

CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE PROBLEMAS Y ENFERMEDADES EN ANCIANOS DE CIUDAD DE MÉXICO

ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS Y ADRIANA PADILLA*
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

Recibido: Mayo 6 de 2006

Revisado: Mayo 12 de 2006

Aceptado: Junio 12 de 2006

ABSTRACT

Research purpose was to describe quality-of-life (QoL) and coping process in a sample of 194 elderly people in Mexico City, towards their problems and illnesses. Results showed that 63.9% presented some illness, mainly chronic-degenerative (53.9%). QoL among ill adults *vs* non-ill persons was significantly different ($t = -4.38$, d.f. = 184, $p < 0,000$), however QoL resulted a non dependent variable of the problems presented by the subjects, nor the type of illness, neither the coping process. The problem presented more frequently was with family members (33.7%) and the coping process was towards the behavior (54.2%). Factorial analysis of the coping questionnaire provided four factors (explained variance = 37.49%): *active, confrontative, with positive re-appreciation* and *avoiding*. It is concluded that QoL goes with the coping process of illness.

Keywords: Quality-of-life, coping, illnesses in older adults, problems in elderly people, aging.

RESUMEN

El propósito de la investigación fue describir la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento ante los problemas y enfermedades en 194 ancianos. Los resultados muestran que el 63,9% padece alguna enfermedad, principalmente crónico-degenerativa (53,9%). La calidad de vida fue significativamente diferente para los enfermos *vs* no enfermos ($t = -4,38$, g.l. = 184, $p < 0,000$), no así para el tipo de enfermedad, problemas reportados, ni para el nivel de afrontamiento. El problema más frecuente, el familiar (33,7%); y el estilo de afrontamiento, orientado a la conducta (54,2%). La composición factorial del cuestionario de afrontamiento arrojó cuatro factores (varianza explicada = 37,49%): *activo, confrontativo, de reapreciación positiva y evitativo*. Se concluye que la calidad de vida y la enfermedad van ligadas a las formas de afrontar esta última.

Palabras clave: Calidad de vida, afrontamiento, ancianos, problemas y enfermedades.

* El presente informe se basó en la tesis de Licenciatura en Psicología de la segunda autora bajo la dirección de la primera. Forma parte de un proyecto de investigación financiado por la subvención IN304706 del Programa PAPIIT de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correos electrónicos: algr@servidor.unam.mx, adry_jc2483@hotmail.com.

Introducción

La vejez es un fenómeno que forma parte del ciclo vital del ser humano, como la etapa final del proceso de desarrollo donde se continúan manifestando cambios biológicos, psicológicos y sociales. La presencia más evidente de estos cambios comienza a partir de los sesenta o sesenta y cinco años de edad (Fernández-Ballesteros, 2000). Algunas de las pérdidas asociadas a la vejez son, en la dimensión social, la pérdida del estatus laboral y económico, mayor aislamiento social, todo ello amplificado por la menor capacidad y recursos de los que el anciano dispone para adaptarse a las circunstancias; mientras que en la dimensión biológica, mayor frecuencia de enfermedades físicas y la discapacidad consiguiente; y en la psicológica, es más frecuente la aparición de deterioro cognitivo, así como la aparición de sintomatología depresiva, la poca capacidad para afrontar las pérdidas y un manejo inadecuado de sus recursos psicológicos. Pérdidas todas ellas que impactan en la calidad de vida y en el funcionamiento de las personas adultas mayores (González-Celis, 2002; 2005; 2006; González-Celis & Sánchez-Sosa, 2003).

Las sociedades desarrolladas han pasado de tener una estructura piramidal de la población a presentar una rectangularización de la misma, e incluso una inversión de la pirámide. En los países menos desarrollados se está produciendo un cambio similar, pero a un ritmo mucho más acelerado y sobre estructuras escasamente desarrolladas que todavía tienen planteados retos como la mortalidad infantil o la malnutrición de amplias capas de la población (Fernández-Ballesteros, 2000). Este crecimiento de población es debido principalmente a dos factores: los avances de la ciencia médica que han mejorado los índices de supervivencia y la disminución del índice de natalidad (Kane, Ouslander & Abrass, 2001). En cuanto a que se han mejorado las condiciones generales de vida y el mayor acceso a los servicios de salud, Borges y Gómez (1998) así como Burke y Walsh (1998) mencionan que hay un descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas, y se ha creado un ascenso marcado de las enfermedades crónicas, lo cual se combina con una demanda de servicios altamente especializados.

Según Velasco y Sinibaldi (2001), la enfermedad crónica es considerada como un padecimiento cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo, causando un continuo deterioro físico, mental o ambos, en el individuo que la padece, llevándolo incluso a la muerte. Conforme aumenta la edad, aumenta también la proporción de personas enfermas, esto en un 51% entre los 60 y 64 años y casi el 71% de los que tienen 85 años y más (Bazo, García, Maiztegui & Martínez, 1999). Estadísticamente se ha encontrado una alta prevalencia

en adultos mayores de enfermedades crónicas, entre las cuales destacan la hipertensión, diabetes, cardiopatías, artritis, problemas visuales y auditivos (Kalish, 1996; Borges & Gómez, 1998; William & Maric, 2001; INEGI, 2002; Guillén & Pérez, 2003). En cuanto a las tasas de incidencia de comorbilidad, según Burke y Walsh (1998) éstas son del 45% para las personas con edades comprendidas entre los 60 y 69 años y del 70% para las personas mayores de 80 años, y a medida que la edad cronológica aumenta por encima de los 80 años, el número de enfermedades aumenta.

Por su parte, Lazarus (1998), menciona que el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme a la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, a la presencia de dolores crónicos y penosos, así como a las condiciones progresivas de degeneración. El mismo autor señala que el deterioro mental y físico puede agudizarse a causa de la depresión e impotencia, así como de los temores de la pérdida del control, pérdidas que lo llevan a utilizar diferentes estrategias de afrontamiento para adaptarse a ellas.

En general las preocupaciones del envejecer se relacionan con la adaptación a pérdidas vitales, enfermedad, jubilación, reconciliación con los logros y fracasos, resolución de la aflicción por la muerte de otros y la aproximación de la propia. La vejez supone enfrentarse con el desafío de mantener la «integridad personal», como opuesto a la experiencia de «desesperación» promovida por el sentido de que la vida tiene escaso significado. Rodríguez, Isidro y Martínez (2004) mencionan que en los individuos de edad avanzada se puede observar pérdida de interés por las cosas que los rodean, y en el plano relacional, debido a su dificultad de adaptación, pueden enfrentar problemas de convivencia, sin embargo los mayores problemas, aún por encima del económico y del de salud física, son la inactividad y la soledad.

Por lo anterior es de gran importancia que el individuo establezca estrategias eficaces de afrontamiento para lidiar con los cambios físicos, psicológicos, familiares, sociales y laborales, ya que la forma en que los ancianos afronten la situación dependerá de los recursos de que dispongan. Así tenemos el afrontamiento o *coping*, definido por Lazarus y Folkman (1991, pp. 164) como los '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'; mencionan que para que este sea efectivo, debe haber concordancia entre las opciones de afrontamiento y variables como son los valores, objetivos, creencias y compromisos que condicionan la posición del individuo. De esta manera, hay factores situacionales y personales

que influyen en la evaluación cognitiva de un individuo. Estos últimos incluyen los *compromisos* y las *creencias*.

Los compromisos son expresión de aquello que es importante para el individuo y determina sus decisiones, influyen en la búsqueda de alternativas entre las que el individuo elige para conservar sus ideales o lograr sus objetivos. Las creencias, son configuraciones cognitivas formadas cultural o individualmente, a través de las cuales el individuo interpreta y da significado a los acontecimientos de su entorno, pueden ser de control personal o existenciales. Los factores situacionales son los referentes a la *novedad* e *incertidumbre* del acontecimiento. La novedad puede resultar estresante si existe asociación previa de algún elemento de la situación con daño o peligro, o por el contrario cuando la novedad es ambigua el individuo tiene dificultad para darle un significado exacto y definir su importancia. La incertidumbre es el grado de probabilidad de que ocurra una situación, de tal forma que si la situación se percibe con alto grado de incertidumbre, existe mayor probabilidad de que se torne estresante.

Es así como las estrategias de afrontamiento tienen un impacto en el adulto mayor, esto es, en el funcionamiento social: cuando se encuentra adaptado funciona mejor socialmente, tiene más recursos para valerse por sí mismo y rinde mejor intelectualmente; en el aspecto moral: que se refiere a lo que sienten las personas sobre ellas mismas y sobre sus condiciones de vida, lo cual guarda cierto sentido en relación con la felicidad manifiesta, la satisfacción y el bienestar subjetivo, donde las emociones de cada acontecimiento varían en medida en que este se desarrolla y el resultado reflejará las evaluaciones realizadas sobre el menor o el mayor logro de los objetivos del individuo y el grado de satisfacción por sus rendimientos. En la salud, las personas que responden de forma positiva ante una situación presentan una tasa de mortalidad más baja, seguidas de las que responden con ira y mal humor; quienes reaccionan ante la situación con sentimientos de negación son personas que sufren las peores consecuencias en su salud. De esta manera, mejora la adaptación del adulto mayor a su ambiente y actividades.

En general, las habilidades de afrontamiento son importantes tanto en la prevención de la enfermedad como en la adaptación a ella, ya que la enfermedad crónica y la incapacidad física constituyen una importante fuente de estrés y malestar físico y emocional, que va aunado a una pérdida en la calidad de vida de las personas. Es por esto que la calidad de vida puede ser objeto de estudio de la psicología, ya que es un componente central del bienestar humano, el cual está relacionado a su vez con aspectos como la salud y las estrategias de afrontamiento. De ahí que el propósito de la presente investigación sea describir la calidad de vida de los ancianos y las estrategias de

afrontamiento ante problemas y enfermedades reportadas por las personas mayores, así como probar la validez de constructo para población mexicana del Cuestionario de Afrontamiento (Font, 1990) mediante un análisis factorial, en una población de adultos mayores que asisten a los diferentes centros culturales de la Ciudad de México.

Método

Participantes

En el estudio participaron de manera voluntaria, consentida e informada 194 personas entre 60 y 88 años de edad, con una edad promedio de 71 años, de los cuales 162 fueron mujeres y 32 hombres. El 41,2% eran viudos, 25,8% casados o con pareja, 18% solteros y 15% divorciados o separados. El nivel máximo de escolaridad para el 16% fue de estudios básicos o sin estudios, 40,2% de nivel medio o técnico y el 43,8% nivel medio superior. En relación a la ocupación actual, 56,44% son retirados, pensionados o jubilados, 31,9% se dedican a las labores del hogar, mientras 11,66% trabaja por su cuenta o son empleados. Todos ellos asisten con regularidad, al menos un día a la semana, a uno de los cuatro centros culturales del Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPAM) de Ciudad de México.

Instrumentos

Se diseñó una ficha de datos sociodemográficos, para obtener datos generales de los participantes, la cual constó de 31 ítems, donde se les preguntaron datos como el estado civil, ingreso, nivel máximo de estudios, ocupación, actividades en su tiempo libre, comportamientos saludables entre otros.

Cuestionario de Afrontamiento (Font, 1990). Adaptado por las investigadoras al español mexicano, mediante un proceso de jueces con psicólogos con experiencia en el trabajo de personas ancianas. Consta de 26 reactivos, donde en el primero se le preguntaba al anciano cuál era el principal problema o enfermedad que había tenido durante la última semana; los siguientes 25 reactivos enlistaban diferentes formas de enfrentar un problema o preocupación, con cinco opciones de respuesta en las que se asignó una puntuación de 4 a la categoría de *Siempre*, 3 a *Muy seguido*, 2 a *Moderadamente*, 1 a *A veces* y 0 puntos a *Nunca*. Donde cada ítem es considerado como una estrategia de afrontamiento, y estas se pueden agrupar en tres niveles: afrontamiento orientado a la valoración (del ítem 1 al 8), orientado al problema (del ítem 9 al 18) y orientado a la emoción (del ítem 19 al 25). Para obtener el valor de cada nivel, se calculó el promedio de cada uno de éstos, es decir, se hizo la sumatoria del número de ítems de cada nivel y posteriormente se dividió entre el número de estos; por ejemplo, para el nivel orientado a la valoración se hizo la

sumatoria del ítem 1 al 8 y se dividió entre ocho, obteniendo un puntaje para cada uno de los tres niveles; posteriormente se tomó el puntaje más alto de cada nivel dándole un 1 al nivel de valoración, un 2 al nivel de problema y un 3 al de emoción, con lo que se obtuvo la estrategia de afrontamiento que utilizaban con más frecuencia los participantes.

Instrumento de Calidad de Vida. WHOQoL-Bref en su versión corta y adaptada por Sánchez Sosa y González-Celis (2006), que mide con cuatro dimensiones: percepción de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Contiene 26 ítems de cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert. Se obtienen cuatro sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100, entre más alta la calificación, mejor calidad de vida.

Procedimiento

Se les invitó a participar a los ancianos de manera voluntaria y una vez que otorgaron su consentimiento informado, se les aplicó tipo entrevista, individualmente y en el mismo orden para todos, la ficha de datos sociodemográficos, el instrumento de Calidad de Vida, y el Cuestionario de Afrontamiento. Para esto se utilizaron tarjetas blancas de 11 x 14 cm, en las que se imprimió cada una de las opciones de respuesta. Para el caso del WHOQoL-Bref, con figuras de caritas de sonrientes hasta tristes, para la dimensión de Calidad, *muy buena, buena, regular, mala y muy mala*; así como para la dimensión de satisfacción, *muy satisfecho, satisfecho, regular, insatisfecho y muy insatisfecho*; y con un cuadro relleno de un color hasta vacío, para la dimensión de intensidad, *completamente, bastante, moderadamente, un poco y nada*; asimismo para la dimensión de frecuencia, *siempre, muy seguido, moderadamente, a veces y nunca*. Estas últimas tarjetas también se utilizaron para el cuestionario de afrontamiento. Las tarjetas de respuesta se mostraban a los sujetos para que ellos indicaran su elección de respuesta. El tiempo de la entrevista fue libre en el sentido de no utilizar ensayos discretos, pero controlado con un máximo de 60 minutos cada sesión. En caso de que en el momento de la entrevista el participante se viera indispuerto para continuar con el interrogatorio este se suspendió y se le citaba para otro día.

Siempre se cuidó que la aplicación fuera homogénea para todos los participantes, asimismo se controlaron las variables extrañas que pudieran interferir en la aplicación, tales como ruido, interrupciones, distracción y fatiga.

Resultados

Las puntuaciones obtenidas para cada uno de los dominios de la calidad de vida (CV), así como para la calidad de vida total, aparecen en la Tabla 1, donde aparece el puntaje más alto para relaciones sociales (CV = 73,989), mientras los puntajes más bajos son para salud física (CV = 70,306) y salud psicológica (CV = 70,518).

De los 194 participantes, el 36,1% (n = 70) reportaron no tener alguna enfermedad, mientras el 63,9% sí padece alguna enfermedad (n = 124), este hecho produjo diferencias significativas en la puntuación de calidad de vida ($t = -4,38$, g.l. = 184, $p < 0,000$), siendo más alta para aquellos ancianos no enfermos (CV = 76,60) con respecto a ancianos enfermos (CV = 68,94), y de éstos, como se puede observar en la Figura 1, el 53,9% tiene una enfermedad crónico-degenerativa (diabetes, cáncer, hipertensión); en las auditivas o visuales abarcan la pérdida total o parcial de alguno de estos dos sentidos (1,6%); en las músculo-esqueléticas se encontró la artritis y la osteoporosis (12,5%); agudas (7,8%); y enfermedades mentales, trastornos de orden psíquico (3,1%); en la clasificación de otras, estaban aquellas que no pertenecían a ninguna de las anteriores (8,6%); la última categoría se refiere a cuando el anciano dijo tener más de una de las enfermedades anteriores (12,5%).

En relación a los principales problemas o preocupaciones que reportaron tener los ancianos, se encontró que para el 33,7% de las personas fue la situación familiar, el 20,8% algún aspecto de su salud y el 17,4% mencionó que no tenían ningún problema o situación que les preocupara últimamente (Tabla 2). Asimismo se encontró que la puntuación de calidad de vida no fue significativamente diferente a partir del problema o preocupación, sin embargo, cabe resaltar, que la puntuación más alta fue cuando los ancianos reportaron

TABLA 1. PUNTUACIONES DE CALIDAD DE VIDA PARA CADA UNO DE LOS DOMINIOS ASÍ COMO LA PUNTUACIÓN TOTAL PARA ANCIANOS MEXICANOS

Dominios de Calidad de Vida	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Salud física	193	25,0	100	70,306	14,360
Salud psicológica	191	25,0	100	70,518	15,187
Relaciones sociales	189	25,0	100	73,989	16,948
Medio ambiente	186	25,0	100	72,445	15,050
Total	186	37,5	97	71,657	11,945

FIGURA 1. PORCENTAJE DE ANCIANOS QUE PADECEN ALGUNAS DE LAS ENFERMEDADES (N=124)

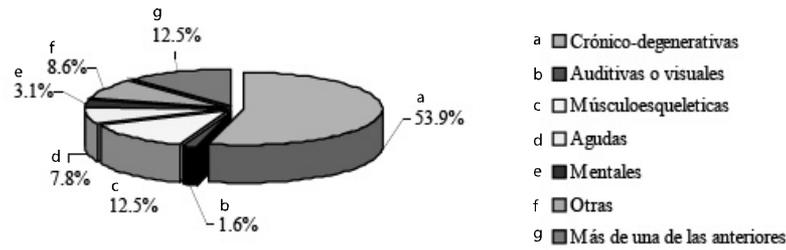


TABLA 2. FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE PROBLEMAS O PREOCUPACIONES REPORTADOS EN LA ÚLTIMA SEMANA POR LOS ANCIANOS, Y LA PUNTUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA OBTENIDA DE ACUERDO AL PROBLEMA DE LOS SUJETOS PARTICIPANTES (N = 178)

Problema o preocupación	Frecuencia	Porcentaje	Puntuación de Calidad de Vida*
Familiar	60	33,7	69,24
Salud	37	20,8	71,46
Económico	25	14,0	70,14
Social	14	7,9	73,89
Emocional	11	6,2	71,36
Ninguno	31	17,4	74,12
Total	178	100	

*No hubo diferencia significativa en la puntuación de CV.

no tener problema o preocupación en la última semana. También resulta interesante mencionar que el índice de calidad de vida más bajo se presentó en aquellos ancianos con problemas familiares.

Referente a la estrategia de afrontamiento que emplean los ancianos ante una enfermedad o problema, los resultados se observan en la Figura 2, donde la estrategia usada con mayor frecuencia fue aquella orientada al problema o conducta (56% de la muestra); seguida de la estrategia orientada a la valoración (con un 36,6%), y por último, en un 7,4%, la orientada a las emociones.

Posteriormente, se utilizó el análisis factorial para probar la validez del cuestionario de afrontamiento, mediante el método de componentes principales con

una rotación varimax ortogonal para establecer la estructura factorial. El análisis de factores arrojó cuatro factores con valores propios (*eigenvalues*) superiores a uno. Para la asignación de los reactivos a cada factor se utilizaron dos criterios: a) que el reactivo estuviera conceptualmente relacionado con el factor considerado, y b) que tuviera un peso factorial mayor a 0,25 en el factor correspondiente. El primer factor agrupó a seis reactivos, con un valor *Alpha* de Cronbach de 0,7284, el segundo factor agrupó a siete reactivos, con un valor *Alpha* de Cronbach de 0,6160; mientras que el tercer factor incluyó ocho reactivos con un valor *Alpha* de Cronbach de 0,5508, y el cuarto factor agrupó cuatro reactivos con un valor *Alpha* de Cronbach de 0,1904 (Tabla 3).

FIGURA 2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS EN ANCIANOS (N = 175)

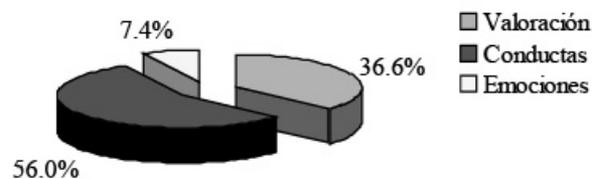


TABLA 3. MATRIZ FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO PARA ANCIANOS MEXICANOS

Reactivo	Factores			
	1	2	3	4
Acudir con un médico	0,709			
Expresarlo abiertamente	0,697			
Buscar ayuda con otras personas	0,622			
Hablar de ello	0,605			
Cumplir con las indicaciones	0,582			
Buscar información	0,449*			0,490
Aislarse		0,715		
Sentirse pesimista		0,680		
Buscar una explicación en el pasado		0,637		
Sentirse culpable		0,608		
Pensar que podría ser peor		0,384		
No pensar en ello		0,293		
Prepararse para cosas peores	0,403	0,293*		
Solucionar los problemas uno mismo			0,670	
Pensar en superarlo uno mismo			0,605	
Pensar en algún aspecto positivo			0,542	
Hacer bromas sobre el problema			0,459	
Disfrutar con algunos aspectos positivos			0,452	
Distraerse			0,441	
Comer y beber lo que apetece			0,409	
Buscar un sentido			0,271*	0,255
Mantener la esperanza				0,652
Disimular el estado de ánimo				0,430
Pensar que ya pasará				0,393
Resignarse				0,348
% de varianza explicada	13,709	9,865	7,761	6,152
<i>Alpha de Cronbach</i>	0,7284	0,6160	0,5508	0,1904

MÉTODO DE EXTRACCIÓN: ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES. MÉTODO DE ROTACIÓN: VARIMAX.

*ÍTEMS SELECCIONADOS PARA CADA FACTOR.

En la Tabla 4, se muestran los cuatro factores en los que se agruparon los 25 ítems que integran el cuestionario de afrontamiento, el primer factor se refiere al afrontamiento activo, el segundo factor corresponde al afrontamiento confrontativo, el tercero al afrontamiento de reapreciación positiva, y el cuarto factor al afrontamiento evitativo.

Discusión y conclusiones

Con base en los resultados, se puede concluir que la enfermedad de mayor prevalencia es la referente a la

categoría crónico-degenerativa, ya que de acuerdo con Burke y Walsh (1998) la incidencia de problemas de salud suele aumentar con la edad, donde un adulto mayor puede experimentar más de una enfermedad o problema de salud simultáneamente. Por esto las personas mayores con más de un problema de salud experimentan una tensión que afecta su estado de salud general así como su capacidad funcional en mayor medida que las dificultades de enfrentarse a una sola enfermedad. Por ello, posiblemente se ha considerado al envejecimiento como un fenómeno patológico, una enfermedad, resultado de la degradación del individuo. Sin embargo,

TABLA 4. FACTORES RESULTANTES DEL ANÁLISIS FACTORIAL DEL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO EN ANCIANOS MEXICANOS

Factor	Estrategia de afrontamiento	Definición operacional
Factor 1	Afrontamiento activo	Comportamientos de acción directa orientados sobre el problema, por ejemplo: «acudo con un médico», «busco ayuda», «hablo de ello», «busco información».
Factor 2	Afrontamiento confrontativo	Comportamientos y pensamientos de rechazo, negación y retraimiento, por ejemplo: «me aísló», «me siento pesimista», «me siento culpable», «no pienso en ello».
Factor 3	Afrontamiento de reapreciación positiva	Comportamientos y pensamientos positivos, por ejemplo: «soluciono los problemas yo mismo», «pienso en superarlo», «hago bromas», «como y bebo lo que me apetece», «me distraigo».
Factor 4	Afrontamiento evitativo	Comportamientos y pensamientos de distanciamiento, por ejemplo: «mantengo la esperanza», «disimulo mi estado de ánimo», «pienso que ya pasará», «me resigno».

existen diferencias entre la enfermedad y los procesos normales de envejecimiento, esto es, que los cambios debidos a la enfermedad a menudo son reversibles o se pueden detener y son resultado de una interacción entre factores etiológicos exteriores y hereditarios, y en la vejez se produce un proceso evolutivo propio de los seres vivos (Sáiz, 2000; Schaie & Willis, 2003).

De esta manera, es necesario cambiar el estereotipo negativo de vejez caracterizado por considerar al anciano como una persona que requiere ayuda, que por lo general se encuentra enfermo, que es achacoso, que tiende a estar aislado. A partir del reconocimiento de que la salud en la vejez es el reflejo de factores que intervienen en toda una vida, que van desde factores incontrolables como la herencia genética, condiciones socioeconómicas como oportunidades de educación y trabajo, y la participación personal en los hábitos de salud y el estilo de vida. Por lo que es necesario crear programas que ayuden al anciano a tener una mejor calidad de vida (Trujillo, Tovar & Lozano, 2004), ya que muchos padecen enfermedades complejas y dolorosas, las cuales hay que prevenir, diagnosticar, tratar, detener y en algunos casos curar. De acuerdo con Schaie y Willis (2003) es posible que algunas enfermedades crónicas se puedan prevenir, ya que la enfermedad se puede posponer mediante cambios en el estilo de vida en áreas como la nutrición, el ejercicio, el afrontamiento, los sistemas de apoyo social, los intereses y las actividades significativas, donde resultan importantes las estrategias de afrontamiento para asegurar resultados positivos en la salud. También, es de gran importancia en el mantenimiento de la salud física la percepción de enfermedad, ya que las acciones que emprenden los ancianos para mejorar su estado, a menudo dependen de la percepción que tienen de los cambios corporales en

comparación con sus compañeros. La percepción de enfermedad es un aspecto importante, debido a que «sentirse enfermo» puede suponer «sentirse» también «incapacitado para realizar las actividades de la vida diaria». Así, la percepción subjetiva de la salud influye en la reacción a sus síntomas.

En cuanto a las preocupaciones, la situación familiar es una de las principales, por lo que es importante mencionar que dentro de la categoría está el sentirse rechazado por la familia, fricciones familiares, tener algún miembro de la familia enfermo (hijos, hermanos, cónyuge, nietos), situación económica precaria propia y de los hijos. Sin embargo, se puede decir que la familia es un recurso de apoyo en la vejez, donde debido a la prolongación de la vida se crean nuevos papeles entre los miembros en la estructura familiar, en este caso el anciano participa y se relaciona con los distintos integrantes de la familia estableciendo nuevos papeles y diferentes necesidades en cada etapa. Además, la familia es una importante red de apoyo social en la vejez, con el cuidado de los nietos por parte de los abuelos, quienes esperan ser retribuidos con afecto, apoyo moral y ayuda financiera o en especie (González-Celis, 2003).

Por otro lado, las habilidades de afrontamiento son un mediador entre los sucesos estresantes y la respuesta psicológica, en este caso el suceso estresante es la situación o problema que les preocupa a los adultos mayores y la respuesta psicológica en el Cuestionario de Afrontamiento de acuerdo a Font (1990) se clasifica en tres estrategias de afrontamiento orientadas al problema, a la valoración y a la emoción. Sin embargo, el análisis factorial arrojó cuatro factores, no obstante, puesto que cada ítem puede ser considerado como una estrategia de afrontamiento en sí mismo, la forma en que se agrupan los reactivos resultaron

en estrategias de afrontamiento activo, confrontativo, de reapreciación positiva y evitativo. Así, para resolver situaciones relacionadas con la salud, 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. Estas estrategias de acuerdo con Reig (2000) y Lyon (2000) se presentan cuando las condiciones del evento son evaluadas como susceptibles de cambio, aunque también hacen referencia al interior del sujeto. Las de tipo conductual pueden ser directas, como intentos de control y solución de problemas; e indirectas como la evitación, escape, y afrontamiento pasivo. Y las de tipo cognitivo, directas como la redefinición de la situación y la reestructuración; e indirectas como el pensamiento desiderativo o el distanciamiento. En situaciones familiares utilizan estrategias orientadas a la valoración, que son un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de manera que resulte menos desagradable; así como estrategias orientadas a la emoción que hacen referencia a la regulación de los aspectos emocionales e intentos de mantener el equilibrio afectivo. Las estrategias dirigidas a la emoción, se enfocan a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar (Reig, 2000; Lyon, 2000).

Así, cuando se trata de problemas de salud, las personas mayores tienden a utilizar un estilo de afrontamiento que confronta la situación, realizando más prácticas de promoción y prevención de la salud, evitando hábitos nocivos y teniendo un estilo de afrontamiento más vigilante y responsivo; a su vez, son menos proclives a atribuir síntomas de debilidad y de 'achagues' a enfermedades (Levental, H.; Levental, E. & Schaefer, 1992).

Finalmente, se puede observar que las estrategias de afrontamiento son muy variadas, incluso en una misma situación pueden utilizarse varias de estas con éxito, ya que no existe una estrategia adaptativa única en todas las ocasiones, sino que éstas varían en función de los distintos objetivos de la persona, puesto que son un conjunto de respuestas de tipo cognitivo y comportamental que se llevan a cabo para hacer frente a demandas específicas internas o externas y percibidas como abrumadoras, desbordantes o desafiantes. El objetivo de las respuestas es resolver el problema, controlar el malestar o adaptarse al contexto con más eficacia y menor riesgo psicobiológico. Así, el uso de estrategias de afrontamiento varía en función de la apreciación cognitiva del suceso crítico (Lazarus, 2000) es decir, la percepción del nivel de exigencia o amenaza y del grado de control de la situación por parte del sujeto. Si el evento es apreciado como susceptible de control, se tiende a usar estrategias activas o confrontativas del problema, mientras que si es percibido como no controlable, se tiende a usar estrategias consideradas pasivas

y centradas en la emoción. Por último cabe destacar la importancia en el uso de estrategias de afrontamiento funcionales ante las demandas y pérdidas que aparecen en el proceso del envejecimiento, donde los ancianos optimicen sus recursos para un buen funcionamiento psicológico, social y biológico que les permita mejorar su calidad de vida.

Referencias

- Bazo, M., García, S., Maiztegui, O. & Martínez, P. (1999). *Envejecimiento y sociedad: Una perspectiva internacional*. Madrid: Médica Panamericana.
- Borges, Y. & Gómez, D. (1998). Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud pública de México*, 40 (1), 13-23.
- Burke, M. & Walsh, M. (1998). *Enfermería gerontológica*. Madrid: Masson.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Font, A. (1990). Estrategias de afrontamiento, adaptación y calidad de vida. *II Congreso Oficial de Psicólogos, área 5: Psicología de la Salud. Libro de comunicaciones*. (90-96). Madrid: Publicaciones del COP.
- González-Celis, A. L. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis de Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.
- González-Celis, A. L. (2003). Los adultos mayores: un reto para la familia. En L. L. Eguiluz (Coord.). *Dinámica de la familia*. (127-139). México: Pax México.
- González-Celis, A. L. (2005). ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos? En L. Garduño, B. Salinas & M. Rojas, *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. (259-294). México: Plaza y Valdez.
- González-Celis, A. L. (2006). Aportaciones del enfoque cognitivo-conductual a la Psicología del envejecimiento. En L. M. Reidl, E. Matute & V. M. Alcaraz (Coord.). *Las aportaciones mexicanas a la Psicología. La perspectiva de la investigación en la década 1995-2005*. México: UNAM, U. de Guadalajara, U. Veracruzana (en prensa).
- González-Celis, A. L. & Sánchez-Sosa, J. J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20(1), 43-58.
- Guillén, L. & Pérez, M. (2003). *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Madrid: Masson.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2002). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad [En Red]. Disponible en: INEGI consultado el día 19 de septiembre del 2005, en el World Wide Web: <http://www.inegi.gob.mx>.
- Kalish, R. (1996). *La vejez*. Madrid: Pirámide.
- Kane, R., Ouslander, J. & Abrass, I. (2001). *Geriatría clínica*. México: McGraw Hill.
- Lazarus, R. S. (1998). Coping with aging: Individuality as a key to understanding. In I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg & P. Fromholt (Eds.). *Clinical Geropsychology*. (109-130). Washington, D.C.; American Psychological Association.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca.
- Levental, H., Levental, E. A. & Schaefer, P. M. (1992). In M. G. Ory, R. P. Abeles & P. D. Lipman (Eds.). *Aging, Health and Behavior*. (109-140). Newbury Park: Sage Publications, Inc.
- Lyon, B. (2000). Stress, coping, and health. In Hill-Rice, *Handbook of Stress, Coping, and Health*. (3-23). Washington: Sage Publications, Inc.
- Reig, F. (2000). Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación. En: R. Fernández-Ballesteros. *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, C., Isidro, R. & Martínez, J. (2004). Problemas relacionados con la edad: un caso clínico. *Revista Electrónica de Psicología*, 7(2). [En Red]. Disponible en: Revista Electrónica de Psicología, consultado el día 4 de junio de 2006, en el World Wide Web: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin.
- Sáiz, R. (2000). *Manual de Psicogeriatría Clínica*. Madrid: Masson.
- Schaie, K. W. & Willis, S. L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson.
- Sánchez-Sosa, J. & González-Celis, A. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En V. E. Caballo (Director). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide. Pp. 473-492.
- Trujillo, S. Tovar, C. & Lozano, M. (2004). Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología. *Revista Universitas Psychologica*, 3(1), 89-98.
- Velasco, C. & Sinibaldi, G. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Manual Moderno.
- William, R. & Maric, L. (2001). *Quality of Life Older People*. New York: Prentice Hall.

