

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS
MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. CENTRO DE
SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ - CERRO COLORADO Y
CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - CAYMA, AREQUIPA
2016.**

**Tesis presentada por:
JUHENIA ALINA MADARIAGA CASANI
ANGIE STEFANY QUILCA HUAMANI**

**Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AREQUIPA – PERÚ

2016

PRESENTACIÓN


**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA.**

De conformidad con lo establecido en la Facultad De Enfermería que Usted dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del Jurado del presente trabajo de investigación:

**“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ - CERRO COLORADO Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES -
CAYMA, AREQUIPA 2016”.**

Requisito indispensable para optar el Título Profesional De Licenciadas En Enfermería.

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



Arequipa, julio del 2016

Srta. Juhenia Alina Madariaga Casani
juhenia55@gmail.com
955722766

Srta. Angie Stefany Quilca Huamani
qh.angie92@hotmail.com
975590211

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ASUNTO : Decreto N° 017 – FENF- 2016 / Expediente N° 1605388

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Doctora Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Jurado Dictaminador

ASUNTO : Dictamen de Borrador de Tesis Titulado:

“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – CERRO COLORADO Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, AREQUIPA, 2016”

FECHA : 04 de Julio, 2016

Reunidos los miembros del Jurado Dictaminador, y revisado el proyecto de tesis presentado por las señoritas: JUHENIA ALINA, MADARIAGA CASANI Y ANGIE STEFANY QUILCA HUAMANÍ; Este jurado dispone que el estudio queda absuelto de observaciones y pase a la fase de sustentación.



Doctora Susana Victoria Díaz de Bellido



Magister María del Pilar Berja Vizcarra



Licenciada Concepción Arizaga-Tovar

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : **Dra. Sonia Núñez Chávez**
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : **Dra. Gloria L. Núñez de Pinto**
Asesora del Estudio de Investigación

ASUNTO : **Informe sobre la Asesoría de Tesis Titulada:**
"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS
MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. CENTRO DE
SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – CERRO COLORADO Y
CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, AREQUIPA
2016"

AUTORA : **Bachilleres**
JUHENIA ALINA MADARIAGA CASANI
ANGIE STEFANI QUILCA HUAMANI

FECHA : Arequipa, 10 de Junio del 2016

Antecedentes : La Asesoría del estudio de Investigación se llevó a cabo en durante el mes de marzo a junio 2016, tiempo en que se revisó el enunciado, objetivos, variables, justificación, hipótesis, marco teórico y el planteamiento operacional, Revisión que demandó reuniones con las investigadoras la cual en todo momento manifestó responsabilidad e interés.

Apreciación Personal : Los resultados de la presente Investigación permitirán fortalecer los conocimientos sobre la capacidad de los adultos mayores para resolver problemas y aspectos emocionales, biológicos, cognitivos y sociales.

Atentamente,



Dra. Gloria L. Núñez de Pinto

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

De : Mgter. María del Pilar Borja Vizcarra
Lic. Concepción Arizaga Tovar
Miembros del Jurado Dictaminador

Tesis : "ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS MAYORES
CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. CENTRO DE SALUD MARIZA
CAMPOS DIAZ – CERRO COLORADO Y CENTRO DE SALUD
BUENOS AIRES – CAYMA. AREQUIPA, 2016"

Bachilleres : JUHENIA ALINA MADARIAGA CASANI
ANGIE STEFANY QUILCA HUAMANI

Fecha : 18 de abril del 2016

Reunido los jurados dictaminadores y absueltos las observaciones, el Proyecto de Investigación puede pasar a la Fase de Ejecución.

Atentamente,


Mgter. María del Pilar Borja Vizcarra


Lic. Concepción Arizaga Tovar

Dedicatoria

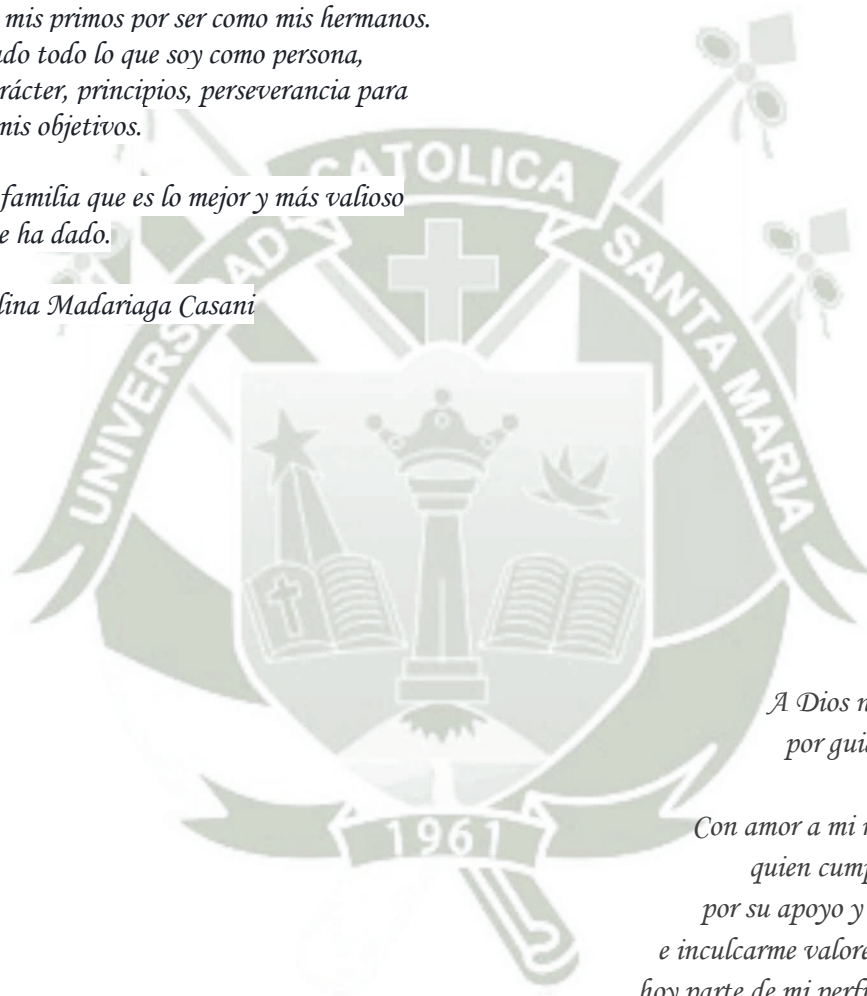
Esta tesis se la dedico a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante.

A mi papá Edwin y a Flora por su apoyo, consejos, comprensión, y amor. A mi mamá Paquita por su amor incondicional, y ayudarme en los momentos más difíciles.

A mis tías por siempre guiarme y darme su apoyo en todo. A mis primos por ser como mis hermanos. Me han dado todo lo que soy como persona, valores, carácter, principios, perseverancia para conseguir mis objetivos.

A toda mi familia que es lo mejor y más valioso que dios me ha dado.

Juhenia Alina Madariaga Casani



*A Dios nuestro padre,
por guiar mi camino.*

*Con amor a mi mama Anita,
quien cumplió doble rol,
por su apoyo y comprensión.
e inculcarme valores que forman
hoy parte de mi perfil profesional.*

A mis abuelitos por sus sabios consejos.

*A mis tíos por su cariño y mejores
deseos en mi carrera profesional.*

*A mis amistades con quienes guardare
hermosos recuerdos en el tiempo y espacio.*

Angie Stefany Quilca Huamani

Un profundo agradecimiento:

A nuestro señor Jesús y la virgen María, quienes nos acompañaron en el camino que elegimos a seguir.

A la Facultad de Enfermería y a la Universidad Católica de Santa María, por brindarnos la oportunidad de hacer realidad nuestra profesión.

A las docentes, quienes nos brindaron una formación académica humana y de calidad.

ÍNDICE

RESUMEN	12
ABSTRACT	12
CAPITULO I	14
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	14
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1 Enunciado del problema.....	14
1.2 Descripción del problema.....	14
1.2.1 Análisis de variables	15
1.2.2 Interrogantes Básicas	16
1.2.3 Tipo y Nivel de Problema.....	16
1.3 Justificación.....	16
2. OBJETIVOS.....	18
3. MARCO TEÓRICO	18
3.1 El Envejecimiento.....	18
3.2 Teorías del envejecimiento	19
3.2.1 Teoría Biológica.....	19
3.2.2 Teoría Psicológica	20
3.3 Enfermedades Crónicas.....	22
3.3.1 Hipertensión.....	23
3.3.2 Artrosis	24
3.3.3 Artritis Reumatoide	26
3.3.4 Diabetes	28
3.4 El Afrontamiento.....	30
3.4.1 Concepto	30
3.4.2 Autocrítica.....	31
3.4.3 Resolución de problemas	31
3.4.4 Reestructuración cognitiva	33
3.4.5 Expresión emocional	34
3.4.6 Apoyo social	35

3.4.7	Pensamiento desiderativo	38
3.4.8	Retirada social	41
3.4.9	Evitación de problemas	43
3.4.10	Atención Primaria de la Salud Mental en Enfermería	48
4	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	51
5	HIPÓTESIS.....	52
CAPITULO II.....		53
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL		53
1.	TECNICA E INSTRUMENTO	53
2.	CAMPO DE VERIFICACION	53
2.1	Ubicación espacial	53
2.2	Ubicación temporal.....	55
2.3	Unidades de estudio.....	55
2.3.1	Criterios de inclusión:	55
2.3.2	Criterios de exclusión:	55
2.4	Estrategia de recolección de datos	56
2.4.1	Recursos:	56
CAPITULO III.....		58
PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS		58
CONCLUSIONES.....		75
RECOMENDACIONES		76
BIBLIOGRAFÍA		77
INFORMATOGRAFÍA		79
ANEXOS		80

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES- AREQUIPA 2016.....	59
TABLA N° 2	GENERO DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016.....	60
TABLA N° 3	CONVIVENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES- AREQUIPA 2016.....	61
TABLA N° 4	ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016.....	62
TABLA N° 5	RELIGIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016.....	63
TABLA N° 6	CLASIFICACIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016.....	64
TABLA N° 7	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES- AREQUIPA 2016.....	65
TABLA N° 8	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO: AUTOCRITICA DE LOS ADULTOS	

	MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016.....	66
TABLA N° 9	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO: EXPRESIÓN EMOCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016.....	67
TABLA N° 10	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO: PENSAMIENTO DESIDERATIVO DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016.....	68
TABLA N° 11	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO: APOYO SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016.....	69
TABLA N° 12	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO: RESTRUCTURACIÓN COGNITIVA DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016.....	70
TABLA N° 13	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO: EVITACIÓN DEL PROBLEMA DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016.....	71
TABLA N° 14	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO: RETIRADA SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO	

DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016.....	72
TABLA N° 15 POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO: ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016.....	73



RESUMEN

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ - CERRO COLORADO Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - CAYMA, AREQUIPA 2016.

COPING STRATEGIES IN ELDERLY WITH CHRONIC DISEASES. HEALTH CENTER MARITZA DIAZ CAMPOS - CERRO COLORADO AND HEALTH CENTER BUENOS AIRES - CAYMA, AREQUIPA 2016.

JUHENIA ALINA MADARIAGA CASANI¹
ANGIE STEFANY QUILCA HUAMANI²

La presente investigación, tuvo como objetivos; precisar las estrategias de afrontamiento del club del adulto mayor en cada centro de salud. Establecer las diferencias de ambos. La observación y la escala de F. J. Cano García; fue aplicada a 22 adultos mayores con enfermedades crónicas de los Centros de Salud. Teniendo como conclusión, en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz-Cerro Colorado las estrategias de afrontamiento más utilizadas: resolución de problemas, expresión emocional y autocrítica mientras que en el Centro de Salud Buenos Aires- Cayma: pensamiento desiderativo, retirada social y reestructuración cognitiva. Finalmente que en Centro de Salud Maritza Campos Díaz de Cerro Colorado utilizan mejores estrategias de afrontamiento. Se recomienda a las autoridades de ambos, fomentar las estrategias de afrontamiento; así como mantener el cuidado integral de salud en los adultos mayores.

Palabras claves: Estrategias. Afrontamiento.

ABSTRACT

This study aimed to; clarify the coping strategies of the elderly in each health center. Stablish the differences between both centers. The observation and the scale of F.J. Cano Garcia; was applied to 22 elderly with chronic diseases of both centers. The conclusion was that, in the Health Center Maritza Campos Diaz - Cerro Colorado, the coping strategies most used: problems resolution, emotional expression and self-criticism, while in Health Center Buenos Aires - Cayma: wishful thinking, social withdrawal and cognitive restructuring. Finally, that in Health Center Maritza Campos Diaz from Cerro Colorado used coping strategies better than the other one. It is recommended to both authorities, foment the coping strategies; and keeping comprehensive health care in older adults.

Keywords: Strategies. Coping.

¹ Tesis realizada para la obtención del Título Profesional de Licenciada en Enfermería en la Universidad Católica de Santa María. Jr. Lampa Mz 19 Lt 1 S/N Alto Libertad Cerro Colorado. Teléfono 446116 Correo electrónico: juhenia55@gmail.com

² Tesis realizada para la obtención del Título Profesional de Licenciada en Enfermería en la Universidad Católica de Santa María. Calle Colombia 533 Urbanización Simón Bolívar. JLBYR. Teléfono 763984. Correo electrónico: qh.angie92@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Durante el proceso de vida, el ser humano busca adaptarse continuamente a los cambios que le ocurren, tratando de lograr el equilibrio entre su organismo y el medio ambiente, lo que origina una respuesta al estrés necesaria para afrontar nuevas situaciones. Cuando el ser humano pasa a la etapa de la vejez ocurren un conjunto de cambios y son susceptibles a presentar enfermedades crónicas ya que hay declinación biológica en ellos; es que ve afectada su calidad de vida relacionada con la salud en cuanto que esta, implica la evaluación que hace respecto a su grado de funcionamiento social, físico y cognitivo, así como de bienestar emocional y percepción general de la salud.

En la actualidad contempla varias áreas de interés entre las que destacan las estrategias de afrontamiento que utilizan diferentes grupos de población, así como su utilidad y eficacia para adaptarse a un problema. Se ha encontrado en los pacientes con enfermedades crónicas que su calidad de vida se ve más afectadas con la salud, familia, pareja, situación económica, trabajo, ocio y relaciones sociales.

Lazarus y Folkman (1986) definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.³

El propósito del presente estudio es describir las estrategias de afrontamiento más utilizadas y analizar si hay diferencias entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por nuestros participantes.

³ LAZARUS, R., FOLKMAN S. Estrés y Proceso Cognitivos. Editorial. Martínez de Rosa. Barcelona. 2005.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Enunciado del problema

Estrategias de afrontamiento en adultos mayores con enfermedades crónicas. Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Cerro Colorado y Centro de Salud Buenos Aires - Cayma, Arequipa 2016.

1.2 Descripción del problema

CAMPO: Ciencias de la salud

AREA: Salud del adulto mayor

LINEA: Salud mental

1.2.1 Análisis de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Datos de Unidad de Estudio	Distrito	Cayma Cerro Colorado
	Edad en años	65 – 70 71 – 75 76 – 80 81 – 85 86 – 90 90 a mas
	Genero	Femenino Masculino
	Convivencia Familiar	Con Pareja Con Hijos Solo Otros familiares
	Situación conyugal	Casado Soltero Viudo Divorciado
	Religión	Católico Cristiano Testigo De Jehová Ateo Otro
	Enfermedad crónica	Hipertensión Artritis Artrosis Diabetes Otras
Estrategias de afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Autocrítica • Resolución de problemas • Reestructuración cognitiva • Expresión emocional • Apoyo social • Pensamiento desiderativo • Retirada social • Evitación de problemas 	<p>Estrategias de afrontamiento positivas</p> <p>Estrategias de afrontamiento negativas</p>

1.2.2 Interrogantes Básicas

- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento del club del adulto mayor del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Cerro Colorado?
- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento del club del adulto mayor del Centro de Salud Buenos Aires - Cayma?
- ¿Qué diferencias existe entre las estrategias de afrontamiento del club del adulto mayor del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Cerro Colorado y del Centro de Salud Buenos Aires - Cayma?

1.2.3 Tipo y Nivel de Problema

El presente estudio es de tipo descriptivo comparativo y de campo.

1.3 Justificación

En estos últimos años, el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención, en virtud del crecimiento desproporcionado de este grupo etario respecto a la población general. Así, mientras la población general crece 1.7% anual, la población adulto mayor crece 2.5%⁴. El incremento mundial de la población anciana se ha presentado por diversas razones, principalmente por el aumento de la esperanza de vida, el abatimiento del índice de natalidad por los programas de control de fertilidad y las migraciones.

Se sustenta el hecho de que según reportes del Instituto Nacional de Estadística e Informática, el Perú está en plena transición demográfica porque se ha determinado que existe 2% de tasa de crecimiento y 6-8 % de mayores de 60 años. “Para el año 2005 la tasa de crecimiento

⁴ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Datos de población 2007. Pág. 2

demográfico se redujo a 1.5%, la tasa bruta de natalidad se ha reducido a 23.3 por mil, la tasa bruta de mortalidad a 6.2 por mil y la esperanza de vida al nacer se encontraba en 71.2 años, en el 2005 se ha estimado que en el Perú hubo 2 millones 146 mil adultos mayores que representan al 7.7% de la población del país. Este grupo poblacional tiene una tasa de crecimiento anual de 3.1%. La dependencia de la población mayor se incrementaría con el tiempo de 12% el año 2005 a 34% el año 2050.

En Arequipa, según datos de los censos nacionales y vivienda del 2005 realizados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el adulto mayor alcanza el 8.2% de la población total. Actualmente existe 22 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años de edad.

En el sistema de establecimientos de salud pertenecientes a la Seguridad Social cuenta con estadísticas más recientes de muertes intrahospitalarias; así tenemos que la primera causa de defunción de personas mayores de 65 años en el 2003 fueron las infecciones respiratorias bajas (12.68%), seguidas por las enfermedades hipertensivas con 9.48% y enfermedades cerebro vasculares con 5.57%.

La relevancia científica del presente estudio radica en que va permitir incrementar los conocimientos que tenemos sobre el tema debido a la revisión bibliográfica a realizar, así mismo va orientar al avance de nuevas investigaciones que contribuyan al desarrollo científico de la profesión.

Esta investigación estudio es pertinente para la profesión de enfermería debido a que al considerar al profesional como un integrante del equipo de salud, cuya forma ha sido orientada al cuidado y mantenimiento de la salud de personas y familias de la comunidad más que a la curación de daños, consideramos que la enfermera cumple un rol primordial en lo referente a la atención del adulto mayor brindando educación sanitaria de forma constante acerca del cuidado del adulto mayor y la importancia de la evaluación geriátrica a fin de minimizar las repercusiones físicas,

psicológicas y sociales que acompañan al envejecimiento. De esta manera, la enfermera deberá, junto al equipo multidisciplinario realizar un adecuado y minucioso seguimiento de la salud del anciano desde el inicio de la etapa de adulto mayor a fin de contribuir a preservar su salud mental, física y por ende su calidad de vida.

Desde el punto de vista social, el desarrollo del presente estudio se justifica en que el adulto mayor es un grupo vulnerable dentro de la sociedad y por lo tanto, requiere de evaluación constante de cuidados especiales y de atención priorizada por los profesionales de enfermería.

El trabajo es factible porque nos permite llevarlo a cabo sin limitaciones en el grupo poblacional de los Centros de Salud seleccionados.

El estudio consistirá un aporte para las enfermeras porque puede guiar la realización de programas de atención del adulto mayor dirigidos a mejorar sus estrategias de afrontamiento, lo cual contribuirá a mejorar su calidad de vida.

2. OBJETIVOS

- Precisar las estrategias de afrontamiento del club del adulto mayor del C.S. Maritza Campos Díaz - Cerro Colorado.
- Precisar las estrategias de afrontamiento del club del adulto mayor del C.S. Buenos Aires - Cayma.
- Establecer las diferencias de las estrategias de afrontamiento del club del adulto mayor de C.S. Maritza Campos Díaz - Cerro Colorado y C.S. Buenos Aires - Cayma.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 El Envejecimiento

Es el proceso de cambios morfo funcionales que se producen en el ser vivo en relación al paso del tiempo. Dicho proceso de envejecimiento puede ser contemplado desde dos perspectivas principales, la referida a los cambios físicos o esperados para todos los individuos independientemente de sus experiencias vitales, o la referida a los cambios patológicos, propios de cada individuo y relacionados con las alteraciones del equilibrio orgánico en relación al desarrollo de procesos morbosos.⁵

El proceso de envejecimiento se inicia al nacer y de naturaleza multifactorial, se caracteriza por una pérdida de vitalidad; que implica un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante cualquier agresión, y en último término conduce a la muerte.

La vitalidad se puede definir como la capacidad que tiene el organismo para realizar sus funciones en medida que el ser humano envejece, pierde vitalidad a través de un deterioro progresivo de casi todas sus funciones, lo que ocurre incluso sin presentar una enfermedad.⁶

3.2 Teorías del envejecimiento

3.2.1 Teoría Biológica

Estas investigaciones intentan explicar el proceso físico del envejecimiento, abarcando los cambios de estructura y función, desarrollo, longevidad y muerte.

Los cambios corporales incluyen modificaciones moleculares y celulares en los principales sistemas orgánicos del cuerpo.

⁵ MILLAN CALENTI. Gerontología y geriatría. editorial medica panamericana. México. 2010. Pág. 1

⁶ FARRERAS VALENTI, ROZMAN C. Medicina interna. Decimoséptima edición. Elsevier. México. 2013. Pág. 1210

- Teoría genética: las teorías causales que explican el envejecimiento es la estructuración genética y el efecto del ambiente en el código genético, según la teoría el envejecimiento es un proceso involuntario que actúa en el tiempo para alterar las estructuras celulares. Estas teorías plantean que el proceso de replicación a nivel celular es alterado por información inadecuada que proviene del núcleo celular.⁷
- Teoría del deterioro: esta teoría propone que la acumulación de productos de desecho del metabolismo o la privación de nutriente, daña la síntesis de ADN, lo que ocasiona disfunción nuclear y, luego, falla orgánica. Quienes proponen esta teoría creen que el cuerpo se desgasta de manera programada.
- Teoría inmunitaria: esta teoría describe una declinación del sistema inmunitario relacionada con la edad. Se produce un aumento en la reacción auto inmunitaria del cuerpo al envejecer, produciendo que la persona desarrolle enfermedades autoinmunes, como artritis reumatoide y factores ambientales.
- Teoría neuroendocrina: en esta teoría se cree que el envejecimiento se debe a la desacelerada secreción de ciertas hormonas que influyen en reacciones reguladas por el sistema nervioso.

3.2.2 Teoría Psicológica

⁷ MICKEY STANLEY, KATHRYN A. BLAIR., PATRICIA GAUNTLETT. Enfermería geriátrica. Tercera edición. Mc Graw Hill. Madrid. 2008. Pág. 11-12.

Estas teorías se concentran en el cambio de conducta y actitudes que acompañan al envejecimiento, en contraposición a las aplicaciones biológicas del deterioro anatómico en la presente, consideración se combinan las variaciones sociológicas no fisiológicas. Con los cambios biológicos.

El envejecimiento exitoso según Rowe y Kahn lo definieron como la capacidad de mantener un bajo riesgo de contraer enfermedades o sufrir alguna discapacidad relacionada a la edad conservando su salud integral.

- Teoría de la personalidad: estudia aspectos de desarrollo psicológico. Según Jung, “La teoría del desarrollo de la personalidad adulta en la que se clasifica a las personalidades como extrovertidas e introvertidas, y afirmo que es necesario un equilibrio entre ambas para tener una buena salud. Además la última etapa de la vida como el tiempo que las personas hacen un inventario de su existencia, un periodo de búsqueda retrospectiva, más que prospectiva durante el proceso de reflexión, la persona de edad avanzada debe ajustarse retrospectivamente a la edad de su vida.”⁸
- Teoría de las tareas de desarrollo: son las actividades que uno debe realizar y las dificultades que se van resolviendo en estas etapas específicas de la vida, para lograr un envejecimiento exitoso. Erickson describe la tarea primaria de la edad avanzada como la capacidad de observar la propia vida, vivida con integridad. Cuando carece del sentimiento de esta integridad, el adulto mayor está en

⁸ MICKEY STANLEY, KATHRYN A. BLAIR., PATRICIA GAUNTLETT. Enfermería geriátrica. Tercera edición. Mc Graw Hill. Madrid. 2008. Pág. 13

riesgo de preocuparse por sentimientos de arrepentimiento o desesperación.

- Teoría de la desvinculación: el proceso de alejamiento es pronosticable, sistemático, inevitable y necesario para el funcionamiento adecuado de una sociedad en crecimiento. El adulto mayor se alegra con la disminución de los contactos sociables y cuando una generación más joven asume las responsabilidades, las personas de edad avanzada obtienen un beneficio de ver el tiempo para reflexionar en los logros de su vida y adecuarse a expectativas no satisfechas.
- Teoría de la actividad: sustenta que la forma de envejecer con éxito consiste en mantenerse activo. Según havighurst, la noción de satisfacer las necesidades personales debe equilibrarse con la importancia de sentir que otros necesitan de uno.
- Teoría de la continuidad: conocida como la teoría de desarrollo, trata de explicar el efecto de la personalidad en la necesidad de permanecer activo o de desvincularse para mantenerse contento y realizado en la edad avanzada.⁹

3.3 Enfermedades Crónicas

⁹ MICKEY STANLEY, KATHRYN A. BLAIR., PATRICIA GAUNTLETT. Enfermería geriátrica. Tercera edición. Mc Graw Hill. Madrid. 2008. Pág. 14

3.3.1 Hipertensión

A. Concepto

Una presión arterial en reposo mayor de 140 mmHg de sistólica y/o de 90 mmHg de diastólica. Sin embargo, estos criterios son un tanto arbitrarios, pues la presión arterial aumenta con la edad y los niveles son variables en las poblaciones. El riesgo de enfermedad cardiovascular aumenta con el incremento de la presión arterial, incluso en el rango normal.

B. Causas

La hipertensión abarca el 95% de los pacientes hipertensos; la etiología precisa se desconoce, pero es probable que sea multifactorial. Debe recordarse que para que aumente la presión arterial tiene que haber un incremento del gasto cardíaco, de la resistencia periférica total o de ambos. Los factores predisponentes son:

- Edad (la presión arterial aumenta con la edad).
- Obesidad.
- Ingesta excesiva de alcohol.
- Ingesta excesiva de sal.
- Susceptibilidad genética.

C. Complicaciones de la hipertensión

- Aterosclerosis: la hipertensión aumenta el riesgo de desarrollar placas ateroscleróticas con repercusión clínica. Esto incrementa el riesgo de infarto de miocardio.

- Lesión renal: en la hipertensión se desarrolla una disfunción renal de forma gradual, sobre todo si está mal controlada. El patrón de enfermedad renal que produce la hipertensión se denomina, nefrosclerosis hipertensiva.
- Cardíacas: el aumento de la post carga, provocado por el incremento de la presión arterial requiere un mayor trabajo ventricular y provoca hipertrofia ventricular izquierda. Esto puede causar insuficiencia cardíaca.
- Arritmias: el riesgo de fibrilación auricular es mayor en pacientes hipertensos.
- Lesión retiniana: las hemorragias retinianas y el papiledema (en las fases avanzadas) causan trastornos visuales.

3.3.2 Artrosis

A. Concepto

Se considera a la artrosis, como el resultado de factores mecánicos y biológicos que desestabilizan el normal acoplamiento entre la degradación y la síntesis por los condrocitos de la matriz extracelular del cartílago articular y del hueso sub condral.

B. Factores de riesgo

- Obesidad: El sobrepeso aumenta la presión realizada sobre una articulación.
- Sexo y edad: Entre los 45 y 55 años la frecuencia es similar en ambos sexos. A partir de los 55 años la

enfermedad afecta de modo significativo a las mujeres.
Es más grave y afecta a más articulaciones.

- Ocupación: Es más desarrollado en bomberos o albañiles. Además de los deportistas.

C. Etiología

a. Idiopática:

- Localizada: Manos, pies, rodilla, cadera, columna y otras localizaciones (hombro, templo mandibular, sacro ilíaca, tobillo, muñeca).
- Generalizada: Afecta a 3 o más áreas articulares (Articulaciones pequeñas grandes columna y mixtas combinaciones anteriores)

b. Secundaria

Enfermedades congénitas o del desarrollo

- Localizada: Enfermedades de la cadera.
Factores mecánicos y locales. Obesidad diferente tamaño de piernas, escoliosis
- Generalizadas: Displasias óseas (displasia de epífisis)
Enfermedades metabólicas: hemocromatosis, Enfermedad de Gaucher.

Enfermedades por depósito de calcio

- Postraumática
- Otras enfermedades del hueso y articulaciones

D. Diagnóstico

El diagnóstico y la graduación de la gravedad se realizan a partir de los datos clínicos (dolor mecánico) y la imagen radiológica.

E. Cuadro Clínico

Dolor es el síntoma más frecuente, es de tipo mecánico y se desencadena con el uso de la articulación y mejora con el reposo.

Otro síntoma es la rigidez, que es de duración corta; en su mayoría menos de 30 minutos.

La incapacidad funcional es una consecuencia importante de la artrosis. La articulación afectada presenta dificultad para movilizar y en consecuencia de realizar actividades físicas diarias.¹⁰

3.3.3 Artritis Reumatoide

A. Concepto

Es una enfermedad crónica y multidiseminadora de causa desconocida aunque existe una amplia gama de manifestaciones en esta enfermedad, la alteración característica de la AR es una sinovitis inflamatoria persistente que por lo común afecta a las articulaciones periféricas con una distribución simétrica.

Las causas de la AR siguen siendo desconocidas. Se ha sugerido que esta enfermedad es una manifestación de la

¹⁰ CONTRERAS, ROZMAN. Medicina interna. Editorial ELSEVIER. España .2013.pagS. 953-957

respuesta del hospedador con predisposición genética a un agente infeccioso.

B. Manifestaciones Clínicas

La AR es una poliartritis crónica, aproximadamente en las dos terceras partes de los pacientes comienza de forma gradual con fatiga, anorexia, debilidad generalizada y síntomas musculo esqueléticos vagos, hasta que se hace evidente la sinovitis.

Este periodo prodrómico puede persistir durante semana o meses y no permite establecer el diagnóstico.

C. Síntomas Específicos

Por lo común aparecen de forma gradual con una afección poli articular, en especial de manos, muñecas, rodillas y pies. Y por lo general en forma simétrica. En aproximadamente el 10% de los pacientes, el inicio es más agudo y conlleva a la aparición rápida de una poliartritis que se suele acompañar de síntomas generales; como fiebre, linfadenopatía y esplenomegalia. En una tercera parte de los pacientes los síntomas pueden ser limitados al principio a una o varias articulaciones. Aunque el patrón de afección articular puede permanecer asimétrico en algunos pacientes, es mucho más frecuente el patrón de afección asimétrica.¹¹

¹¹ KASPES, BROUNWALD, FAUCI, HAUSER, LONGO. Harrison, principios de la medicina interna. Editorial Mc Grawhill interamericana. México .2005.pagS. 301- 217

3.3.4 Diabetes

A. Concepto

Es una enfermedad producida por un inadecuado funcionamiento del páncreas, que altera el metabolismo de los hidratos de carbono (contenidos en los alimentos, especialmente frutas, cereales, vegetales y azúcares). Y por lo tanto impiden el aprovechamiento del azúcar en el cuerpo. Esta alteración pancreática corresponde a una deficiencia en la producción o en la acción de la insulina, hormona producida por el páncreas, que transforma la azúcar en energía vital para el cuerpo.

Actualmente no se conoce con exactitud las causas que la diabetes mellitus. Sin embargo se ha identificado dos condiciones de riesgo para la aparición de la enfermedad; la herencia y la obesidad. La última está relacionada con la ingesta excesiva de alimentos, principalmente con altas concentraciones de carbohidratos, grasas saturadas y a otro factor conductual, el sedentarismo.¹²

B. Síntomas

Polidipsia, poliuria, fatiga, irritabilidad, visión borrosa, polifagia, resequedad en la piel o picazón, pérdida repentina de peso (en el DM tipo I), y sobre peso en la (en la DM tipo II). La mayoría de estos dejan de presentarse en la medida en que la glicemia se controle.

Según la WHO (2005), a mediano y largo plazo la diabetes mellitus genera una serie de complicaciones si no es

¹² QUINTERO ARRIVILLAGA M, SANCHEZ CORREA D, TORRE SALAZAR C. psicología de la salud, abordaje integral de la enfermedad crónica. Editorial El Manual Moderno Ltda. bogota, Colombia. 2007;p.54-55

controlada, pues la azúcar se acumula en la sangre y produce cambios devastadores en los órganos diana.

C. Diabetes Tipo I

Diabetes mellitus I: Es más frecuente en niños y jóvenes de menores de 30 años. Esta dominación se da en los casos en que el páncreas no produce insulina por un daño en las células β , ya sea por la predisposición genética o por factores ambientales. Por esta razón, las personas son insulino dependiente y requieren de la inyección de esta hormona para sobrevivir (ADA, 2005).

D. Diabetes Tipo II

Es más frecuente en personas adultos (mayores de 40 años), sin embargo en los últimos años se ha presentado un incremento en la incidencia en niños y adolescentes. En este tipo de diabetes las células se hacen resistentes a utilizar la insulina que el organismo produce, especialmente por la presencia de tejido adiposo. La diabetes tipo II es producida por factores de tipo conductual (sedentarismo y alimentación inadecuada), que conduce a la obesidad. Las personas pueden controlar la enfermedad con hipoglucemiantes (no son insulino dependientes), acompañado de dieta y ejercicio; es decir, con una modificación en su estilo de vida, que incluye en ocasiones la supresión de hábitos como el consumo de alcohol y cigarro.

E. Complicaciones

Compromiso de la retina (retinopatías), con posible ceguera subsecuente; fallas en los riñones; afección de sistema nervioso (neuropatías); problemas urinarios, digestivos, circulatorios, enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares, hipoglicemia, coma cetoacidótico (en la DM tipo I), y coma hiperglicémico (en la DM II).

3.4 El Afrontamiento

3.4.1 Concepto

El afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

Ante una situación estresante, o cuando el individuo reacciona con una determinada emoción, es posible adoptar distintos tipos de afrontamiento. Por ejemplo, una clasificación muy simple de tipos de afrontamiento sería:

- Afrontamiento activo,
- Afrontamiento pasivo, y
- Evitación.

Otra clasificación básica podría ser:

- Afrontamiento cognitivo y
- Afrontamiento conductual.

Finalmente, otra clasificación importante que se suele cruzar con la anterior es:

- Afrontamiento dirigido a cambiar la situación y
- Afrontamiento dirigido a reducir la emoción.¹³

3.4.2 Autocrítica

Capacidad de distinguir los propios defectos y de enfrentarlos, proponerse hacer lo mejor posible para que éstos no se sigan repitiendo. Es la capacidad de auto evaluarse y de ser sincero/a con uno mismo, admitiendo que nadie es superior que los demás (salvo Dios) y que todos tenemos errores, por lo que debemos esforzarnos para ser mejores y así, con la autocrítica, se puede ir madurando cada día más.¹⁴

3.4.3 Resolución de problemas

La teoría acerca de la resolución de Problemas tiene su fundamentación en estudios de laboratorio con base en la experimentación y desde los años sesenta plantea que el ser humano se enfrenta a un problema cuando ha aceptado una tarea pero no sabe cómo realizarla, y refiere que los problemas van desde los más altamente estructurados¹⁵ hasta los que se encuentran en la vida diaria a los cuales se les considera que necesitan más tiempo para ser resueltos (J.G.Greeno).

La resolución de problemas es una conducta humana la cual está en interacción con cuatro sistemas principales de los cuales hablaremos a continuación:

A. El procesamiento de información:

¹³ <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/faq/afrentam.htm>

¹⁴ <http://www.psicopedagogia.com/definicion/autocritica>

¹⁵ Betancourt, M y Ma. Valadez. (2005). *Atmósferas creativas: juega, piensa y crea*. Editorial El Manual Moderno, México.

Este procesamiento está relacionado con el pensamiento, ya que éste determina los procesos que se activan en la solución de problemas dicha conducta de resolver problemas requiere de una búsqueda que se realiza en pequeños pasos la cual va dirigida hacia el almacén de la información llamada memoria ya sea a corto o largo plazo; la cual puede o no contener información previa que pueda auxiliar al ser humano en la solución de los problemas.

B. La estructura del ambiente de la tarea:

Se encarga de limitar la conducta de resolver los problemas de varias formas; una de ellas es definiendo las alternativas permitidas (o las más adecuadas) que llevarán a alcanzar la meta.

C. Los espacios del problema:

El espacio de la tarea tiene una función de representación llamado también espacio básico; el cual se concibe como un conjunto de nudos¹⁶. La persona debe representarse en la memoria el ambiente o de la situación conflictiva.

D. La información incluida en los espacios del problema:

Cada estado de conocimiento es un nudo en el espacio problema y una vez que se alcanza un nudo o conocimiento nuevo la persona lo evalúa y si este le ayudara a resolver el problema entonces lo toma para sí. A este proceso se le llama progreso el cual es una respuesta positiva en la resolución de problemas.

¹⁶ BETANCOURT, M. (2001). *Atmósferas creativas 2: rompiendo candados mentales*. El Manual Moderno, México.

La solución del problema dependerá del éxito que tenga el sujeto al representarse la estructura del ambiente y los espacios del problema ya que la búsqueda de una solución representa una odisea a través del espacio del problema desde una entrada de conocimiento a otro. En la solución de problemas se combinan dos procesos complejos uno es la comprensión que genera un espacio en el problema y uno de solución el cual explora el espacio del problema para de ésta forma intentar resolver el problema. La representación que el sujeto construye del problema está determinada por la forma en la que se plantea el problema a resolver.

A través de lo anterior podemos concluir que la tarea de investigación en solución de problemas consiste en identificar la organización de los procesos que permiten al sujeto resolver un problema; pero sobre todo que estos determinan el tiempo que le llevará en resolverlo así como la probabilidad de que cometa errores durante el proceso.¹⁷

3.4.4 Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva es una técnica psicológica, el objetivo de la cual es identificar, analizar, y modificar las interpretaciones o los pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas.

Los pensamientos se pueden clasificar en:

- Pensamientos adaptativos: Son objetivos, realistas, facilitan la consecución de los propósitos y originan emociones adecuadas a la situación.

¹⁷ <http://www.monografias.com/trabajos24/solucion-problemas/solucion-problemas.shtml>

- Pensamientos neutros: No interfieren ni inciden en las emociones ni en el comportamiento ante una situación.
- Pensamientos no adaptativos: Distorsionan la realidad o la reflejan parcialmente, dificultan la consecución de los objetivos y tienden a originar emociones no adecuadas a la situación.¹⁸

La reestructuración cognitiva se usa de manera instantánea, sin tan siquiera hacerse preguntas. Todo el mundo se ha encontrado en situaciones que generan ansiedad y le ha ido muy bien darse cuenta (identificar) que estaba nervioso y decirse: "Tranquilo, no me lo tengo que tomar como un asunto personal, puedo afrontarlo", etc. Una auto instrucción tan sencilla puede ayudar a auto controlarse (cortar círculos viciosos negativos que incrementen la ansiedad y hagan perder el control de la conducta) y afrontar la situación de manera más idónea.

3.4.5 Expresión emocional

La emoción puede describirse también como la interfaz del organismo con el mundo exterior, se experimentan cuando algo inesperado sucede y los efectos emocionales empiezan a tener el control en esos momentos. Señalando tres funciones principales de las emociones:

- Reflejan la evaluación de la importancia de un estímulo en particular en términos de las necesidades del organismo, preferencias, intenciones...

¹⁸http://virtual.uaeh.edu.mx/repositoriooa/paginas/OA_iemocional/tcnica_de_la_reestructuracin_cognitiva.html

- Preparan fisiológica y físicamente al organismo para la acción apropiada.
- Comunican el estado del organismo y sus intenciones de comportamiento a otros organismos que le rodean.

Joel Davitz y Klaus Scherer clasificaron las emociones en:

- Potencia o fuerza: corresponde a la atención – rechazo, distinguiendo entre emociones iniciadas por el sujeto a aquellas que surgen del ambiente (desde el desprecio al temor o la sorpresa)
- Valencia, agrado o valoración: según lo placentero o desagradable de la emoción (desde la alegría hasta el enfado).
- Actividad: presencia o ausencia de energía o tensión.¹⁹

3.4.6 Apoyo social

El apoyo social hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado por otras personas cercanas en quien poder confiar (pareja, familiares o amigos). No es tanto la red social “física”, o número de personas cercanas disponibles (los efectos del apoyo social parecen no ser acumulativos), como el apoyo percibido por parte de la persona (tener un amigo íntimo es mejor que tener muchos amigos o conocidos) y que el individuo sepa y esté dispuesto a extraer de modo efectivo el apoyo que necesita de otros.

Investigaciones con humanos indican que la existencia de un apoyo social efectivo es un amortiguador del estrés (Barrera, 1988) y favorece la salud:

¹⁹ <http://lorien.die.upm.es/juancho/pfcs/GMS/cap2.pdf>

- Disminuye la probabilidad general de presentar enfermedades: por ejemplo, herpes, infarto de miocardio, complicaciones durante el parto o trastornos psicológicos diversos, como episodios depresivos en personas vulnerables (Brown y Harris, 1978).

- Acelera la recuperación y reduce las tasas de mortalidad, aunque aún no se conocen con exactitud los mecanismos psicobiológicos que operan estos cambios (House y Cols. 1988).

A continuación se presentan varias definiciones que los investigadores han dado del apoyo social:

- "El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas".
- "La información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y les quieren, b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas".
- "Transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia".
- "La disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas".
- "El grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros".

A. Tipos de apoyo social

Si bien ninguna de las concepciones antes mencionadas incluye los cuatro tipos de apoyo social que a continuación se explican, estos tipos se derivan de tales concepciones. Todos estos tipos han de ser considerados como formas potenciales de apoyo y su capacidad para tener influencia en la salud ha de ser considerada de manera empírica. La importancia de un tipo u otro dependerá en cada caso de la relevancia de la fuente de apoyo para la persona y del problema concreto que requiera tal apoyo.

- **Apoyo emocional**

Un tipo de apoyo es el denominado "apoyo emocional". Este comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. Este tipo de apoyo está recogido, de una u otra manera, en las concepciones de apoyo antes mencionadas. En general, cuando las personas consideran de otra persona que ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional.

El resto de tipos de apoyo social suelen ser menos utilizados en la explicación y estudio de este concepto pero en ciertas situaciones suelen tener una gran importancia.

- **Apoyo instrumental**

Se ofrece "apoyo instrumental" cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o acabar el trabajo, se cuida de alguien... Es evidente que todo acto puramente instrumental tiene también consecuencias

psicológicas (así, la ayuda en el trabajo puede ser una ayuda o una fuente de información y valoración, y no siempre positiva; necesitas ayuda y no eres autosuficiente, no tienes capacidad...).

Las siguientes formas de apoyo (apoyo informativo y evaluativo) son los tipos que mayor dificultad presentan para su definición y, por tanto, para su distinción de las otras formas de apoyo.

- **Apoyo informativo**

El "apoyo informativo" se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.

- **Apoyo evaluativo**

El "apoyo evaluativo", al igual que el apoyo informativo, sólo implica la transmisión de información, y no el afecto que se transmite en el apoyo emocional. Sin embargo, la información que se transmite en el apoyo evaluativo es relevante para la autoevaluación, para la comparación social. Es decir, otras personas son fuentes de información que los individuos utilizan para evaluarse a sí mismos. Esta información puede ser implícita o explícitamente evaluativa.²⁰

3.4.7 Pensamiento Desiderativo

²⁰ Pérez Bilbao, J. Martín Daza, F. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España. 1991. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf

El pensamiento desiderativo, es un elemento muy presente en la infancia y en personalidades neuróticas como la dependencia. Ante la dificultad para operar o analizar la realidad, el sujeto opta por convencerse que aquellos que desea es lo que va ocurrir. Parte de la base de una importancia que solo alcanza su compensación mediante el deseo de omnipotencia. La única forma que tiene de sentirse seguro. Por eso, carece de rigor cuando desde fuera se analiza racionalmente y tan sólo puede alimentarse de gustos, deseos, ilusiones o suposiciones infundadas que carecen por completo de evidencia o fundamentos comprobables.²¹

Las fantasías inconscientes en relación con la realidad (percepción verídica) y con la fantasía (pensamiento desiderativo)

La relación de la fantasía y la realidad siempre ha preocupado a la teoría psicoanalítica. Laplanche y Pontalis (1967) apuntaron que, para Freud, la noción de fantasía se yuxtaponía a la noción de realidad, es decir que eran entidades distintas tanto en la teoría como de hecho.

Si esta discusión se realiza dentro de un eje de referencia psicoanalítico importante, esto nos lleva a definir la fantasía como una producción puramente ilusoria que no puede sostenerse cuando se confronta con una aprehensión correcta de la realidad... Freud establece el mundo interno, que tiende a la satisfacción por medio de la ilusión, contra un mundo externo que impone gradualmente el principio de realidad sobre el sujeto mediante el sistema perceptual.

²¹ Oliveros Calvo, Sergio Dr. El Pensamiento Desiderativo. 2014. Disponible en <http://www.grupodoctoroliveros.com/blog/el-pensamiento-desiderativo>

Así, Freud comenzó por ubicar la neurogénesis en los acontecimientos de la realidad, pero finalmente se vio forzado a reconocer su error: que lo que él suponía escenas patogénicas infantiles recuperadas durante el análisis –es decir la realidad material- era de hecho realidad psíquica, y que estos dos tipos de realidad son distintos y no deberían confundirse.

Más recientemente, Meissner²² (2000) se ha pronunciado en otro sentido: la realidad psíquica es equivalente a la realidad subjetiva, es decir a la experiencia consciente y al conocimiento, que está influenciado por la motivación inconsciente y por la experiencia objetiva. Así, en una posición más cercana a la de los kleinianos y opuesta a la de Freud, Meissner afirma que la realidad psíquica no se opone a la realidad, sino que ésta es parte de la primera, dado que la realidad puede conocerse sólo subjetivamente. Levy e Inderbitzin²³ (2001) han hecho una observación similar. Según esta perspectiva, es imposible alcanzar la percepción verídica ni en la teoría ni de hecho, una posición que también representa la noción de Brenner²⁴ (1994, 2002) de que toda mentalización consiste en formaciones de compromiso. En cualquier caso, este interjuego entre la imaginación total y la percepción verídica y cómo representar dicha interacción, está en el corazón de los debates actuales sobre la fantasía inconsciente y su relación con términos como los modelos internos de trabajo de Bowlby²⁵ (1973), las RIGs y los

²² Meissner, W. (2000). Reflections on psychic reality. *Int. J. Psychoanal.*, 81: 1117-1138.

²³ Inderbitzin, L. & Levy, S. (1990) Unconscious: a reconsideration of the concept. *J Amer. Psychoanal. Assn.*, 38:113-130.

²⁴ Brenner, C. (1994). The mind as conflict and compromise formation. *J. Clin. Psychoanal.*, 3:473-487

--- (2002). Conflict, compromise formation, and structural theory. *Psychoanal. Q.*, 71: 397-417-

²⁵ Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss*, Vol. 2. New York: Basic Books.

“esquemas de estar con” de Stern²⁶ (1985) y los guiones relacionales de Trevarthen²⁷ (1993).

3.4.8 Retirada social

Retirada social o aislamiento social en los ancianos²⁸ se ha convertido en un factor de riesgo ante el desarrollo de enfermedades y discapacidades; al igual es de gran relevancia dicha respuesta humana en el caso de la población emigrante que en la actualidad acude a nuestro país, y concretamente a nuestra comunidad autónoma, llegando incluso a ocasionar problemas de salud mental.

Es definido por la N.A.N.D.A ²⁹ como la soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

A. Factores Relacionados:

- Factores que contribuyen a la ausencia de relaciones personales satisfactorias: Falta de personas significativas de soporte (familiares, amigos, grupo), recursos personales inadecuados, diferencias culturales con el grupo mayoritario, emiude, emigración, procesos degenerativos e invalidante en su

²⁶ Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Bruschiweiler-Stern, N. & Tronick, E. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic psychotherapy: the "something more" than interpretation. *Int. J. Psychoanal.*, 79: 903-921.

²⁷ Trevarthen, C. (1993). Brain, science and the human spirit. In *Brain, Cul-ture and the Human Spirit*, ed. J. B. Ashbrook. Lanham, MD: Univ. Press America, pp. 129-181.

²⁸ Monforto Porto, J.A; Fernández Rojo, C; Diéz Boizas, J; Taranzo Martín; Alonso Jiménez, M y Franco Martín, M.A. Prevalencia de la depresión en el anciano que vive en residencias. *Rev Esp Geriatry Gerontol* 1998; 33 (1):13-20.

²⁹ North American Nursing Diagnosis Association. *NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002*. Ed Harcourt, S.A Madrid 2001

propia persona y/o en familiares cercanos (en el caso de ser el cuidador primario)

- Situación económica muy desfavorecida (pobreza)
- Alteraciones del aspecto físico o del estado mental. Deficiencias sensoriales, visuales.
- Conductas socialmente no aceptada.
- Traslado a otra cultura (idioma extraño). Valores socialmente no aceptados.
- Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias.
- Enfermedades invalidantes: Deterioro de la movilidad, miedo a la exposición de patógenos.
- Afrontamiento infectivo.

B. Se caracteriza por:

- Falta objetiva de personas significativas de soporte.
- Proyección de hostilidad en su voz y su conducta.
- Retraimiento, mutismo, falta de contacto ocular, temblor de manos. Inseguridad en público.
- Dificultades físicas y/o mentales que afecten al bienestar del individuo y su relación con los otros.
- Búsqueda de soledad continua. Expresión de sentimientos de soledad y/o rechazo impuesta por otros.
- Manifestaciones de conductas y valores aceptables por su cultura pero rechazada por el grupo dominante.

- Manifestaciones de sentimientos de ser distintos que los demás y sentimientos de conductas de rechazo a su persona.
- Baja autoestima y temor a las críticas. Temor a ser enjuiciado por otras personas.
- Déficit de autocuidados: baño/higiene, vestido/acicalamiento.

3.4.9 Evitación de problemas

A. ¿Qué es la evitación?

Uno de los motivos más frecuentes de malestar psicológico es debido a la evitación, esta consiste en escapar, retirarse o posponer temas que nos resultan desagradables ya que el afrontarlos supone experimentar una desagradable vivencia personal, generalmente un sentimiento de inferioridad o de incapacidad, un sentimiento de culpabilidad, de ridículo, de torpeza, de soledad, etc. Pongamos algunos ejemplos:

Todos realizamos evitaciones en determinados aspectos de nuestra vida. Mientras que podemos ser muy valientes para afrontar unos aspectos de nuestra vida, a la vez, podemos estar evitando otros. Es frecuente ver personas que son muy atrevidas y arriesgadas por ejemplo en el trabajo y los negocios, y a la vez tímidas e inseguras en los aspectos sentimentales y viceversa.

Es por lo tanto bastante lógico el pensar que en muchos casos la depresión tiene que ver con aquellas actividades, situaciones, personas o emociones evitadas, ya que esto es origen de frustración y conflicto interior. El individuo no está satisfecho consigo ni con su vida. Aunque no sea

plenamente consciente de las consecuencias de la evitación, internamente vivencia un estado de pérdida, de mutilación, algo importante de su vida se lo está perdiendo al no enfrentarse a lo que le genera malestar.

Aspectos muy importantes de nuestra vida son dejados a un lado por estos miedos y el tiempo no hace otra cosa que consolidarlos. Por otra parte, el individuo se empeña en no reconocer su propia evitación ya que esta toma de consciencia es dolorosa y frustrante (el individuo evita reconocer su evitación) y ahí es cuando las condiciones se dan y suelen aparecer los síntomas nerviosos como la ansiedad o la depresión.

Aunque la evitación no dé lugar a una problemática psíquica importante sí supone ya de por sí un importante empobrecimiento vital, ya que el individuo renuncia a parcelas de su vida que son importantes.

La evitación es un mecanismo defensivo para no sentir angustia, ansiedad, o sentimientos de inferioridad, pero el resultado es equivalente al que se podría obtener cuando un individuo para no sentir el dolor de un brazo dolorido opta por mutilárselo.

Una manifestación especial de la evitación es cuando ésta se enfoca no tanto en evitar las situaciones o las personas que evocan malestar sino en las propias manifestaciones emocionales como la ansiedad o la tristeza. Tal es el caso de quienes están en continua observación mental para anotar cuando irrumpe un sentimiento "peligroso" y tratar inmediatamente de anularlo. El resultado es una intensificación de los sentimientos evitados y una pérdida de energía por una lucha condenada al fracaso, ya que la

propia alerta y observación intensifican los estados emocionales no deseados ("Pregúntate si eres feliz y dejarás de serlo", "Pregúntate si estás ansioso, y lo estarás").

B. Tipos de evitación.

Los mecanismos de evitación toman variadas formas según las características y la historia personal de cada individuo. Desde el punto de vista externo, teniendo en cuenta la actividad evitada, los tipos más importantes de evitación son:

- **Evitación social.** Esta es la de las personas tímidas e inseguras que al ponerse en contacto con los demás experimentan sensaciones de nerviosismo y malestar. Al evitar las situaciones sociales sus temores se agudizan y pueden dar lugar a síntomas marcados de activación nerviosa como es el rubor, el temblor, la taquicardia, la tartamudez, etc., que en la medida en que a su vez son evitados o disimulados generan más ansiedad y afán de huida. Cuando este temor no es muy intenso pero si genera una cierta evitación hablamos en tal caso de ansiedad social, si el temor es intenso y la evitación toma carácter crónico estamos hablando de una fobia social.
- **Evitación sentimental.** Es propia de aquellas personas que han experimentado fuertes sentimientos de malestar al intentar unirse. Al mantener o al finalizar una relación de pareja. Esto a su vez ha podido tener una serie muy variada de causas, las más frecuentes son:

- Una predisposición negativa a la pareja por las vivencias infantiles de conflicto entre los padres, conflicto con la figura paterna del otro sexo u otro tipo de conflictos que han llevado al niño a dudar de la posibilidad de recibir afecto sincero e incondicional.
- Un miedo a la pareja por las experiencias negativas experimentadas anteriormente. Si alguien ha tenido problemas dolorosos con las parejas anteriores es fácil que tome una actitud evitativa ante la posibilidad de nueva unión.
- **Evitación laboral.** Es propia de aquellas personas que han experimentado fuertes sentimientos de incapacidad, exceso de responsabilidad, rechazo, inferioridad, ridículo o humillación en situaciones de trabajo. El afrontar el trabajo supone tomar contacto con sentimientos y emociones negativas por lo que la persona busca excusas y argumentos para no comprometerse de manera seria en un trabajo, o si no le queda más remedio, en estar con una actitud poco comprometida, demasiado reivindicativa y crítica o contradictoria ya que sabe que cosas son las adecuadas para funcionar mejor pero no las hace. Es típica en esta evitación la dificultad para aceptar de buen grado las órdenes de los jefes o las figuras de autoridad.
- **Evitación intelectual.** Cuando un estudiante se ha sentido con dificultades a la hora del estudio, ya sea por sentirse inferior a otros, demasiado presionado por padres o profesores, por comparación con otros más brillantes (como por ejemplo un hermano), por cambio

de colegio, etc., es fácil que el tener que ponerse a estudiar le suponga un revivir todas esas emociones negativas a las que tiene asociado el estudio, y emplee tácticas de distracción o evitación para no tener que experimentar ese tipo de malestar.

Desde el punto de vista interno, el de las percepciones emocionales y físicas de la persona, las evitaciones son de las emociones negativas suscitadas, el miedo, la rabia, la vergüenza, la culpa, la pena, etc. Para trabajar el afrontar estas emociones deberás hacer el programa de desarrollo de la inteligencia emocional.

C. Técnicas y estrategias para afrontar las situaciones evitadas.

Afrontar una situación evitada o temida es algo que no lo haces porque el exponerte te genera ansiedad y malestar. Cuanto más huyes y evitas mayor es el grado de malestar e intolerancia a la situación. Pero aunque te puedas escapar, tu sabes que se queda pendiente esa asignatura y que más pronto que tarde te tendrás que volver a enfrentar a ella.

Por tanto, y por aquello de que la mejor defensa es un buen ataque, prepárate para enfrentarte a eso que tanto temes, los pasos a seguir son los siguientes:

- Identifica aquellas situaciones que evitas con frecuencia. Pueden ser de tipo social, laboral, intelectual o sentimental u otras. A veces es útil que alguien de confianza te ayude a identificar las cosas que normalmente eludes o evitas ya que tú puedes ser inconscientes de estos hechos. Si hay varios sectores

de tu vida con evitación, por ejemplo el tema sentimental y el social, escoge uno para comenzar con tu trabajo de afrontar y cuando concluyas con éste sigue con el otro.

- Haz una jerarquía gradual de situaciones evitadas en orden al grado de ansiedad o temor que te generan y por escrito. Observa en los ejemplos de jerarquía de situaciones a afrontar como se han ordenado las situaciones. Es suficiente con 8 o 10 situaciones de las más significativas para hacer la jerarquía.
- Antes de empezar a exponerte realmente a cada situación puedes hacer ensayos imaginarios, donde visualizas las situaciones, revives las emociones que te producen y "aguantas" todo el tiempo que puedas esas sensaciones hasta que notes una reducción importante de esa ansiedad (que disminuya hasta el 25% de la emoción original). Las técnicas de imaginación están descritas en Aprender a Relajarte y las técnicas de activar y aceptar tus emociones en Vive tus Emociones.
- La práctica de técnicas de reducción de la activación nerviosa como la respiración, la relajación (Aprende a Relajarte) o la meditación (Aprende a Meditar) te puede ser muy útil para saber rebajar la ansiedad y el malestar cuando te tengas que enfrentar a las situaciones evitadas.

3.4.10 Atención Primaria de la Salud Mental en Enfermería

La promoción de la salud abarca los 3 niveles de prevención; primaria, secundarias y terciaria, para identificar disfunciones y potenciar el grado óptimo de salud mental del individuo.

1) Prevención Primaria:

Se basa en intervenciones biológicas, psicológicas y sociales encaminadas a promover el soporte emocional y prevenir la incidencia de enfermedades mentales.

Papel de Enfermería:

- Identificar los extrusores y factores de riesgo de la comunidad para la población.

Situaciones estresantes:

La vulnerabilidad del sujeto o factores predisponentes

Los acontecimientos, circunstancias o factores precipitantes.

Los factores protectores, como el soporte social y los estilos de afrontamiento.

Los factores perpetuanes que contribuyen a mantener los trastornos.

- Asesoramiento a escuelas y centros de la comunidad: clubes sociales, centros de ancianos
- Formación de grupos con familias con situaciones vitales de ajuste: divorcios, separaciones.
- Consultas de la salud mental y cuidados a la población.
- Educación de salud mental a la población a través de charlas, enseñando habilidades sociales y grupos de autoevaluación.
- Participar en la elaboración de programas y en la política sanitaria referente a la salud mental.

- Consulta y asesoramiento sobre aspectos de salud mental a otros enfermeros para lograr una mayor educación en materia de salud mental.

Técnicas usadas en la prevención primaria:

- La educación
- La interconsulta
- La intervención directa.

2) Prevención Secundaria:

Es evitar secuelas y limitar la incapacidad a través de diagnósticos precoces y tratamientos efectivos, su función es acortar el curso de la enfermedad mediante la identificación temprana y la intervención rápida.

Papel del personal de enfermería:

- En este nivel la enfermería trata situaciones potenciales para disminuir los efectos negativos.
- Proveer actividades terapéuticas a individuos, grupos y familiares.
- Prevención del suicidio y el asesoramiento en situaciones de crisis.
- Asesoramiento a víctimas de la violencia.
- Grupos de reducción de estrés.
- Proveer servicios de emergencia de salud mental en la comunidad en centros intermedios de atención primaria.

3) Prevención Terciaria:

Procura reducir en la comunidad la proporción de funcionamiento defectuoso debido a trastornos mentales.

Objetivo de Enfermería:

- Planificación de los cuidados de salud para los pacientes que salen del hospital
- Seguimiento para evitar reagudización de conflictos
- Paliar posibles ingresos
- Coordinación de cuidados en casa y en los servicios intermedios
- Enseñanza de actividades de A.C.
- Realización de grupos de pacientes y familiares
- Asesorar y remitir a los pacientes a grupos que faciliten su socialización y reinserción
- Realización de programas.

4 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- **Autor:** Rosa Ysabel Acosta Navarro

Título: Nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores de la Asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores, Lima 2011.

Fuente: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Conclusiones:

El 84% tiene un nivel alto y 20% un nivel bajo de estrategias de afrontamiento.

En las dimensiones del afrontamiento tienen presentes en el aspecto de cognición siguiendo el apoyo social y el aislamiento.

- **Autor:** Ana Luisa González-Celis y Adriana Padilla

Título: calidad de vida y estrategias de Afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México

Fuente: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

Conclusiones:

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los ancianos son las orientadas al problema, las cuales se refieren a las conductas dirigidas a confrontar la realidad y el tener una reapreciación positiva, manejando sus consecuencias frente a un suceso estresante es la situación o problema que les preocupe a los adultos mayores.

5 HIPÓTESIS

Dado que las estrategias de afrontamiento, son conductas o acciones concretas y específicas para hacer frente a un problema.

Y por tratarse de adultos mayores que viven en distritos tradicionales de Arequipa frente a enfermedades crónicas son obligados a optar por cambios en su estilo de vida, como dejar de hacer actividades que disfruta, adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales.

Es probable que existan diferencias de las estrategias de afrontamiento del club del adulto mayor del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Cerro Colorado y del Centro De Salud Buenos Aires – Cayma.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

Para la realización del presente estudio se utilizó como técnica el cuestionario.

El instrumento consta de dos partes. La primera parte se consignaron los datos generales de los adultos mayores; en la segunda parte se incluyó la cedula de preguntas: escala de estrategia de afrontamiento cuyo autor es F. J. Cano García. La cual tiene ocho dimensiones:

Autocritica, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión emocional, apoyo social, pensamiento desiderativo, retirada social y evitación de problemas. Las cuales tienen 40 ítems.

De los cuales cada factor incluye 5 ítems sumando en total 40 ítems.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz nivel I-4, el cual está ubicado en calle Yavari s/n urbanización Zamacola en el distrito de Cerro Colorado en la provincia y departamento de Arequipa.

Brinda atención en los servicios de: Medicina, ginecología, obstetricia, pediatría, cirugía, emergencia, programa de crecimiento y desarrollo, estimulación temprana, odontología, psicología, estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis.

El centro de salud está constituido por dos plantas al entrar por la puerta de la calle Yaraví se encuentra admisión, emergencia, farmacia, los

programas de niño sano, salud bucal, materno perinatal, planificación familiar y los consultorios de medicina.

En la parte frontal a estos consultorios se ubican los ambientes de psicología, medicina, administración, triaje, la sala de recuperación de mujeres y el star de médico, en la parte posterior se encuentra el servicio social, el comedor, la jefatura del centro de salud, la sala de ecografía, sala de espera, la central de esterilización y los vestidores. En la parte posterior se encuentra el patio y los ambientes destinados a salud ambiental, el almacén de PANFAR y la lavandería. El patio tiene acceso a la calle Marañón. La segunda planta consta de ambientes destinados a la labor administrativa, servicio social, informática y auditorio.

En el Centro de Salud Buenos Aires atiende pacientes de nivel I-4, el cual está ubicado en la calle Unión en el distrito de Cayma en la provincia y departamento de Arequipa, sin internamiento con dos establecimientos de salud de categoría 1-2 (P.S San José y P.S Deán Valdivia). Atiende a la parte alta del distrito y la zona de ENACE, que pertenece al Ministerio de salud Red Caylloma.

Brinda atención en los servicios de: medicina, obstetricia, odontología, psicología, nutrición, programa de crecimiento desarrollo, estimulación temprana, estrategia sanitaria de prevención y control de tuberculosis y asistencia social.

Cuenta con dos plantas; en el primer nivel está ubicada admisión, sala de espera, psicología, cred, obstetricia, odontología y farmacia. En el segundo nivel está ubicado el consultorio de medicina, jefatura, asistencia social y la sala de estimulación temprana.

El estudio se realizó en el segundo piso del establecimiento donde se aplicó las encuestas a los adultos mayores.

2.2 Ubicación temporal

El estudio se realizó en el presente año 2016 entre los meses de marzo a junio 2016.

2.3 Unidades de estudio

Como unidades de estudio en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Cerro Colorado tenemos un universo de 57 adultos mayores pertenecientes al club del adulto mayor, que equivale al 100% y del Centro De Salud Buenos Aires – Cayma donde tenemos un universo de 46 adultos mayores pertenecientes al club del adulto mayor, que equivale al 100%.

Para aplicar nuestras encuestas se utilizó el 100% de adultos mayores de cada club del adulto mayor y que además se aplicó los criterios de inclusión.

2.3.1 Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 65 años
- Adultos mayores que pertenezcan al club del adulto mayor en alguno de los dos centros de salud
- Adultos mayores con enfermedades crónicas
- Adultos mayores que deseen participar en el estudio

2.3.2 Criterios de exclusión:

- Adulto mayor que no tienen enfermedad crónica
- Adultos mayores que no sean integrantes del club del adulto mayor
- Adultos mayores que no deseen participar en el estudio
- Adultos mayores que no hablen castellano
- Adultos mayores que no asistan el día de las encuestas

2.4 Estrategia de recolección de datos

- Coordinación con el decanato de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María para la obtención de la carta de presentación dirigida a los a los médicos jefes de los dos centros de salud para que autorizase la realización del presente trabajo.
- Coordinación con los directores y encargados del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Cerro Colorado y Centro De Salud Buenos Aires – Cayma además del club del adulto mayor de ambos establecimientos.
- Motivación de adultos mayores, se realizó los días coordinados con el club del adulto mayor en ambos establecimientos de investigación.
- Aplicación de los instrumentos en el horario de mañana y durante la reunión del club del adulto mayor.
- Una vez aplicada la recolección de datos estos se sistematizaron en tablas estadísticas.

2.4.1 Recursos:

- **Humanos:**

Las investigadoras:

Srta. Juhenia Alina Madariaga Casani

Srta. Angie Stefany Quilca Huamani

- **Institucionales:**

Universidad Católica de Santa María: Facultad de Enfermería

Centro De Salud Maritza Campos Díaz - Cerro Colorado

Centro De Salud Buenos Aires – Cayma

- **Materiales:**

Ficha de recolección de datos, inventario de estrategias de afrontamiento, material de escritorio, computadora, paquete estadístico, cámara fotográfica.

- **Financieros:**

La investigación fue solventada con recursos propios de las investigadoras.





CAPITULO III
**PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
DE RESULTADOS**

TABLA N° 1

**EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS
DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD
BUENOS AIRES- AREQUIPA 2016**

EDAD	CAYMA		CERRO COLORADO	
	Nº	%	Nº	%
65-70 AÑOS	8	36,4	5	22,7
71-75 AÑOS	5	22,7	4	18,2
76-80 AÑOS	5	22,7	4	18,2
81-85 AÑOS	1	4,5	8	36,4
86-90 AÑOS	1	4,5	1	4,5
>=90 AÑOS	2	9,1	0	0,0
TOTAL	22	100,0	22	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras. Arequipa 2016.

En la tabla N°. 1, se observa que en el distrito de Cayma, el 36,4 % de los adultos mayores, tienen entre 65 a 70 años de edad. Y en el distrito de Cerro Colorado, el 36,4 % de adultos mayores tiene entre 81 a 85 años de edad.

Se deduce que más de la cuarta parte de los adultos mayores de Cerro Colorado tienen entre 81 a 85 años de edad.

TABLA N° 2

**GENERO DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO
DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016**

GENERO	CAYMA		CERRO COLORADO	
	Nº	%	Nº	%
Femenino	17	77,3	16	72,7
Masculino	5	22,7	6	27,3
TOTAL	22	100,0	22	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras. Arequipa 2016.

En la siguiente tabla se aprecia que el 77,3% de adultos mayores de Cayma son del género femenino; mientras que en Cerro Colorado está constituido por el 72,7% del género femenino.

Se deduce que en ambos distritos aproximadamente las tres cuartas partes del total de adultos mayores corresponden al género femenino.

TABLA N° 3

**CONVIVENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO
DE SALUD BUENOS AIRES- AREQUIPA 2016**

CONVIVENCIA	CAYMA		CERRO COLORADO	
	Nº	%	Nº	%
Con pareja	5	22,7	7	31,8
Con hijos	7	31,8	13	59,1
Solo	8	36,4	1	4,5
Otros	2	9,1	1	4,5
TOTAL	22	100,0	22	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras. Arequipa 2016.

En la tabla N°. 3 el 59,1% de adultos mayores de Cerro Colorado viven con sus hijos y el 36,4% de adultos mayores en Cayma viven solos.

Se deduce que en el distrito de Cerro Colorado más de la mitad de los integrantes del club del adulto mayor afirman vivir con sus hijos.

TABLA N° 4

**SITUACIÓN CONYUGAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016**

SITUACION CONYUGAL	CAYMA		CERRO COLORADO	
	Nº	%	Nº	%
Casado	10	45,5	13	59,1
Soltero	4	18,2	0	0,0
Viudo	7	31,8	9	40,9
Divorciado	1	4,5	0	0,0
TOTAL	22	100	22	100

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras. Arequipa 2016.

La tabla N°. 4 se refiere al estado civil de los adultos mayores y nos indica que el 59,1% de los encuestados del distrito de Cerro Colorado están casados. Mientras que en el distrito de Cayma refieren estar casados el 45,5%.

Se deduce que en el distrito de Cerro Colorado más de la mitad de los adultos mayores refieren estar casados y en Cayma menos de la mitad están casados.

TABLA N° 5

**RELIGIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO
DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016**

RELIGION	CAYMA		CERRO COLORADO	
	Nº	%	Nº	%
Católico	16	72,7	13	59,1
Ateo	2	9,1	5	22,7
Cristiano	2	9,1	2	9,1
Testigo de Jehová	2	9,1	2	9,1
TOTAL	22	100,0	22	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras. Arequipa 2016.

Observamos que en distrito de Cayma el 72,7% de los adultos mayores de Cayma son católicos. Mientras que en el distrito de Cerro Colorado está formado por el 59,1%.

En ambos distritos la mayoría profesa la religión Católica.

TABLA N° 6

**CLASIFICACIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ENFERMEDADES
CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO
DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016**

ENFERMEDADES CRÓNICAS	CAYMA		CERRO COLORADO	
	N°	%	N°	%
Diabetes	9	40,9	5	22,7
Hipertensión	6	27,3	8	36,4
Artrosis	5	22,7	5	22,7
Artritis	2	9,1	4	18,2
TOTAL	22	100,0	22	100,0

FUENTE: Instrumento aplicado por las investigadoras. Arequipa 2016.

Se aprecia que el 40,9% de los adultos mayores de Cayma padecen de diabetes y el 36,4% en el distrito de Cerro Colorado sufre de hipertensión.

Se deduce que en ambos distritos las enfermedades crónicas más predominantes son diabetes e hipertensión.

TABLA N° 7

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO:
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES- AREQUIPA 2016**

RESOLUCION DE PROBLEMAS	CAYMA		CERRO COLORADO	
	Nº	%	Nº	%
Menor	17	77,3	1	4,5
Mayor	5	22,7	21	95,5
TOTAL	22	100,0	22	100,0

FUENTE: Instrumento elaborado por F.J. Cano García aplicado por las investigadoras

$X^2=24.07$

$P<0.05$ significativo

En la tabla, se denota que el 95,5% de los integrantes del club del adulto mayor de Cerro Colorado tiene mayor resolución de problemas frente al 77,3% de los adultos mayores de Cayma.

Se deduce que cerca de la totalidad de los adultos mayores del distrito de Cerro Colorado tienen mayor resolución de problemas frente a una enfermedad crónica en comparación con el distrito de Cayma.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=24.07$) se muestra que el afrontamiento de resolución de problemas en los adultos mayores de Cayma y Cerro Colorado presentó diferencias estadísticamente significativas ($P<0.05$).

TABLA N° 8

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO:
AUTOCRÍTICA DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO
DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016**

AUTOCRÍTICA	CAYMA		CERRO COLORADO	
	Nº	%	Nº	%
Menor	19	86,4	8	36,4
Mayor	3	13,6	14	63,6
TOTAL	22	100,0	22	100,0

FUENTE: Instrumento elaborado por F.J. Cano García aplicado por las investigadoras

$X^2=11.59$

$P<0.05$ significativo

Se observa, que el 63,3% de los adultos mayores de Cerro Colorado tiene mayor nivel de autocrítica en comparación al 86,4% de los adultos mayores de Cayma con menor nivel de autocrítica.

Se deduce que más de la mitad de los adultos mayores del distrito de Cerro Colorado presentan mayor nivel de autocrítica frente al distrito de Cayma.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=11.59$) el afrontamiento de autocrítica en los adultos mayores de Cayma y Cerro Colorado presentó diferencias estadísticamente significativas ($P<0.05$).

TABLA N° 9

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO:
EXPRESIÓN EMOCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016**

EXPRESION EMOCIONAL	CAYMA		CERRO COLORADO	
	Nº	%	Nº	%
Menor	18	81,8	1	4,5
Mayor	4	18,2	21	95,5
TOTAL	22	100,0	22	100,0

FUENTE: Instrumento elaborado por F.J. Cano García aplicado por las investigadoras

$X^2=26.77$

$P<0.05$ significativo

Se observa, que el 95,5% de los adultos mayores de Cerro Colorado tiene mayor expresión emocional y el 81,8% de los adultos mayores de Cayma tiene menor expresión emocional.

Se deduce que en el distrito de Cerro Colorado, la mayoría de sus adultos mayores presentan mayor expresión emocional en comparación con el distrito de Cayma.

La tabla N°. 9, el afrontamiento según expresión emocional en los adultos mayores de Cayma y Cerro Colorado presentó diferencias estadísticamente significativas ($P<0.05$), según la prueba de chi cuadrado. ($X^2=26,77$)

TABLA N° 10

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO:
PENSAMIENTO DESIDERATIVO DE LOS ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016**

PENSAMIENTO DESIDERATIVO	CAYMA		CERRO COLORADO	
	Nº	%	Nº	%
Menor	8	36,4	16	72,7
Mayor	14	63,6	6	27,3
TOTAL	22	100,0	22	100,0

FUENTE: Instrumento elaborado por F.J. Cano García aplicado por las investigadoras

$X^2=4.66$

$P<0.05$ significativo

En la siguiente tabla, se observa que el 63,4% de los integrantes del club del adulto mayor de Cayma tiene mayor pensamiento desiderativo y el 72,7% de los adultos mayores de Cerro Colorado tienen menor pensamiento desiderativo.

Se deduce que más de la mitad de los adultos mayores del distrito de Cayma tienen un mayor nivel de pensamiento desiderativo.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4,66$) se muestra que el afrontamiento de pensamiento desiderativo en los adultos mayores de Cayma y Cerro Colorado presentó diferencias estadísticamente significativas ($P<0.05$).

TABLA N° 11

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO:
APOYO SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO
DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016**

APOYO SOCIAL	CAYMA		CERRO COLORADO	
	Nº	%	Nº	%
Menor	18	81,8	14	63,6
Mayor	4	18,2	8	36,4
TOTAL	22	100,0	22	100,0

FUENTE: Instrumento elaborado por F.J. Cano García aplicado por las investigadoras

$X^2=1.83$

$P>0.05$ significativo

Se observa que el 81,8% de los integrantes del club del adulto mayor de Cayma y el 63,6% de los adultos mayores de Cerro Colorado tienen menor apoyo social.

Se deduce que en ambos distritos más de la mitad de los adultos mayores tienen poco apoyo social.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1,83$) se muestra que el afrontamiento de apoyo social en los adultos mayores de Cayma y Cerro Colorado presentó diferencias estadísticamente significativas ($P<0.05$).

TABLA N° 12

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO:
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA DE LOS ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016**

REESTRUCTURACION COGNITIVA	CAYMA		CERRO COLORADO	
	Nº	%	Nº	%
Menor	15	68,2	9	40,9
Mayor	7	31,8	13	59,1
TOTAL	22	100,0	22	100,0

FUENTE: Instrumento elaborado por F.J. Cano García aplicado por las investigadoras

$X^2=3.30$

$P>0.05$ no significativo

Se aprecia que el 68,2% de los adultos mayores de Cayma tienen menor nivel de reestructuración cognitiva y el 59,1% de los adultos mayores de Cerro Colorado tienen mayor nivel de reestructuración cognitiva.

En el distrito de Cerro Colorado más de la mitad de los adultos mayores presentan mayor nivel de reestructuración cognitiva y en Cayma más de mitad tiene menor reestructuración cognitiva.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3,30$) se muestra que el afrontamiento de reestructuración cognitiva en los adultos mayores de Cayma y Cerro Colorado no presentó diferencias estadísticamente significativas ($P>0.05$).

TABLA N° 13

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO:
EVITACIÓN DEL PROBLEMA DE LOS ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016**

EVITACION DEL PROBLEMA	CAYMA		CERRO COLORADO	
	Nº	%	Nº	%
Menor	15	68,2	12	54,5
Mayor	7	31,8	10	45,5
TOTAL	22	100,0	22	100,0

FUENTE: Instrumento elaborado por F.J. Cano García aplicado por las investigadoras

$X^2=1.50$

$P>0.05$ no significativo

Se denota que el 68,2% de los adultos mayores de Cayma y el 54,5% de los adultos mayores de Cerro Colorado tiene menor evitación de problemas.

Se deduce que en ambos distritos más de la mitad de los adultos mayores presenta menor evitación del problema.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1,50$) se muestra que el afrontamiento de evitación del problema en los adultos mayores de Cayma y Cerro Colorado no presentó diferencias estadísticamente significativas ($P>0.05$).

TABLA N° 14

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO:
RETIRADA SOCIAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ Y CENTRO
DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016**

RETIRADA SOCIAL	CAYMA		CERRO COLORADO	
	Nº	%	Nº	%
Menor	9	40,9	12	54,5
Mayor	13	59,1	10	45,5
TOTAL	22	100,0	22	100,0

FUENTE: Instrumento elaborado por F.J. Cano García aplicado por las investigadoras

$X^2=9.82$

$P<0.05$ significativo

El 59,1% de los integrantes del club del adulto mayor de Cayma tiene mayor retirada social y el 54,5% de los adultos mayores de Cerro Colorado tiene menor retirada social.

Se deduce que en el distrito de Cayma, más de la mitad de los adultos mayores presentan mayor retirada social.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=9,82$) se muestra que el afrontamiento de retirada social en los adultos mayores de Cayma y Cerro Colorado presentó diferencias estadísticamente significativas ($P<0.05$).

TABLA N° 15

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN:

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	CAYMA		CERRO COLORADO	
	Nº	%	Nº	%
Negativas	18	81,8	2	9,1
Positivas	4	18,2	20	90,9
TOTAL	22	100,0	22	100,0

FUENTE: Instrumento elaborado por F.J. Cano García aplicado por las investigadoras

$X^2=23.47$

$P<0.05$ significativo

Se observa que el 90,9% de los integrantes del club del adulto mayor de Cerro Colorado presenta estrategias de afrontamiento positivas, mientras que el 81,8% del distrito de Cayma presenta estrategias de afrontamiento negativas.

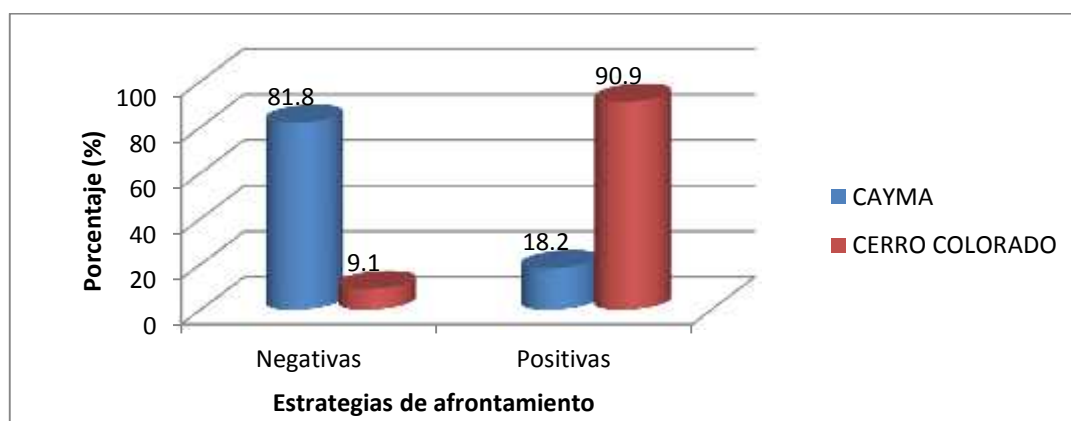
De lo que deducimos que en el distrito de Cerro Colorado, la gran mayoría del club del adulto mayor, presenta estrategias de afrontamiento positivas frente al distrito de Cayma la mayoría presenta estrategias de afrontamiento negativas.

Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=23,47$) se muestra las estrategias de afrontamiento en los adultos mayores de Cayma y Cerro Colorado presentó diferencias estadísticamente significativas ($P<0.05$).

GRÁFICO N° 1

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN:

**ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - AREQUIPA 2016**



CONCLUSIONES

PRIMERA:

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz del distrito de Cerro Colorado, por los adultos mayores con enfermedades crónicas son: resolución de problemas y expresión emocional con mayor porcentaje, seguido de autocrítica.

SEGUNDA:

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas en el Centro de Salud Buenos Aires del distrito de Cayma son: pensamiento desiderativo, seguido de retirada social, reestructuración cognitiva a igual porcentaje con evitación de problemas.

TERCERA:

Después de haber comparado ambas poblaciones, se concluye que las unidades de estudio del Centro de Salud Maritza Campos Díaz del distrito de Cerro Colorado presenta gran diferencia frente a los adultos mayores del Centro de Salud Buenos Aires del distrito de Cayma; en la utilización de estrategias de afrontamiento frente a enfermedades crónicas.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Al Jefe del Centro De Salud Maritza Campos Díaz- Cerro Colorado se le recomienda coordinar con los responsables del club del adulto mayor para que se continúe realizando programas de educación para la salud y ayudar a ejecutar buenas estrategias de afrontamiento.

Al Jefe del Centro De Salud Buenos Aires- Cayma se sugiere fortalecer programas de educación para la salud y las estrategias de afrontamiento en el adulto mayor con enfermedades crónicas.

SEGUNDA:

A la decana de la Facultad Enfermería fomentar nuevos estudios enfocados a evaluar el conocimiento y la práctica sobre estrategias de afrontamiento en los adultos mayores ante alguna enfermedad crónica así como a mantener un cuidado integral en su salud.

TERCERA:

A los jefes de ambos centros, implementar un programa preventivo promocional de salud; sobre la etapa del envejecimiento, enfermedades crónicas y estrategias de afrontamiento que debe ser dado, en la etapa pre adulto mayor. Con el propósito de anticipar a la población sobre el proceso del envejecimiento y lo que este, conlleve.

BIBLIOGRAFÍA

1. BETANCOURT, M y Ma. Valadez. (2005). *Atmósferas creativas: juega, piensa y crea*. Editorial El Manual Moderno, México.
2. BETANCOURT, M. (2001). *Atmósferas creativas 2: rompiendo candados mentales*. El Manual Moderno, México.
3. BOWLBY, J. (1973). *Attachment and Loss, Vol. 2*. New York: Basic Books.
4. BRENNER, C. (1994). The mind as conflict and compromise formation. *J. Clin. Psychoanal.*, 3:473-487.

(2002). Conflict, compromise formation, and structural theory. *Psychoanal. Q.*, 71: 397-417-
5. CONTRERAS, ROZMAN. *Medicina interna*. Editorial ELSEVIER. España. 2013. p. 953- 957
6. FARRERAS VALENTI, ROZMAN C. *Medicina interna*. Decimoséptima edición. Elsevier. México. 2013. p. 1210
7. Inderbitzin, L. & Levy, S. (1990) Unconscious: a reconsideration of the concept. *J Amer. Psychoanal. Assn.*, 38:113-130.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Datos de población 2007*. Pág. 2
9. KASPES, BROUNWALD, FAUCI, HAUSER, LONGO. *Harrison, principios de la medicina interna*. Editorial Mc Grawhill interamericana. México: 2005. p. 301- 217
10. LAZARUS, R., FOLKMAN S. *Estrés y Proceso Cognitivos*. Editorial. Martínez de Rosa. Barcelona: 2005.
11. MEISSNER, W. (2000). Reflections on psychic reality. *Int. J. Psychoanal.*, 81: 1117-1138.

12. MICKEY STANLEY, KATHRYN A. BLAIR., PATRICIA GAUNTLETT.
Enfermería geriátrica. Tercera edición. Mc Graw Hill. Madrid. 2008. p. 11-12.
13. MILLAN CALENTI. Gerontología y geriatría. Editorial medica panamericana.
México. 2010. p. 1
14. MONFORTO PORTO, J.A; Fernández Rojo, C; Diéz Boizas, J; Taranzo
Martín; Alonso Jiménez, M y Franco Martín, M.A. Prevalencia de la depresión
en el anciano que vive en residencias. Rev Esp Geriatry Gerontol 1998; 33
(1):13-20.
15. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA Diagnósticos
Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Ed Harcourt, S.A Madrid
2001
16. Oliveros Calvo, Sergio Dr. El Pensamiento Desiderativo. 2014. Disponible en
<http://www.grupodoctoroliveros.com/blog/el-pensamiento-desiderativo>
17. Pérez Bilbao, J. Martín Daza, F. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en
el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España. 1991.
Disponible en:
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf
18. QUINTERO ARRIVILLAGA M, SANCHEZ CORREA D, TORRE SALAZAR C.
psicología de la salud, abordaje integral de la enfermedad crónica. Editorial
El Manual Moderno Ltda. Bogota, Colombia. 2007; p. 54-55
19. Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.,
Bruschweiler-Stern, N. & Tronick, E. (1998). Non-interpretive mechanisms in
psychoanalytic psychotherapy: the "something more" than interpretation. Int.
J. Psychoanal., 79: 903-921.
20. TREVARTHEN, C. (1993). Brain, science and the human spirit. In Brain,
Cul-ture and the Human Spirit, ed. J. B. Ashbrook. Lanham, MD: Univ. Press
America, pp. 129-181.

INFORMATOGRAFÍA

<http://lorien.die.upm.es/juancho/pfcs/GMS/cap2.pdf>

<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/faq/afrontam.htm>

<http://www.monografias.com/trabajos24/solucion-problemas/solucion-problemas.shtml>

<http://www.psicopedagogia.com/definicion/autocritica>

http://virtual.uaeh.edu.mx/repositoriooa/paginas/OA_iemocional/tcnica_de_la_reestructuracin_cognitiva.html





Anexo N° 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

El propósito de esta ficha es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas.

Marque con una x a la casilla que corresponde.

I. DATOS GENERALES

1. DISTRITO QUE PERTENECE:

Cayma Cerro Colorado

2. QUE EDAD TIENE:

65 – 70

71 – 75

76 – 80

81 – 85

86 – 90

90 a más

3. SEXO:

Femenino Masculino

4. CONVIVENCIA FAMILIAR:

Con Pareja Con Hijos Solo Otros

5. SITUACION CONYUGAL:

Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a)

6. RELIGION QUE PERTENECE:

Católico Cristiano Testigo De Jehová

Ateo Otro

7. ENFERMEDAD CRONICA QUE TIENE:

Hipertensión

Artritis

Artrosis

Diabetes

Anexo N° 2

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas.

No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

IDEA	0: en absoluto	1: un poco	2: bastante	3: mucho	4: totalmente
1. Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2. Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8. Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11. Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminarse	0	1	2	3	4
13. Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15. Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16. Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17. Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18. Me criticqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4

20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27. Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería.	0	1	2	3	4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias.	0	1	2	3	4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron.	0	1	2	3	4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes.	0	1	2	3	4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto.	0	1	2	3	4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas.	0	1	2	3	4
39. Evité pensar o hacer nada.	0	1	2	3	4
40. Traté de ocultar mis sentimientos.	0	1	2	3	4

FIN DE LA PRUEBA

Anexo N° 3

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He escuchado el documento leído por las investigadoras, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo,, Cédula de Identidad....., de nacionalidad....., mayor de edad o autorizado por mi representante legal, con domicilio en
.....,
consiento en participar en la investigación denominada: “ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ - CERRO COLORADO Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES - CAYMA, AREQUIPA 2016.”

- He sido informado de los objetivos de la investigación.
- Corresponde a la sección en donde se firma el Consentimiento.
- Incluye información clara y precisa de la investigación, derecho a conocer los resultados, voluntariedad, derecho a conocer los resultados, confidencialidad.

FIRMA



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 251210 Fax:(51 54) 251213 ucsm@ucsm.edu.pe <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

INFORME N° 0380 -CB- 2016

A : Doctora JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : COORDINACIÓN DE BIBLIOTECAS, SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2016-0380

Fecha : 1 de junio de 2016

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ - CERRO COLORADO Y CENTRO DE SALUD BUENOS
AIRES - CAYMA, AREQUIPA 2016.

Autor(es):

MADARIAGA CASANI JUHENIA ALINA/QUILCA HUAMANI ANGIE STEFANY

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **22 %** en el
sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA



PROF. AMÉRICO HERRERA VERA
Coordinación de Bibliotecas, Hemeroteca y Videoteca



CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE MG. CD. ORTODONCISTA JUAN ALARCÓN ARENAS JEFE DE LA
MICRO RED ZAMÁCOLA:

DA CONSTANCIA QUE:

Las señoritas **JUHENA ALINA MADARIAGA CASANI Y
ANGIE STEFANY QUILCA HUAMANI**, han aplicado su instrumento al Club del
Adulto Mayor "Años Maravillosos" en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz -
Zamácola, el proyecto de tesis titulado **"ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ - CERRO COLORADO Y CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES
- CAYMA, AREQUIPA 2016"**, el día 20 de Mayo del año en curso.

Se otorga la presente a solicitud de las interesadas para los
fines que estime por conveniente.

Arequipa, 30 de Mayo del 2016

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE AREQUIPA
DIRECCIÓN RED DE SALUD AREQUIPA-CAYMA
MICRO RED ZAMÁCOLA



Mg. Juan R. Alarcón Arenas
P.D. ORTODONCISTA
JEFE DE LA MICRO RED

Calle Yavari s/n frente al Mercado de Zamácola
MICRO RED ZAMACOLA
Teléfono 054-443087 - Fax 444576

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE BUENOS AIRES-CAYMA
MICRORED DE ALTO BAJOS AIRES DE CAYMA

CONSTANCIA

La Médico que suscribe Jefe de la Micro Red "Buenos Aires" de Cayma,
hace constar que la señorita:

ANGIE STEFANY QUILCA HUAMANI

ha ejecutado su encuesta para el Proyecto de Investigación titulado
"ESTRATEGIAS AFRONTAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRONICAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES-
CAYMA. AREQUIPA 2016", el Viernes 06 de Mayo del año en curso.

Se expide la presente constancia, a solicitud de la interesada para las
fines que crea por conveniente.

AREQUIPA, 17 DE MAYO DEL 2016.



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE BUENOS AIRES-CAYMA
[Signature]
Dra. Virginia Condori López
C.M.P. 52110
Jefe Micro Red Buenos Aires de Cayma

MICRO RED BUENOS AIRES DE CAYMA
José Carlos Mariátegui N° 403 Buenos Aires de Cayma
Telf. 443804

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE IRLA"



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD BUENOS AIRES - CAYMA
INSTRUMENTO DE SALUD BUENOS AIRES DE CAYMA

CONSTANCIA

La Médico que suscribe Jefe de la Micro Red "Buenos Aires" de Cayma,
hace constar que la señorita:

JUHENIA ALINA MADARIAGA CASANI

ha ejecutado su encuesta para el Proyecto de Investigación titulado
"ESTRATEGIAS AFRONTAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON
ENFERMEDADES CRONICAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES-
CAYMA. AREQUIPA 2016", el Viernes 06 de Mayo del año en curso.

Se expide la presente constancia, a solicitud de la interesada para los
fines que crea por conveniente.

AREQUIPA, 17 DE MAYO DEL 2016.



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD BUENOS AIRES - CAYMA
Virgilia Condori Linares
Dra. Virgilia Condori Linares
COP 22110
Med. Jefe Micro Red Buenos Aires de Cayma

MICRO RED BUENOS AIRES DE CAYMA
José Carlos Mariátegui N° 403 Buenos Aires de Cayma
Tel. 443504