela implica buscar todo indicio previo de resiliencia, rastreando las ocasiones en las que tanto docentes como alumnos sortearán, superarán, sobrellevarán o vencerán la adversidad que enfrentan.

El Informe Delors de la UNESCO de 1996 especificó como elementos imprescindibles de una política educativa de calidad, la necesidad de que ésta

⁹Manciaux, Michel (comp.), La resiliencia: resistir y rehacerse, Barcelona, Gedisa, 2003.

abarque cuatro aspectos: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a convivir con los demás y aprender a ser. Los dos primeros aspectos son los que se enfatizan tradicionalmente y se trata de medir para justificar resultados. Los dos últimos son los que hacen a la integración social y a la construcción de ciudadanía. Para el desarrollo de los últimos y también de los primeros, sirven los programas que promueven la resiliencia en las escuelas y establecimientos de salud.¹⁰

La construcción de la resiliencia en ambas instituciones implica trabajar para introducir los siguientes seis factores constructores de resiliencia:

1. Brindar afecto y apoyo proporcionando respaldo y aliento incondicionales, como base y sostén del éxito académico. Siempre debe haber un "adulto significativo" en la escuela y/o establecimiento dispuesto a "dar la mano" que necesitan los alumnos y personas adultas mayores para su desarrollo educativo, social y su contención afectiva.
2. Establecer y transmitir expectativas elevadas y realistas para que actúen como motivadores eficaces, adoptando la filosofía de que "todos los alumnos pueden tener éxito".
3. Brindar oportunidades de participación significativa en la resolución de problemas, fijación de metas, planificación, toma de decisiones (esto vale para los profesionales de la salud para los docentes, los alumnos y, eventualmente, para los padres). Que el aprendizaje se vuelva más "práctico", el currículo sea más "pertinente" y "atento al mundo real" y las decisiones se tomen entre todos los integrantes de la comunidad educativa. Deben poder aparecer las "fortalezas,, o destrezas de cada uno.
4. Enriquecer los vínculos pro-sociales con un sentido de comunidad educativa. Buscar una conexión familia-escuela positiva.
5. Es necesario brindar capacitación al personal sobre estrategias y políticas de aula y de salud que trasciendan la idea de la disciplina como un fin en sí

¹⁰Henderson Nan y NULSTEE Mike. Resiliencia en la escuela, Buenos Aires, Paidós, 2003.

mismo. Hay que dar participación al personal, a los alumnos y, en lo posible, a los padres, en la fijación de dichas políticas. Así se lograrán fijar normas, límites claros y consensuados.

6. Enseñar "habilidades para la vida": cooperación, resolución de conflictos, destrezas comunicativas, habilidad para resolver problemas y tomar decisiones, etcétera. Esto sólo ocurre cuando el proceso de aprendizaje está fundado en la actividad conjunta y cooperativa de los estudiantes y los docentes.

3.1.10. Categorización de sujetos respecto de la resiliencia

Se categorizan los sujetos en no-resilientes y pro-resilientes, existiendo una gradación intermedia. Se observa que a mayor actividad cognitiva y a mayor capacidad intelectual aumenta la resiliencia, no sólo emocional, sino de las neuronas de los sujetos. Ciertamente que no es absoluta la relación «mayor nivel intelectual = mayor resiliencia», pero estadísticamente es muy frecuente. El sujeto con mayores conocimientos y mayor capacidad intelectual puede procesar y elaborar más eficazmente los traumas y los factores distresantes¹¹.

Ante situaciones de catástrofe (natural o provocada por el ser humano) se debe considerar la formación de las llamadas comunidades resilientes y para éstas un tratamiento específico. Teniendo en consideración que la resiliencia psíquica es el resultado de múltiples procesos que contrarrestan las situaciones nocivas, se trata de una dinámica en la cual se podrían señalar las siguientes etapas:

- Defensa y protección
- El equilibrio que enfrenta a la tensión
- Compromiso y desafío
- La superación
- La significación y valoración
- La positividad de sí mismo

¹¹Melillo, Aldo y Suarez Ojeda, Néstor. *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas, (comps)*., Buenos Aires, Paidós, 2001,

- La responsabilización
- La creatividad

Clínicamente se hace una diferenciación neurobiológica entre las personalidades no-resilientes y las pro-resilientes en situaciones de estrés postraumático. En los sujetos no-resilientes o poco resilientes se observan fenómenos llamados de alta *callmemory*; tal *callmemory* se define por la frecuencia e intensidad en que se reactiva en la memoria consciente el momento traumático o altamente distresor. Desde la perspectiva clínica, tales reminiscencias traumáticas se pueden presentar como *flash-backs* o como pensamientos intrusivos, siempre de modo compulsivo.¹²

La investigación neurológica ha demostrado que tales evocaciones del trauma se generan con activaciones autónomas de diversas partes del cerebro, en especial las de la memoria y las de vigilancia, es decir, región es del cerebro tales como los núcleos de la amígdala, el lugar azul o locus coeruleus, el hipocampo, y luego el neocórtex.

3.1.11. Neuroquímica

El distrés (sufrimiento psicológico) provoca en el sujeto modificaciones bioquímicas que son perceptibles en los análisis.

El cortisol está vinculado con un incremento de la vigilancia o el estado de alerta, así como de la atención focal. Por otra parte, el exceso de cortisol implica déficit en el desarrollo, la reproducción y en respuestas inmunes adecuadas. En síntesis: el cortisol atenta contra la resiliencia. La testosterona, en sujetos (cualquiera que sea su sexo) bajo distrés, disminuye la tasa de testosterona; tal disminución de la testosterona implica un menor grado de autoconfianza, disminución de la proactividad, reducción de la capacidad de atención, incremento de la depresión anímica, menor capacidad para efectuar pensamientos asertivos o creativos, o dificultad para buscar y encontrar

¹²Vera Poseck, Beatriz. Carbelo Baauero. Beañón v Vecina Jiménez. M' Luisa (2006): "La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento Dostraurnatim). *Papeles del Psicólogo*, vol. 27, n° 1. 40-49

soluciones o para ejercer el llamado pensamiento lateral. Las observaciones indican que la tasa de cortisol aumenta en la medida en que se incrementa el estrés negativo (distrés), si bien tiende a recuperar su nivel, normal cuando cesa el distrés, pero tal homeostasis no ocurre con la testosterona. El distrés crónico produce un descenso de la tasa de testosterona y, una vez cesado el distrés, se mantiene baja la tasa sin una readaptación compensatoria. Esto explicaría (al menos parcialmente) lo observado en gente sometida a distrés intenso o crónico: poco pensamiento asertivo, poca creatividad, poca proactividad, frecuencia de ideas estereotipadas ("repetición de esquemas"), así como disfunciones sexuales. La galanina, originada en los intestinos, se distribuye luego por las arterias y vasos sanguíneos y llega así al sistema nervioso central, disminuyendo el riesgo de isquemias, principalmente de aquellas que pueden afectar la región prefrontal del cerebro, así como el hipocampo, hipotálamo, amígdala y locus coeruleus. Por tal motivo, al proteger los tejidos cerebrales, se observa que la galanina favorece la resiliencia.¹³

3.1.12. Lo que hace resiliente a las personas

Existen factores internos como la autoestima, el optimismo, la fe, la confianza en sí mismo, la responsabilidad, la capacidad de elegir o de cambio de las competencias cognoscitivas.

Una vez fortalecidos estos aspectos, que se conjugan en lo que llamamos espíritu, se refuerzan las posibilidades del grupo de apoyar a las personas como seres humanos íntegros, seguros y capaces de salir adelante. Por ello, es importante, además de desarrollar factores internos, afianzar los apoyos externos. Sin embargo, si la autoestima es baja o no se conjuga bien con las destrezas sociales, o si la esperanza en uno mismo no fluye o no se canaliza de la mejor manera y si se le quita al individuo el apoyo externo vuelven a derrumbarse.

A continuación detallamos diez puntos que fortalecen internamente el poder personal:

¹³Vera Poseck. Beatriz. Resistir y rehacerse: Una reconcentualización de la experiencia traumática de la psicología positiva, en Revista de Psicología Positiva, 2004; 1.

1. Trato estable con al menos uno de los padres u otra persona de referencia.
2. Apoyo social desde dentro y fuera de la familia
3. Clima educativo emocionalmente positivo, abierto, orientador y regido por normas.
4. Modelos sociales que estimulen un conductismo constructivo.
5. Balance de responsabilidades sociales y exigencia de resultados.
6. Competencias cognoscitivas.
7. Rasgos conductistas que favorecen a una actitud eficaz.
8. Experiencia de autoeficacia, confianza en uno mismo y concepto positivo de uno mismo.
9. Actuación positiva frente a los inductores del stress.
10. Ejercicio de sentido, estructura y significado en el propio crecimiento.

Son condicionantes externos los de carácter social, económico, familiar, institucional, espiritual, recreativo y religioso, los cuales son promovidos o facilitados por el ambiente, las personas, las instituciones y las familias que intervienen en la atención, el trato y el tratamiento de los grupos e individuos que están en situación de riesgo y vulnerabilidad. Al margen de los ya mencionados, caben otros ámbitos y claves que la resiliencia genera no pocos insisten en la necesidad de contar con buenos modelos de rol en la vida diaria especialmente cuando se trata de niños, personas de las cuales los individuos u otros niños pueden aprender. En la actualidad algunos educadores han desarrollado estas técnicas con experiencias realizadas en el campo con bosques, flores y demás. También constan entre los factores externos los factores de riesgo que pueden ser muchos, los cuales vulnerabilizan la integridad psíquica, moral, espiritual y social.

No basta con compartir su cotidianidad y diluirse en ella, ni reflexionar su problemática identificando los factores de riesgo que los llevó a tomar esta opción, pues sería vulnerabilizar aún más sus condiciones de vida, sobre todo se fomenta una doble estigmatización, marcándoles con una etiqueta como de

callejero, drogadicto, etc.

En estos casos para Freire, un investigador Guatemalteco, es la luz interior la que en determinados casos sirve para determinar una decisión y tomar una oportunidad privilegiada que se presenta en el momento justo. Esto representa fortalecer los factores de protección que promueve la resiliencia, revalorizando el potencial interno y externo de cada persona para reconstruir su proyecto de vida personal y comunitaria.

Se puede considerar que las principales actitudes que fortalecen en los factores protectores o resilientes en los humanos son:

- Demostraciones físicas y verbales de afecto y cariño en los primeros cuatro años de vida.
- Reconocimiento y atención a sus éxitos y habilidades.
- Oportunidades de desarrollo de destrezas.
- Actitud de cultivo, cuidado y amor por parte de todos sus semejantes y especialmente de los encargados de su cuidado y protección.
- Apoyo de un marco de referencia ético, moral y espiritual.

3.2. PERFIL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

Enfermería en su quehacer profesional incorpora a los conocimientos específicos aquellos especializados sobre el proceso de envejecimiento para establecer en la persona mayor y en su entorno la condición que permitan:

- aumentar las conductas saludables;
- minimizar y compensar las pérdidas de salud y las limitación relacionadas con la edad;
- proveer comodidad durante los eventos de angustia y debilidad en la vejez, incluyendo el proceso de la muerte; y
- facilitar el diagnóstico, alivio y tratamiento de la enfermedad que ocurren en la vejez.

Este es un proceso de recolección de información relevante sobre la salud integral del adulto mayor sirve como punto de partida para la implementación del cuidado de enfermería. Al decir integral¹⁴, se entiende que debe obtenerse información sobre las capacidades funcionales, el estilo de vida, los valores y creencias respecto a la salud, la familia y la comunidad. Alguna de la información necesaria puede, en ocasiones, obtenerse de otros trabajadores de la salud pero debe tratar de no ser un duplicado de otras evaluaciones.

La valoración de la enfermería debe, contribuir a dar una visión completa de cómo el adulto mayor se desenvuelve en sus actividades diarias tomando en cuenta no solo al individuo sino a la familia y a la comunidad. Para esta valoración el profesional de enfermería utilizará la entrevista, el examen físico, la observación y la información que obtenga el resto del personal del equipo de atención. Esta valoración debe estar centralizada en las necesidades del anciano:

Para tener éxito en esta primera etapa, es necesario que enfermería establezca una adecuada comunicación, la cual depende de muchos factores, entre los que están: la actitud del propio profesional de enfermería el ambiente donde se desarrolla la valoración y la manera como el recibe la comunicación.

La valoración debe realizarse dentro de un marco de respeto, evitando los estereotipos, tales como: el infantilismo (pensamiento equivocado de que el adulto mayor es similar a un niño) la presunción de que oyen poco y hay que gritarles a todos, que están dementes, etc.

No existe una fórmula rígida para la valoración de un adulto mayor; esta debe ser centrada en la persona.

Reconociendo su individualidad y también la heterogeneidad de este grupo de población. Hay que recordar que los adultos mayores traen con ellos una historia de una vida llena de eventos, de personas, de ambientes y de interacciones que, les hacen reaccionar de una manera muy particular.

¹⁴ CATTORINE, P. Calidad de Vida en los últimos Instantes en Medicina y Ética. Madrid, 1995. pág. 42.

3.2.1. Dimensión Biofísica

En esta área, la enfermera debe evaluar los siguientes aspectos: el bienestar, la nutrición, la función circulatoria y la hidratación, la continencia, la funcionalidad y la independencia, la función sensorial y la función cognitiva.

- **Bienestar:** Existe un aforismo que dice que el profesional de enfermería "cura a veces, alivia a menudo, pero brinda bienestar siempre"; esto se refiere a que, sin importar el estado del paciente y su pronóstico, el profesional de enfermería tiene a responsabilidad de velar por su bienestar; aquí se debe valorar la presencia de dolor y sus características (incluyendo qué impacto tiene sobre el área afectiva del adulto mayor), el cuidado personal y la higiene, el estado y cuidado de la piel (haciendo énfasis en la búsqueda temprana de lesiones), la valoración del aparato buco-dental, (específicamente en su funcionalidad) y las alteraciones del sueño.¹⁵
- **Nutrición:** En esta área se debe reunir información sobre la capacidad funcional para alimentarse; las fuentes de obtención de alimentos; sus actitudes, preferencias y hábitos; disponibilidad; evacuaciones y detección de problemas (constipación, diarrea, intolerancias etc.).
- **Función Circulatoria e Hidratación:** Debe reunirse información sobre el estado hemodinámico y de hidratación, tanto buscando problemas de déficit como de exceso; es aquí donde se incluyen las mediciones vitales, la evaluación de la capacidad física y el balance de fluidos.
- **Continencia:** Esta parte cobra especial importancia dada la trascendencia que tiene este aspecto sobre la calidad de vida del a adulto mayor; debe investigarse lo relativo a la continencia urinaria y fecal, y a los factores condicionantes y derivados; es decir, las circunstancias, actitudes e implicaciones personales, familiares y sociales.

¹⁵ CATTORINI, P. Op. cit. pág 91

- **Funcionalidad e independencia:** El mantenimiento de la independencia y funcionalidad son quizá el objetivo primordial del cuidado de enfermería es por eso que durante la valoración se debe prestar especial atención a este aspecto para poder utilizarlo en el diseño adecuado de la intervención. La funcionalidad puede verse desde muchas perspectivas; es indudable que ésta depende no sólo de factores físicos, sino que también la conforman elementos psicológicos y sociales.

Existen diferentes instrumentos y escalas para la valoración de funcionalidad e independencia, pero posiblemente uno de los más utilizados sea la escala de Katz y colaboradores (1963), que mide 6 diferentes funciones y da un puntaje de acuerdo al desempeño individual; las áreas evaluadas son: bañarse, vestirse, ir al baño, levantarse de la cama, alimentarse y la continencia. A estos aspectos investigados se les puede agregar, según sea el caso, elementos menos críticos, pero no menos importantes, tales como: salir de casa, uso de transporte, preparación de alimentos, tareas domésticas, responsabilidad en su medicación y habilidad para el manejo de sus finanzas.

- **Función sensorial:** Esta debe evaluarse tomando en cuenta los cambios normales que ocurren en los sentidos con el incremento de la edad. La información que de aquí se desprenda tiene enorme importancia, no solo para la detección temprana de problemas, sino también para la planificación de la intervención, eligiendo las vías de comunicación más adecuadas. Generalmente, los datos se obtienen durante la entrevista, y se apoyan con exámenes realizados por otro personal de apoyo o el propio profesional de enfermería.¹⁶
- **Función cognitiva:** La valoración del estado cognitivo incluye la evaluación de la memoria, la orientación, el cálculo, la concentración y el juicio; además, evalúa el área afectiva. La mayoría de las pruebas psicométricas son imprácticas y difíciles de administrar al adulto mayor, ya que éste está sujeto a fácil fatigabilidad, deterioro sensorial o malestar. Por esta razón se han desarrollado pruebas sencillas

¹⁶ QUINTEROS, Marcial Cira. Enfermería Gerontológica, Venezuela, 1997. Pág 38

que miden diversos atributos de la función cognitiva. La crítica que se le hace a estas pruebas es que introducen sesgo, particularmente con variables como el nivel educacional, la esfera de los intereses personales y los factores ambientales. Otras circunstancias que pueden afectar la validez de las pruebas para evaluar el estado mental incluyen: el uso de drogas, problemas de comunicación (como las afasias), diferencias étnicas y culturales y barreras de lenguaje.

Entre las pruebas sencillas más usadas está el Mini-Examen del Estado Mental¹⁷ el cual evalúa la orientación, el registro en la memoria, la atención y el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la habilidad para seguir una orden. Por tener una parte de escritura y lectura, esta prueba puede ser difícil para los adultos mayores iletrados, y aquellos con problema motor en las extremidades superiores o con algún problema visual. Otra prueba utilizada es el Cuestionario Portátil Corto del Estado Mental¹⁸, que consiste en preguntas que evalúan la memoria remota la conciencia sobre eventos actuales y la habilidad matemática] esta prueba incorpora un ajuste a la puntuación por el nivel educacional.

Existen muchas otras pruebas para realizar la evaluación cognitiva sin embargo, debe intentarse validar un instrumento que se adecue a las condiciones locales. Esto es cierto también para los instrumentos que evalúan la esfera afectiva, como las pruebas de depresión, las cuales también deben sufrir una adaptación y/o validación a la realidad local.

3.2.2. Dimensión Psicosocial.

Las áreas a evaluar en esta dimensión son: la autoestima, la interacción social y la actitud ante las pérdidas y ante la muerte.

- **Autoestima:** Se define como el concepto que una persona tiene sobre sí misma; sus determinantes pueden ser de dos categorías: externas o internas es decir, la autoestima. emana de pensamientos y sentimientos internos o de la interacción

¹⁷ FOLSTEIN y Col. 1995

¹⁸ PFEIFFER, 1986

con el medio. Muchos de los factores contribuyentes a los problemas en la autoestima observados en el adulto mayor, pueden ser asociados con cambios físicos, enfermedades crónicas o agudas, bienestar psicológico, ambiente y actitudes sociales. La enfermera debe estar alerta buscando evidencia de problemas en la autoestima, traducidos en conductas tales como: pobre higiene personal, descuido en general, expresión triste o manifestaciones verbales de minusvalía.

- **Interacción Social:** Es un proceso natural a través del cual el adulto mayor del algún tipo de relación con la sociedad en la que se desenvuelve; como todo proceso, este es dinámico y en constante cambio. Existen factores que producen disminución en los contactos sociales del adulto mayor y que pueden conducir al aislamiento; entre los factores mencionados se citan los siguientes cambios biológicos como déficit sensoriales y disminución de la actividad física; problemas de la función cognitiva la percepción y el manejo de información: cambios socioculturales; tales como disminución de su poder adquisitivo, cambio de vivienda, desorganización de su familia, pérdida del contacto con amigos, etc. La evaluación de la interacción social del adulto mayor debe ser parte del trabajo del profesional de enfermería gerontológica con el fin de tener una idea integral de la salud del adulto mayor.
- **Pérdidas:** El inundo del adulto mayor está asociado a un proceso de pérdidas en todas las esferas que lo integran, pérdidas que lo afectan y lo pueden conducir a estados de crisis. A este respecto, Robert Butler señala que las manifestaciones de la vejez son reflejos de las enfermedades padecidas, de las pérdidas sufridas y de los efectos socioculturales producidos durante toda la vida.

Las pérdidas sociales que ocurren durante el ciclo vital de una persona pueden ser, entre otras, de tipo familiar, social o laboral. El adulto mayor puede perder status social, amigos, cónyuge, ingresos, posición dentro de la estructura

familiar y posesiones materiales; si esta situación ocurre, es muy factible que se produzcan cambios en su estilo de vida, se originen períodos de soledad y de aislamiento, de depresión, de frustración y de sensación de malestar general.

El resultado final de todas esas pérdidas se refleja en la disminución de la autoestima, de la autosuficiencia y de la capacidad de tomar decisiones y de controlar su propia vida. Esos efectos producen inercia y disminuyen la capacidad mental y en ocasiones originan crisis autodestructivas, reacciones paranoicas, cuadros, hipocondríacos, insomnio y ansiedad. Esta situación frecuente recalca la necesidad de reevaluar la función práctica de la enfermería en la atención del adulto mayor, la cual se ha basado tradicionalmente en el enfoque curativo. Es necesario impulsarla hacia el enfoque de promoción de la salud, considerando las áreas biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales como elementos de equilibrio necesario para alcanzar el bienestar. La atención del adulto mayor es usualmente a largo plazo; se trata de brindarle una vida de calidad, no necesariamente prolongada, en la que pueda utilizar al máximo sus capacidades físicas, psicológicas y sociales y hacer uso del apoyo que le brindan los familiares y amigos hasta el final de su vida.¹⁹

Como otra de sus funciones, la enfermería gerontológica debe fomentar la empatía y la capacidad del equipo de salud para ayudar al adulto mayor a enfrentar, manejar y compensar las pérdidas de orden físico, social, económico, afectivo, espiritual y otras que generalmente debe afrontar.

El adulto mayor es una persona con capacidad para pensar, razonar, sentir y producir; con experiencia y sabiduría acumulada a través del tiempo; quien ha formado una familia, colaborado corra la sociedad y la vida comunitaria y, por tanto, con derecho a que el sistema social, de atención de salud y de otros sectores relacionados. Le brinden 1a oportunidad de vivir una vejez participativa, digna y plena.

¹⁹ COPPARD, Larry. La Autoatención de la Salud y los Ancianos. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica. Washington, 1995

El profesional de enfermería gerontológica debe valorar el grado de adaptación a las pérdidas que ha experimentado el anciano, para poder en el futuro diseñar un plan particularizado de acción

- **Muerte:** Tanto el proceso de envejecimiento como el de muerte, son eminentemente individuales. Las personas envejecen de diferente manera y experimentan los procesos de agonía y muerte de forma distinta. La persona de edad avanzada se acerca a la muerte de acuerdo con su bagaje de experiencias, actitudes, circunstancias y aspiraciones que todavía pudiera albergar en cuanto al porvenir.

La atención integral del adulto mayor demanda que el personal de salud gerontológica y especialmente el de enfermería, tenga un claro entendimiento de los procesos de envejecimiento y de muerte. Es conveniente recordar que durante la vejez las necesidades psicológicas son usualmente mayores que las físicas.

Cabe notar que, en general, la persona mayor trata de que su muerte no sea dolorosa para los familiares, amigos y personal de salud; así, evita generalmente hablar de los temores, dudas y angustias que le invaden frente a la inminencia de un hecho ineludible.

La muerte puede significar para ella la pérdida del alma, de la esencia de su ser único y singular, de las sustancias vitales: el oxígeno y la sangre; de su integridad corporal, de su unidad bio-psico-cultural y espiritual y, finalmente, de su conciencia y su capacidad de interacción; estas pérdidas anuncian el proceso final y definitivo de la muerte. La esperanza en cuanto a la vida más allá del mundo en que vivió, depende de las creencias y valores que la persona haya sostenido durante su vida.

Es probable que al reflexionar sobre la muerte como un proceso inevitable, el adulto mayor aprenda a enfrentarla y aceptarla con serenidad. La investigación sobre la actitud ante la inminencia de la muerte ha servido como base para anticipar tres tipos de reacciones:

- a) La actitud de las personas mayores que esperan la muerte sin gran inquietud; estas son personas generalmente dispuestas a hablar de la muerte y aun de la suya propia; dan la impresión de ser muy realistas;
- b) La actitud de las personas que ven la muerte como un hecho muy lejano, remoto, que no les atañe; y
- c) La actitud de las personas que reaccionan frente a la probabilidad de la muerte de manera altamente emotiva; este grupo, usualmente el más reducido, está formado por personas que generalmente tuvieron problemas para enfrentar situaciones críticas durante su vida.²⁰

Esta clasificación brinda al personal de atención de salud gerontológica una base para predecir la norma en que la persona de edad avanzada probablemente enfrentará la muerte y, en consecuencia, le permite planificar e instrumentar sus cuidados en forma individual. Se ha determinado que el adulto mayor tiene menos temor a la muerte misma que morir solo, desamparado y con intenso dolor físico y que generalmente se angustia más ante la probabilidad de muerte de un familiar que de la suya misma.

La comunicación sin palabras, silenciosa, oyendo al adulto mayor hablar de sus ansiedades, temores y angustias por los seres queridos que deja atrás, de sus dudas en cuanto a una vida más allá, constituye la comunicación empática que sólo requiere tiempo y comprensión. Las creencias filosóficas y religiosas del adulto mayor, sus valores y experiencias, son recursos que le ayudan a disminuir sus temores acerca de la enfermedad y de la muerte.

3.2.3. Necesidades de su entorno - Espiritual

Esta parte de la valoración trata de integrar el conocimiento obtenido sobre aspectos individuales del adulto mayor con el medio que lo rodea; hay que reconocer que esta interacción es extremadamente compleja y que depende de muchos factores, pero en el ánimo de no perder de vista la limitación a la que el personal de salud se

²⁰ QUINTEROS, M. Op.cit. pág 104

ve sujeto, la valoración del entorno del adulto mayor debe tener, por lo menos, los siguientes elementos: la familia, la vivienda, los ingresos y los servicios comunitarios.

- **Familia, vivienda e ingresos:** La investigación por parte de la enfermería debe incluir la posesión de una familia, quiénes la componen, el tipo de relación que se observa, la ayuda que le prestan al adulto mayor las condiciones del hábitat, el tipo de propiedad sobre la vivienda y el ingreso económico. Muchas veces esta información puede ser obtenida por otro personal del equipo de salud; sin embargo, el profesional de enfermería debe conocerla como parte de la valoración integral.
- **Servicios comunitarios:** Esta valoración debe incluir el conocimiento, por parte del adulto mayor, sobre la existencia de recursos comunitarios (transporte, diversión, servicios de salud, policía, bomberos, etc.). Además, se debe investigar si el ama conoce su derecho de uso de estos servicios; esta parte es muy importante para la planificación de acciones.²¹

4. Antecedentes Investigativos

4.1. Internacionales

CACERES SANCHEZ, Carolina T. E SALAS BAUTISTA Mayra. Colombia (2009). La Resiliencia Como Alternativa Terapéutica en Paciente Adulto Mayor. Conclusiones: El enfoque que maneja la psicología positiva supone un giro importante en las creencias que estudiadamente humana, ya que a diferencia de la psicología tradicional esta, trata los problemas mentales desde la fortaleza del individuo dirigiendo su atención a aquellas características que permitan al ser humano aprender, disfrutar y encontrar un sentido de vida en medio de las adversidades. Desde el punto de vista terapéutico esta corriente propone tratamientos positivos denominados como, aquellos que promueven los niveles de bienestar biospico-social y elevan las fortalezas de las personas para abordar la enfermedad, compensándola es decir trabajar en un equilibrio dinámico que busque fortalecer, aquellos aspectos resilientes o factores

²¹ DOMÍNGUEZ-ALCON. Los Cuidados y la Profesión de Enfermería. España. 1996. pág 73

protectores en los pacientes adultos mayores. La psicología positiva no busca reemplazar los modelos basados en las debilidades, al contrario se remonta en el pilar de la fortaleza, buscando que se le reconozca como una corriente viable en la cual se puedan establecer nuevos caminos en el tratamiento de los pacientes con enfermedades.

SAAVEDRA Eugenio, CASTRO Ana HINOSTROZA Alejandra. Chile (2012) Niveles de Resiliencia en Adultos Diagnosticados con y sin Depresión. El presente estudio describe los resultados obtenidos en torno a los niveles de resiliencia, en dos grupos de adultos de la VI, VII, y VIII regiones de Chile. El primer grupo conformado por sujetos diagnosticados con depresión y el segundo grupo sin ese diagnóstico. La muestra total fue de 126 sujetos, a los que se les aplicó la Escala de Resiliencia para jóvenes y adultos SV-RES (Saavedra y Villalta, 2008). Entre los resultados más relevantes, destaca la fuerte diferencia encontrada entre el grupo con diagnóstico de depresión y el grupo sin ese diagnóstico. Del mismo modo se apreciaron diferencias por grupos de edad. No se describen diferencias por sexo.²²

ARMIJOS PAZMIÑO María Lorena. Ecuador (2011). Factores asociados a resiliencia en adultos mayores institucionalizados o que son pacientes de un hospital geriátrico de la ciudad de Quito, de julio a agosto del 2011. Facultad de Medicina. Quito. PUCE. 156 p. A lo largo de la vida aparece toda una gama de acontecimientos significativos que van moldeando al sujeto, de manera que pueda adecuarse a las condiciones que le rodean. En la magnitud con que estos mecanismos adaptativos sean puestos en práctica se desarrollará la capacidad de resiliencia. Una habilidad primordial para lograr una buena calidad de vida, fuertemente anhelada por la población de adultos mayores; en quienes los cambios de la vejez prueban al máximo su cualidad para enfrentar exitosamente las adversidades. Material y Métodos: Ciento tres ancianos del Hospital del Adulto Mayor, así como cuarenta y cuatro institucionalizados en el Hogar Corazón de María fueron escogidos por estar libres de deterioro cognitivo clínicamente significativo; evaluado por el Mini-Mental State Examination. Los participantes fueron entrevistados por aproximadamente 30 minutos con dos

²²<http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/265/9%20SEGUN%20APA..%20CORRECCI%C3%93N.pdf>

propósitos: Grabar una conversación en la que expusieran su sentir sobre el tema de la resiliencia aplicada a sus experiencias en esta etapa de la vida y completar las encuestas conformadas por: el Test de Wagnild y Young, Apgar Familiar y un cuestionario sobre variables demográficas, con la finalidad de determinar los factores asociados a Resiliencia.²³

4.2. Nacionales

MATALINARES María, ARENAS I. Carlos, YARINGAÑO L. Juan, y otros. Factores Personales de Resiliencia y Autoconcepto en Estudiantes de Primaria de Lima Metropolitana. La investigación tuvo como objetivo establecer la existencia o no de relación entre los factores personales de resiliencia y el autoconcepto en estudiantes de primaria de Lima Metropolitana. Se evaluó a 420 estudiantes, de ambos sexos, cuyas edades fluctuaban entre 10 y 12 años, que cursaban el quinto y sexto grado de primaria, procedentes de diferentes centros educativos estatales de Lima Metropolitana, a quienes se aplicó el inventario de Factores personales de resiliencia propuesto por Salgado (2005) y el Cuestionario de Autoconcepto Garley propuesto por Belén García, adaptado a nuestra realidad para efectos de la investigación. Los resultados mostraron que existe correlación entre los factores personales de resiliencia y autoconcepto. Se reporta una relación entre los factores autoestima y empatía con todos los componentes del autoconcepto. Al comparar el autoconcepto de varones con mujeres se encontró diferencias significativas en los componentes físico, social y familiar a favor de las mujeres. Por último, al comparar varones y mujeres en los factores de resiliencia se encontró diferencias significativas a favor de las mujeres en autoestima, empatía y resiliencia.²⁴

4.3. Locales

GARCÍA PAREDES, Ivette I. y BENGUA URIZAR Claudia P. Arequipa (2013) Relación de las Características Sociodemográficas con el Nivel de Resiliencia en pacientes con cáncer diagnosticados en la Liga de Lucha contra el Cáncer. Arequipa 2013. Concluyeron que: Los pacientes con diagnóstico de

²³<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/4508>

²⁴http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v14_n1/pdf/a12.pdf

cáncer en proceso de tratamiento, de la liga de lucha contra el Cáncer, presentan en una cuarta parte alto nivel de resiliencia, en una segunda cuarta parte, nivel moderado y en más de la mitad, nivel escaso. Las características sociodemográficas que presentan los pacientes con diagnóstico de cáncer son: edad que corresponde al adulto maduro y adulto mayor, género femenino, buen nivel de instrucción, con ocupaciones de trabajo independiente, empleado y de su casa; de estado civil casado/a, procedente de familias integradas, con un tiempo de enfermedad de meses a tres años y en una mayoría con tratamiento de más de dos tipos (quimioterapia-radioterapia y cirugía). Los pacientes diagnosticados con cáncer en la Liga de Lucha Contra el Cáncer tienen características sociodemográficas que no se relacionan con los niveles de resiliencia.²⁵

5. HIPÓTESIS

Dado que cada una de las etapas de nuestro crecimiento y desarrollo responde no solo a nuestra genética sino al ambiente donde nos desenvolvemos y actuamos mediante actitudes, acciones y formas de resiliencia en un determinado ambiente social.

Es probable que los factores sociales y culturales del ambiente en que se desenvuelven los adultos mayores influyan en su grado de resiliencia.

²⁵http://cybertesis.ucsm.edu.pe/bibl_virt/

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

Como técnica se usó a la Encuesta y como instrumentos: Escala de Resiliencia y Wagnild y Young y la Ficha de Recolección de Datos

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

Se realizó en el Centro de Salud de Miraflores de Arequipa, ubicado en la Av. San Marín 1216, brinda atención al adulto mayor.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio se realizó entre los meses de Agosto a Diciembre 2013.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

En la presente investigación, las unidades de estudios son los adultos mayores que acuden al Club del Adulto Mayor del Centro de Salud de Miraflores. Que además cumplan con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos mayores de ambos géneros
- Participación voluntaria en el estudio

Criterios de exclusión

- Pacientes con trastornos del sensorio
- Fichas de encuestas mal llenadas o incompletas

2.3.1. Universo

El universo está conformado por 26 adultos mayores pertenecientes al Club del Centro de Salud Miraflores, en los meses de julio a noviembre del 2013.

Muestra: La muestra final quedó conformada por 26 adultos mayores, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

- a. Se realizaron las coordinaciones con la Facultad de Enfermería y el Director del Centro de Salud de Miraflores, para obtener la autorización para la realización del estudio.
- b. Se contactó a los pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud de Miraflores, para explicar el motivo del estudio y solicitar su participación voluntaria con la firma del consentimiento informado.
- c. Se aplicó un cuestionario para recoger variables relacionadas al paciente, sus características familiares y su enfermedad, y la escala de Wagnild – Young.
- d. La Escala fue elaborada para identificar el grado de resiliencia individual en adultos, y consta de 25 ítems reactivos que son puntuados en una escala con formato tipo Likert de 7 puntos, siendo todos los ítems calificados positivamente, fluctuando los puntajes entre 25 a 175 puntos. Cubre cinco (05) áreas o perspectivas de la resiliencia: Satisfacción personal (4 ítems), ecuanimidad (4 ítems), sentirse bien sólo (3 ítems), confianza en sí mismo (7 ítems), perseverancia (7 ítems) y satisfacción personal (4 ítems)

En el Perú, la Escala original fue adaptada y analizada psicométricamente por Novella (2002) quien obtuvo un coeficiente alfa, una consistencia estadísticamente interna global de 0.875 y correlaciones ítem-test que fluctúan entre 0.18 a 0.63, siendo todos los coeficientes estadísticamente significativos al nivel del 0.01 ($p < 0.01$). (Chi cuadrado)

Los factores que evalúa la escala de Resiliencia son (10):

- a) Ecuanimidad: Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.

- b) Perseverancia: Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina.
 - c) Confianza en sí mismo: Habilidad para creer en sí mismo, en sus capacidades.
 - d) Satisfacción personal: Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta.
 - e) Sentirse bien sólo: Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.
- Concluida la recolección de datos se procederá a la tabulación, análisis e interpretación de los mismos.
 - Se procederá a la elaboración de los cuadros estadísticos y elaboración de las gráficas correspondientes. El análisis estadístico consistirá en la determinación de las frecuencias y porcentajes.
 - Se presentará las conclusiones del trabajo.

3.2. CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN

Los 25 ítems puntuados en una escala de formato tipo Likert de 7 puntos donde: 1, es máximo desacuerdo; 7, significa máximo de acuerdo. Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem; y a todos los que son calificados positivamente de entre 25 a 175 serán puntajes indicadores de mayor resiliencia. Se tomará como un nivel de resiliencia. Alta aun puntaje mayor de 145, resiliencia moderada, puntaje entre 121-145 y escasa resiliencia a un puntaje menor de 121.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

- **Análisis estadístico**

Se empleó estadística descriptiva con determinación de medidas de tendencia central (promedio). Las variables categóricas se presentan como frecuencias relativas. La asociación de variables independientes múltiples (nominales y ordinales) con una variable independiente nominal se estableció con el análisis de regresión logística multivariada. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSS v. 19.0



CAPITULO III

RESULTADOS

I. FACTORES SOCIOCULTURALES

TABLA N° 1

**ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN EDAD, CENTRO DE SALUD
DE MIRAFLORES, AREQUIPA, 2013**

EDAD	N°	%
60 – 69 años	10	38
70 a 79 años	7	27
80 a más años	9	35
TOTAL	26	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2013

En la tabla N° 1 se observa que, dentro del rango de edades de 60 a 80 años, los mayores porcentajes representan a los adultos mayores de 60 a 69 años y de 80 a más años de edad (38% y 35%), respectivamente.

El 27% representa a los adultos mayores con edades que oscilan entre 70 y 79 años de edad.

Predominan las edades ubicados en los extremos de la tabla (60 – 69 años y 80 a más años).

TABLA N° 2

**ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN GENERO, CENTRO DE
SALUD DE MIRAFLORES, AREQUIPA, 2013**

GENERO	N°	%
Masculino	10	38
femenino	16	62
TOTAL	26	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2013

En cuanto al género, en la Tabla N° 2 se observa que predomina el género femenino, con el 62%; el género masculino está representado por el 38%.

Relacionando estos resultados con el tema de resiliencia, las mujeres tienen mejor disposición de adaptación a las situaciones cotidianas en general.

TABLA N° 3
**ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN OCUPACION, CENTRO DE
SALUD DE MIRAFLORES, AREQUIPA, 2013**

OCUPACION	N°	%
Su casa	12	46
Jubilado	8	30
Independiente	6	24
Empleado	0	0
TOTAL	26	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2013

Los adultos mayores investigados en el 76% acumulado tienen como ocupación su casa y jubilado; solo el 24% refiere que su ocupación es el trabajo independiente.

Predomina la ocupación su casa, donde tienen la oportunidad de realizar actividades cotidianas que le permiten relacionarse entre sí.

TABLA N° 4

**ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN ESTADO CONYUGAL,
CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES, AREQUIPA, 2013**

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltero/a	1	5
Casado/a	11	42
Divorciado/a – Separado	5	19
Viudo/a	9	34
TOTAL	26	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2013

En la tabla N° 4 se observa que el mayor porcentaje (42%) de los adultos mayores, son casados; un 34% son viudos; el 19% son separados y 7o divorciados; solo un 5% son solteros.

En este sentido, cabe señalar que los adultos mayores que tienen pareja están en mayores posibilidades de enfrentar cualquier situación que se les presente por el apoyo mutuo de que gozan.

TABLA N° 5
**ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN COMUNICACION, CENTRO
DE SALUD DE MIRAFLORES, AREQUIPA, 2013**

COMUNICACION	N°	%
Amical	4	15
Sostenida	15	58
Forzada	7	27
TOTAL	26	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2013

En la tabla N° 5 se observa los resultados referentes a la comunicación de los adultos mayores en su entorno social, en donde el mayor porcentaje (58%) de ellos mantienen una comunicación sostenida, seguida del 27% que se comunican en su entorno en forma forzada; solo el 15% de los adultos mayores se comunican en forma amical.

Predomina el dialogo sostenido, que beneficia a los adultos mayores.

TABLA N° 6

**ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN RELACIONES
INTRAFAMILIARES. CENTRO DE SALUD DE
MIRAFLORES, AREQUIPA, 2013**

Relaciones Intrafamiliares	N°	%
Asertivas	8	30
No Asertivas	18	70
Total	26	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013

En la tabla N° 6 se observa que en las familias de los Adultos Mayores, las relaciones intrafamiliares en el 70%, son no asertivas en razón a que los adultos mayores se sienten solos, han perdido la confianza en sí mismos y no se sienten satisfechos en cuanto al trato que reciben por parte de sus familias. El 30% restante refiere que las relaciones intrafamiliares son asertivos.

TABLA N° 7

**ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCION,
CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES, AREQUIPA, 2013**

NIVEL DE INSTRUCCION	N°	%
Primaria	12	46
Secundaria	8	30
Superior	2	9
Iletrado	4	5
TOTAL	26	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2013

En la Tabla N° 7 se observa que los adultos mayores investigados en porcentajes relativamente alto (46% y 30%) tienen sus niveles de instrucción bueno porque cuentan con estudios de nivel primario y secundario, que sumado el 9% que representa a los adultos mayores que poseen estudios de nivel superior, el nivel de instrucción alcanzaría la categoría de muy bueno.

TABLA N° 8

**ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN AMBIENTE FAMILIAR,
CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES, AREQUIPA, 2013**

AMBIENTE FAMILIAR	N°	%
Favorable	13	50
Aceptable	3	12
Desfavorable	10	38
TOTAL	26	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2013

En la tabla N° 8 se observa que en el 50%, los adultos mayores refieren que en su hogar hay un ambiente familiar positivo, o favorable; es decir, que el clima familiar les produce bienestar se sienten cómodos; hay un dialogo amical.

El 30% refiere que en sus hogares no gozan de un ambiente familiar favorable. El 12% corresponde a los adultos mayores cuya opinión sobre el ambiente familiar es aceptable. El 62% acumulado, se puede decir que el ambiente familiar es adecuado para los adultos mayores.

II. GRADO DE RESILIENCIA

TABLA N° 9

**ADULTOS MAYORES INVESTIGADOS SEGÚN GRADO DE RESILIENCIA.
CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013**

Grado de Resiliencia	N°	%
Alto (175 – 145 ptos)	10	38
Moderado (144 – 121 ptos)	11	42
Escaso (121 – 0 ptos)	5	20
Total	26	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013

En la tabla N° 9 se observa que del total de adultos mayores investigados, el 42% presenta grado de resiliencia moderada; el 38%, alta y el 20% escasa.

Deduciendo acerca de los resultados obtenidos se tiene que en más de la mitad, los adultos mayores sienten satisfacción personal en el entorno que los rodea, no se sienten solos, van ganando confianza en sí mismos.

Un 20% se encuentra insatisfecho y muy desconfiado.

III. INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL GRADO DE RESILIENCIA

TABLA N° 10

INFLUENCIA DEL FACTOR EDAD EN EL GRADO DE RESILIENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013

Grado de Resiliencia Edad	Alta		Moderada		Escasa		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
60 – 69 años	6	60	3	30	1	10	10	100
70 – 79 años	4	58	1	14	2	28	7	100
80 a más	0	0	7	78	2	22	9	100
Total	10	38	11	42	5	20	26	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2013

$$x^2 = 10.5 * (x^2 5\% = 9.49, GL = 4)$$

Al estudio de la tabla N° 10, se observa que del 100% de los adultos mayores de 60 a 69 años, el mayor porcentaje (60%) presentan alto grado de resiliencia y un 30%, moderada. Lo mismo se aprecia en los adultos mayores de 70 a 79 años, que del total, el más alto porcentaje (58%) representa a los adultos mayores que tienen alto grado de resiliencia. En los adultos mayores de más de 80 años, los mayores porcentajes se ubican en la categoría de moderada y escasa resiliencia.

Resultados que nos permiten deducir que el factor sociocultural. Edad influye directamente en el grado de resiliencia de los adultos mayores

TABLA N° 11

**INFLUENCIA DEL FACTOR GENERO EN EL GRADO DE RESILIENCIA EN
LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES.
AREQUIPA, 2013**

GRADO DE RESILIENCIA	ALTO		MODERADO		BAJO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
GENERO								
Masculino	4	40	4	40	2	20	10	100
Femenino	6	38	7	43	3	19	16	100
TOTAL	10	38	11	42	5	20	26	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2013

$$x^2 = 0.05 * (x^2 5\% = 5.99, GL = 2)$$

El análisis de la tabla N° 11 se tiene que del 100% de los adultos mayores del género masculino, los mayores porcentajes del 40% presentan alto y moderado grado de resiliencia, respectivamente.

En los adultos mayores del género femenino, los más altos porcentajes (43% y 38%), corresponden a los grados moderado y alto de resiliencia.

Resultados que permiten afirmar que el factor género no influye en el grado de resiliencia alcanzado por los adultos mayores.

TABLA N° 12

**INFLUENCIA DEL FACTOR OCUPACION EN EL GRADO DE RESILIENCIA
EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES.
AREQUIPA, 2013**

GRADO DE RESILIENCIA OCUPACION	ALTO		MODERADO		BAJO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Su casa	3	25	8	67	1	8	12	100
Jubilado	1	13	3	37	4	50	8	100
Independiente	6	100	0	0	0	0	6	100
TOTAL	10	38	11	42	5	20	26	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2013

$$x^2 = 23.22 * (x^2 5\% = 9.49, GL = 4)$$

En cuanto al factor ocupación, la tabla N° 12 presenta los siguientes resultados:

Del 100% de los adultos mayores que tienen como ocupación su casa, el 67% presentan moderado grado de resiliencia y el 25%, alto.

Del 100%, cuya ocupación es jubiladas, el 50% presenta bajo grado de resiliencia y el 37% moderado.

La totalidad de los adultos mayores que trabajan independientemente tienen alto grado de resiliencia.

Resultados que hacen deducir que la ocupación influye en el grado de resiliencia alcanzado por los adultos mayores.

Tanto la ocupación de su casa, como de independiente, por las características de dichas ocupaciones como la comunicación y el trato es con personas conocidas (miembros de familia y clientes) les permite tener un alto y moderado grado de resiliencia.

TABLA N° 13

**INFLUENCIA DEL FACTOR ESTADO CIVIL EN EL GRADO DE RESILIENCIA
EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES.
AREQUIPA, 2013**

GRADO DE RESILIENCIA ESTADO CIVIL	ALTO		MODERADO		BAJO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero (a)	0	0	1	100	0	0	1	100
Casado (a)	5	46	4	36	2	18	11	100
Divorciado (a)	4	80	1	20	0	0	5	100
Viudo (a)	1	11	5	56	3	33	9	100
TOTAL	10	38	11	42	5	20	26	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2013

$$x^2 = 8.81 * (x^2 5\% = 12.59, GL = 6)$$

Al análisis de la tabla N° 13, se tiene que la totalidad de los adultos mayores solteros demuestran moderado grado de resiliencia; el 46% y 33% de los casados, alto y moderado.

El 80% y 20% de los de estado civil divorciado alcanzan alto y moderado grado, respectivamente y el 56% y 33% de los viudos, moderado bajo grado de resiliencia.

De lo que se deduce que el factor estado civil no influye en el grado de resiliencia alcanzado por los adultos mayores, en razón a que los grados de resiliencia alcanzados son variados en número y porcentaje, no están sujetos a determinado estado civil.

TABLA N° 14

**INFLUENCIA DEL FACTOR COMUNICACION EN EL GRADO DE
RESILIENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO
DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013**

GRADO DE RESILIENCIA COMUNICACION	ALTO		MODERADO		BAJO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Amical	3	75	1	25	0	0	4	100
Sostenida	6	40	7	47	2	13	15	100
Forzada	1	14	3	43	3	43	7	100
TOTAL	10	38	11	42	5	20	26	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2013

$$x^2 = 6.26 * (x^2 5\% = 9.49, GL = 4)$$

En lo que se refiere a la influencia del factor comunicación, se tiene que de la totalidad de los adultos mayores que mantienen una comunicación amical y sostenida, los mayores porcentajes del 75% y 47% representan a los adultos mayores que alcanzan un alto y moderado grados de resiliencia, respectivamente; mientras que los que refieren tener una comunicación forzada, los mayores porcentajes (43%) corresponden a los grados bajo y moderado de resiliencia alcanzados.

Resultados que permiten deducir que el factor comunicación influye directamente en el grado de resiliencia de los adultos mayores investigados, en razón a que a mayor forma de comunicación (amical y sostenida) más categoría en el grado de resiliencia (alto y moderado).

En los adultos mayores con comunicación forzada, su grado de resiliencia es moderado y bajo en mayores proporciones y porcentajes.

TABLA N° 15

**INFLUENCIA DEL FACTOR RELACIONES INTRAFAMILIARES EN EL
GRADO DE RESILIENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO
DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013**

GRADO DE RESILIENCIA RELACIONES INTRAFAMILIARES	ALTO		MODERADO		BAJO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Asertivas	7	88	1	22	0	0	8	100
No asertivas	3	17	10	56	5	27	18	100
TOTAL	10	38	11	42	5	20	26	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2013

$$x^2 = 11.70 * (x^2 5\% = 5.99, GL = 2)$$

En la tabla N° 15 se observa que del 100% de los adultos mayores investigados cuyas relaciones intrafamiliares son asertivas, el más alto porcentaje (88%) corresponde al grado alto de resiliencia, siguiéndole el 22% que corresponde al nivel moderado, en tanto que del total de los adultos mayores que en sus hogares se dan relaciones intrafamiliares no asertivas, los más altos porcentajes 56% y 27% se ubican en los grados de resiliencia moderado y bajo.

Como se puede ver, el factor relaciones intrafamiliares influyen en los grados de resiliencia, en razón a que los adultos mayores con relaciones familiares no asertivas, en mayor proporción y porcentaje tienen moderado y bajo grados de resiliencia y los que tienen relaciones familiares asertivas muestran en mayor porcentaje, grados alto y moderado grados de resiliencia.

TABLA N° 16

INFLUENCIA DEL FACTOR NIVEL DE INSTRUCCION EN EL GRADO DE RESILIENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013

GRADO DE RESILIENCIA GRADO DE INSTRUCCION	ALTO		MODERADO		BAJO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	6	50	5	40	1	10	12	100
Secundaria	3	38	5	62	0	0	8	100
Superior	1	50	1	50	0	0	2	100
Iletrado	0	0	0	0	4	100	4	100
TOTAL	10	38	11	42	5	20	26	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2013

$$\chi^2 = 19.91 * (\chi^2 5\% = 12.59, GL = 6)$$

Al estudio de la tabla N° 16, se observa que del 100% de los adultos mayores con nivel de instrucción primaria, los mayores porcentajes del 56% y 40% presentan alto y moderado grados de resiliencia.

Lo mismo se aprecia en los que tienen nivel de instrucción secundaria, que del total, los más altos porcentajes (38% y 62%) representan a los que tienen moderado y alto grado de resiliencia. En los adultos mayores con nivel de instrucción superior, el 50% tiene grado alto y moderado, respectivamente.

Los adultos mayores sin instrucción, en su totalidad tiene bajo grado de resiliencia.

El nivel de instrucción de los adultos mayores si influye en el grado de resiliencia de los adultos mayores, en virtud a que en dichos mayores, la instrucción en cualquier nivel les permite altos y moderados niveles de instrucción, en tanto que no instruidos tienen bajo grado de resiliencia.

TABLA N° 17

INFLUENCIA DEL FACTOR CONVIVENCIA FAMILIAR EN EL GRADO DE RESILIENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD DE MIRAFLORES. AREQUIPA, 2013

GRADO DE RESILIENCIA CONVIVENCIA FAMILIAR	ALTO		MODERADO		BAJO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Aceptable	8	62	3	23	2	15	13	100
Favorable	2	67	1	33	0	0	3	100
Desfavorable	0	0	7	70	3	30	10	100
TOTAL	10	38	11	42	5	20	26	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2013

$$x^2 = 10.55 * (x^2 5\% = 9.49, GL = 4)$$

En la tabla N° 17 se observa que del 100% de los adultos mayores de convivencia familiar aceptable, el 62% tiene alto grado de resiliencia y el 33%, moderado.

Del total de adultos mayores de convivencia familiar aceptable, el 67% y 33% tienen grado de resiliencia alto y moderado, respectivamente.

Los de convivencia familiar desfavorable, el 70% y 30% tiene grado de resiliencia moderado y bajo, respectivamente.

Por lo tanto, el factor convivencia familiar influye en el grado de resiliencia de los adultos mayores sujetos de estudio, porque los mayores porcentajes de convivencia familiar aceptable y favorable se ubican en las categorías de alto y moderado grados de resiliencia. Los adultos mayores provenientes de los hogares de desfavorable convivencia familiar, muestran en mayor porcentaje bajo grado de resiliencia.

**SIGNIFICANCIA DE LAS PRUEBAS Y CHI CUADRADO DE LOS
INDICADORES Y SU DEPENDENCIA CON EL
GRADO DE RESILIENCIA**

Indicador	Valor χ^2	Resultados
Edad	10.5	Dependiente
Sexo	0.05	Independiente
Ocupación	23.25	Dependiente
Estado Civil	8.88	Independiente
Comunicación	6.26	Independiente
Relaciones Intrafamiliar	11.70	Dependiente
Nivel de instrucción	19.91	Dependiente
Convivencia Familiar	10.55	Dependiente

CONCLUSIONES

PRIMERA : Los factores socioculturales que influyen mayormente en la resiliencia de los adultos mayores del Centro de Salud de Miraflores son la edad (60 a 69 y 80 a más años), el género femenino; la ocupación (ama de casa y jubilado), el estado civil (casados y viudos), el factor comunicación predominando la sostenida; las relaciones interpersonales no asertivas; el nivel de instrucción primaria y secundaria y el ambiente familiar favorable. (ver tablas N° 1 al N° 8).

SEGUNDA : Del total de los adultos mayores investigados, cerca de la mitad de los adultos mayores poseen grado de resiliencia moderado, más de la cuarta parte, alto y menos de la cuarta parte, escaso. En un 80% grado de resiliencia es bueno.

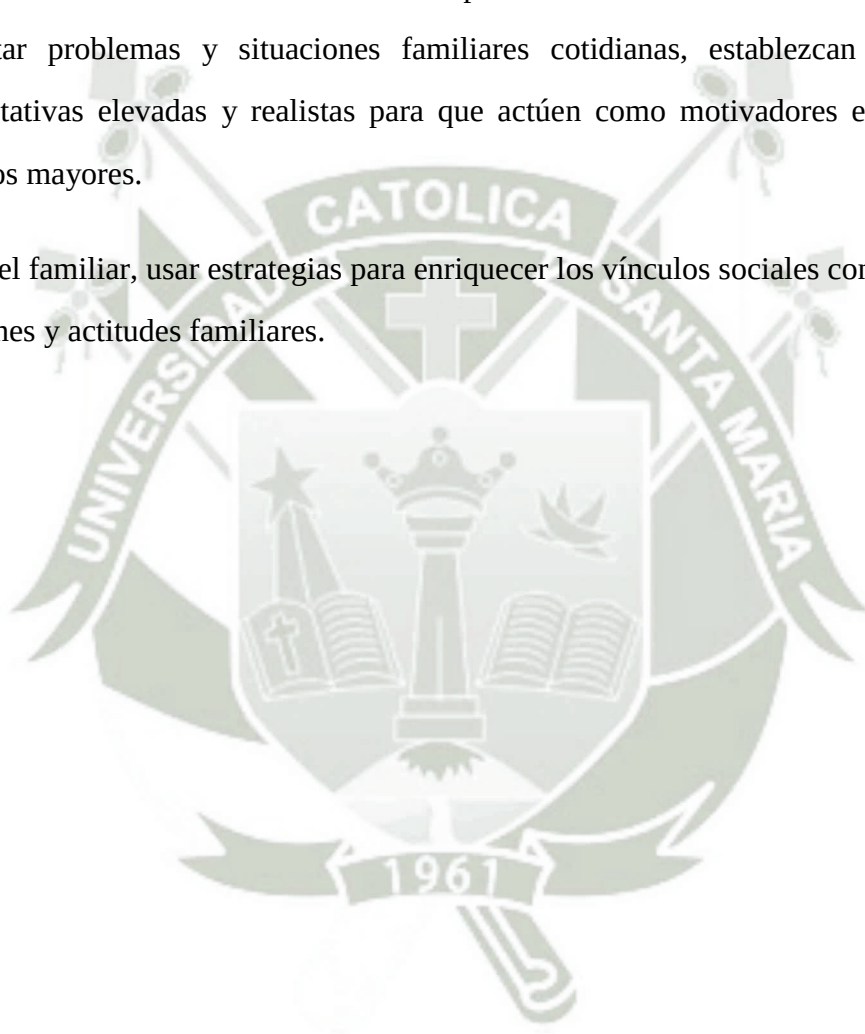
TERCERA : El tipo de influencia de los factores, edad, ocupación, comunicación, relaciones interpersonales, grado de instrucción y convivencia familiar es directa. El comportamiento de los factores socioculturales de género y estado civil es indirecto.

RECOMENDACIONES

En atención a las conclusiones, es preciso proponer lo siguiente:

El personal profesional; Médicos y Enfermeras del Centro de Salud de Miraflores:

1. Se aboquen a la búsqueda de problemas y falencias en los adultos mayores que induzca al inicio de una actitud constructora o positiva de resiliencia a fin de que puedan afrontar problemas y situaciones familiares cotidianas, establezcan y transmitan expectativas elevadas y realistas para que actúen como motivadores eficaces en los adultos mayores.
2. A nivel familiar, usar estrategias para enriquecer los vínculos sociales con un surtido de acciones y actitudes familiares.



BIBLIOGRAFÍA

1. Boris Cyrulnik, La maravilla del dolor. El sentido de la Resiliencia, Barcelona, Granica, 2001.
2. Broche Pérez Y, Medina W. Ricardo. La Resiliencia y afrontamiento: Una visión desde la psicooncología. México. Omega, 2011
3. Cyrui-Nik, Boris. Los patitos feos. La Resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida, Barcelona, Gedisa, 2002.
4. Henderson Nan y Milstein Mike. Resiliencia en la escuela, Buenos Aires, Paidós, 2003.
5. Klefer M. Patología General. 3ra Edición. Edit. Interamericana. México 2004. Pág. 29
6. Kotllarency A, Cáceres I, Fontecilla M Estado de Arte en Resiliencia . 2007.
7. Manciaux, Michel (comp.), La Resiliencia: resistir y rehacerse, Barcelona, Gedisa, 2003.
8. Mansilla P. Patología Clínica. 4ta Edición. Edit. Ameluz. Barcelona, 2004.
9. Melillo Aldo y Suarez Ojeda Néstor. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas Buenos Aires, Paidós, 2001.
10. Minna, JD. Medicina Interna de Harrison. McGraw-Hill, 2004: 506-516. 33. Organización Mundial de la Salud. The Impact of Cáncer. 2005.

HEMEROGRAFÍA

11. Aher N, Kiel E., A Review of Instruments Measuring Resilience, Issues. Compr Pediatr Nurse.2006 Apr-Jun; 29(2), 103-25.
12. House JS, Landis KR, Umberson D. Relaciones sociales y enfermedad. Science 1998-241: 540-545.
13. Novella, A. (2002). Incremento de la resiliencia luego de la aplicación de un programa de psicoterapia breve en madres adolescentes. Tesis para optar el grado académico de

Magíster en Psicología Clínica y de la Salud. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

14. Vera Poseck, Beatriz y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva, en Revista de Psicología Positiva, 2004,1.
15. Vera Poseck, Beatriz, Carbelo Baquero, Begoña y Vecina Jiménez, Ma Luisa (2006): «La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático», en Papeles del Psicólogo, vol. 27, n° 1. 40-49 43.
16. Walsh, F.: "El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío", en Sistemas familiares, año 14, n° 1, marzo de 1998; pág. 11.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

17. http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_15/seccion_15_164.html
18. INEI. Instituto Nacional de Informática y Estadística. (Consulta: 10 de febrero de 2009). Disponible en: <http://ww.inei.gob.pe/>
19. RESILIENCIA. www.cedro.org.pe/lugar/articuios/.htm, 2001
20. <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/265/9%20SEGUN%20APA..%20CORRECCI%C3%93N.pdf>
21. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/4508>



ANEXOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

I. PRIMERA VARIABLE

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. Factores Socioculturales

- 1.1. Edad
- 1.1.1. 60 – 69 ()
- 1.1.2. 70 – 79 ()
- 1.1.3. 80 a más ()
- 1.2. Género
- 1.2.1. Masculino ()
- 1.2.2. Femenino ()
- 1.3. Ocupación
- 1.3.1. Su casa ()
- 1.3.2. Desocupado ()
- 1.3.3. Jubilado ()
- 1.3.4. Independiente ()
- 1.3.5. Empleado ()
- 1.4. Zona de Residencia
- 1.4.1. Urbana ()
- 1.4.2. Periurbana ()
- 1.4.3. Rural ()
- 1.5. Comunicación
- 1.5.1. Diálogo amical ()
- 1.5.2. Diálogo forzado ()
- 1.5.3. Diálogo sostenido ()
- 1.6. Carga de familia
- 1.6.1. Hijos mayores ()
- 1.6.2. Hijos menores ()
- 1.6.3. Nietos ()
- 1.6.4. Cónyuge ()
- 1.6.5. Otro ()
- 1.6.6. Ninguno ()
- 1.7. Nivel de Instrucción
- 1.7.1. Primaria ()
- 1.7.2. Secundaria ()
- 1.7.3. Superior ()
- 1.7.4. Iltrado ()
- 1.8. Estado Conyugal
- 1.8.1. Soltero ()
- 1.8.2. Casado ()
- 1.8.3. Separado ()
- 1.8.4. Divorciado ()
- 1.9. Ambiente familiar
- 1.9.1. Favorable ()
- 1.9.2. Aceptable ()
- 1.9.3. Desfavorable ()

II. SEGUNDA VARIABLE

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG (Versión traducida final)

ITEMES	En desacuerdo				De acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Cuando planeo algo lo realizo							
2. Generalmente use las arreglo de una manera u otra							
3. Dependo más de un mismo que de otras personas							
4. Es importante para mi mantenerme interesado en las cosas							
5. Puedo estar solo si tengo que hacerlo							
6. Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida							
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo							
8. Soy amigo de mi mismo							
9. Siento que puede manejar varias cosas al mismo tiempo							
10. Soy decidida							
11. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo							
12. Temo las cosas una por una							
13. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente							
14. Tengo autodisciplina							
15. Me mantengo interesado en los casos							
16. Por lo general encuentro algo de que reírme							
17. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles							
18. En una emergencia soy un personal en quien se puede confiar							
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras							
20. Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera							
21. Mi vida tiene significado							
22. No me lamento de las cosas por los que no puede hacer nada							
23. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida							
24. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer							
25. Acepto que hay personas a las que yo no les agrado							



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA

“Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria”

Arequipa, 2013 diciembre 05

OFICIO N° 143-2013-GRA/GRS/GR-DRSAC-MREM-CSM

Señora Mgter.

RUTH ROMERO DE RODRIGUEZ

Decana de la Facultad de Enfermería de la UCSM.

Referencia: Oficio N° 629-FENF-2013

Presente.-

De mi mayor consideración:

Tengo bien a dirigirme a usted para comunicarle que habiendo recibido el oficio de la referencia, se autoriza a la Sra. Ana María Milagros Andrade Lozano para que ejecute el trabajo de investigación referido.

Sin otro particular, me despido de usted esperando la debida atención a la presente.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA
CENTRO DE SALUD EDUCADORES MISTI


DR. HERNÁN BENAVENTE LOPEZ
RESPONSABLE DEL C.S. MIRAFLORES