



UNAM

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**¿CÓMO AFRONTAN LOS ADULTOS MAYORES
LOS PROBLEMAS Y ENFERMEDADES?**

REPORTE DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:
ADRIANA PADILLA FUENTES

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL

SINODALES:
DR. EDGARDO RUÍZ CARRILLO
MTRO. FERNANDO QUINTANAR OLGÍN



TLALNEPANTLA EDO. DE MÉXICO, ENERO DEL 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a mis padres su apoyo y confianza incondicional.

A la Dra. Ana Luisa por haberme apoyado en este proyecto.

A las personas que colaboraron para que esta investigación se llevara a cabo.

Nombre de archivo: A1
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\ADRIANA PADILLA
FUENTES\doc
Plantilla: C:\WINDOWS\Application
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
Asunto:
Autor: BASE
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 23/01/06 08:28 P.M.
Cambio número: 1
Guardado el: 23/01/06 08:29 P.M.
Guardado por: BASE
Tiempo de edición: 1 minuto
Impreso el: 24/01/06 02:53 P.M.
Última impresión completa
Número de páginas: 2
Número de palabras: 133 (aprox.)
Número de caracteres: 760 (aprox.)

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁG.	
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. LA VEJEZ	
1.1. Definición de envejecimiento.....	6
1.2. Proceso de envejecimiento.....	8
CAPÍTULO 2. CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ	
2.1 Antecedentes.....	11
2.2 Definición.....	13
2.3 Envejecimiento exitoso.....	15
CAPÍTULO 3. ENFERMEDAD Y PROBLEMAS	
3.1 Incidencia de enfermedad y problemas.....	20
3.2 Percepción de la enfermedad.....	25
CAPÍTULO 4. AFRONTAMIENTO	
4.1 Definición.....	28
4.2 Estilos de afrontamiento.....	29
4.3 Estudios sobre el afrontamiento.....	33
CAPITULO 5. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	
5.1. Pregunta de investigación.....	37
5.2. Justificación.....	37
5.3. Objetivo general.....	40
5.4. Objetivos específicos.....	40
5.5. Hipótesis de investigación.....	40

CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA	PÁG.
6.1. Tipo de estudio.....	42
6.2. Participantes	42
6.2.1. Criterios de inclusión.....	42
6.2.2. Criterios de exclusión.....	42
6.3. Materiales.....	42
6.4. Instrumentos.....	43
6.5. Escenario.....	44
6.6. Definición de variables.....	44
6.7. Procedimiento.....	45
6.8. Análisis de datos.....	46
CAPÍTULO 7. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....	47
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	56
CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES.....	65
REFERENCIAS	70
ANEXOS.....	76
ANEXO “A” FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	77
ANEXO “B” CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (FRONT, 1990).....	79
ANEXO “C” CARTA DE AUTORIZACIÓN (INAPAM).....	80
ANEXO “D” CARTA DE AUTORIZACIÓN (HOGAR MARILLACK).....	82

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de personas que padecen alguna enfermedad.....	47
Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de problemas o preocupaciones, reportados en la Ficha de datos sociodemográficos en una muestra de N = 186 personas que asisten a los Centros Culturales del INAPAM.....	49
Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de problemas o preocupaciones, reportados en el instrumento de Afrontamiento en una muestra de N = 191, personas que asisten a los Centros Culturales del INAPAM.....	49
Tabla 4. Porcentaje de las tres Estrategias de Afrontamiento N = 188.....	51
Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de la situación que les preocupa a los adultos mayores en las tres estrategias de afrontamiento.....	55

ÍNDICE DE FIGURAS

	PÁG.
Figura 1. Porcentaje de las enfermedades que padecen los adultos mayores que asisten a los Centros Culturales del INAPAM.....	48
Figura 2. Porcentaje de las tres Estrategias de Afrontamiento en una muestra de N = 188 personas que asisten a los Centros Culturales del INAPAM.....	50
Figura 3. Estrategias de afrontamiento que los ancianos emplean ante problemas familiares (N = 70).....	52
Figura 4. Estrategias de afrontamiento que los adultos mayores utilizan ante problemas de salud (N = 39).....	52
Figura 5. Estrategias de afrontamiento que son empleadas por adultos mayores ante problemas económicos (N = 25).....	53
Figura 6. Estrategias de afrontamiento empleadas en problemas sociales por adultos mayores (N = 15).....	53
Figura 7. Estrategias de afrontamiento empleadas por los ancianos cuando se encuentran en problemas emocionales (N = 11).....	54

Nombre de archivo: A2
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\ADRIANA PADILLA
FUENTES\doc
Plantilla: C:\WINDOWS\Application
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título: ÍNDICE DE CONTENIDO
Asunto:
Autor: BASE
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 23/01/06 08:30 P.M.
Cambio número: 1
Guardado el: 23/01/06 08:30 P.M.
Guardado por: BASE
Tiempo de edición: 0 minutos
Impreso el: 24/01/06 02:58 P.M.
Última impresión completa
Número de páginas: 4
Número de palabras: 919 (aprox.)
Número de caracteres: 5,241 (aprox.)

RESUMEN

La presente investigación se realizó bajo el enfoque cognitivo-conductual, tuvo por objetivo conocer cómo afrontan los adultos mayores los problemas y enfermedades que padecen en pleno siglo XXI. Para cumplir con dicho objetivo se aplicó la escala de afrontamiento y una ficha de datos sociodemográficos, lo cual se realizó en una muestra de 207 personas de 60 años o más, que asisten a los diferentes Centros Culturales del INAPAM.

El tipo de estudio fue descriptivo, correlacional, transversal, pre-experimental, el cual se realizó en un sólo momento, donde el interés fue medir las asociaciones entre las variables afrontamiento, enfermedad y problemas. Los resultados dejan ver que el 63.8% de la muestra si padece alguna enfermedad, y de éstos el 52.3% tienen alguna enfermedad crónico-degenerativa. En cuanto a la situación o problema que refieren los adultos mayores, se encuentra la categoría concerniente a una situación familiar, la cual se presenta con mayor porcentaje (33.3% y 36.6%) en la ficha de datos sociodemográficos como en el cuestionario de afrontamiento respectivamente.

Por otro lado, los estilos de afrontamiento evaluados se dividen en tres: las estrategias de afrontamiento orientadas a la valoración, las estrategias orientadas a la conducta y las orientadas a la emoción. Donde, se observó que los adultos mayores utilizan un estilo de afrontamiento orientado al problema o conducta esto en un 54.2%, donde los recursos que emplean son “nunca” aislarse, “siempre” disfrutar con algunos aspectos positivos y “siempre” comer y beber lo que se les apetece. De esta manera, se concluye con la importancia de que las personas posean ciertos recursos para generar un afrontamiento adecuado, debido a que la calidad de vida, la salud mental y física van ligadas a las formas de evaluar y afrontar el estrés de la vida.

Palabras clave: afrontamiento, adultos mayores, enfermedad y problemas.

INTRODUCCIÓN

Envejecer es una parte del ciclo vital, se considera que se empieza a envejecer en el momento de nacer. Así, el envejecer es un fenómeno evolutivo, universal; es un proceso natural, gradual, de cambios y transformaciones a nivel biológico, psicológico y social, que se estructura en torno al tiempo. Por lo que, es un proceso normal del ser humano que no puede considerarse una enfermedad, sin embargo, exige esfuerzos adaptativos especiales, sobre la base de los cambios que se experimentan tanto dentro como alrededor del anciano (Lamas, R. Lara, Lamas, L. F. & Lamas, L. C., 2004; Lozang, 2000).

Actualmente, ha aumentado la proporción de personas de edad avanzada dentro de la población general, ya que anteriormente, el porcentaje de personas que llegaba a edades avanzadas era poco considerable. Ahora, se sabe que la proporción de personas mayores de 60 años aumentará cuando menos el doble para el año 2010 a 2015 (Rodríguez, Morales, Encinas, Trujillo & D'Hyver, 2000).

Por lo cual, es de gran importancia conocer este tipo de población, primeramente, es necesario definir el concepto de envejecimiento ya que se puede concebir de diferentes formas, pero principalmente se consideran dos. La primera de acuerdo con González-Celis y Sánchez-Sosa (2003), es el enfoque tradicional, que lo restringe a procesos degenerativos y de reducción de funciones al declinar biológica y psicológicamente; mientras que la segunda, parte de un enfoque que considera junto a este declinar, un despliegue positivo de funciones vitales y psicológicas.

En el segundo enfoque el envejecer no es sinónimo de pérdida o fracaso, puede haber un envejecimiento exitoso, éste se presenta cuando las personas mayores se mantienen física y mentalmente activas, además de contar con hábitos alimentarios adecuados, ejercicio, una vida activa, interacciones y apoyos

sociales, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones mentales, de ello se habla en el primer capítulo.

El segundo capítulo, aborda un panorama de la calidad de vida, ya que en México en las zonas urbanas, el envejecimiento de la población no se ve favorecido con las formas tradicionales del cuidado de los ancianos en la comunidad, por ello es relevante conocer sobre la calidad de vida en general, la cual ha sido operacionalizada en términos de los distintos aspectos que constituyen la vida para una persona: salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, seguridad social, educación, recreación y derechos humanos (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004).

Así, la calidad de vida en general consiste en la valoración que el sujeto haga de su propia vida con relación a la satisfacción de los diversos componentes que la integran. Estos, pueden ser componentes psicológicos de la calidad de vida, como estar libre de preocupaciones acerca de la salud de las personas, alto nivel de energía, una vida interesante y satisfactoria, buen estado de ánimo, una vida relajada y control sobre las emociones y la conducta. Donde, los hábitos de vida saludables también contribuyen a una mejor vejez y en consecuencia a una mejor calidad de vida en ésta.

Por lo que, de acuerdo con Reyes, Triana, Matos y Acosta (2002), el bienestar subjetivo o la satisfacción con la vida en la vejez, es el principal criterio de un envejecimiento exitoso. Actualmente se ha planteado que en este concepto hay índices objetivos más que subjetivos, que deben utilizarse. Uno de estos criterios objetivos es la longevidad, otro es el mantenimiento de la competencia para vivir en forma independiente.

De esta manera, el mejoramiento de las condiciones generales de vida y el mayor acceso a los servicios de salud han provocado un descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y se ha creado un ascenso marcado de las enfermedades crónicas, lo cual se aborda en el tercer capítulo, donde se habla

del incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas. Debido a que conforme aumenta la edad, aumenta también la proporción de personas que se declaran enfermas, esto en, un 51% entre los de 60 y 64 años y casi el 71% de los que tienen 85 años y más (Bazo, García, Maiztegui & Martínez, 1999).

De acuerdo con los datos del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, entre las principales enfermedades de adultos de edad avanzada se encuentran: la diabetes mellitus (8.9%), las afecciones del sistema urinario (8.4%), las fracturas (5.2%) y las enfermedades cerebrovasculares (4.3%), las cuales ocupan los primeros cuatro lugares en el conjunto de hospitalizaciones por enfermedad del Sistema Nacional de Salud (INEGI, 2002).

Así, la vejez representa una crisis de transición de una etapa del crecimiento a otra, caracterizada por ciertas preocupaciones o desafíos adaptativos, que deben enfrentarse y cuya resolución requiere el uso de recursos de afrontamiento de parte de quien envejece, es por ello, que en el cuarto capítulo se habla de estrategias de afrontamiento, ya que 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.

Se puede considerar al afrontamiento como un rasgo o estilo del individuo para reaccionar de un modo particular en cierto tipo de situaciones, o como un proceso multidimensional que varía entre individuos y para el mismo individuo en función de aspectos situacionales y de cómo el sujeto aprecia la situación (Mastrovito, 1974; Burish & Lyles, 1983; Weisman, 1979 citados en Padierna, Fernández, Pérez, Amigo, González, García, Fernández y Peláez, 2004). Las estrategias de afrontamiento permiten resignificar la situación, conservar el sentimiento de integridad personal y renovar los vínculos sociales ante la perspectiva de cambios y pérdidas del envejecer.

Por lo que, lograr un buen grado de bienestar psicológico y físico durante la vejez requiere la optimización del desarrollo del individuo, estimulando, enseñando e induciendo a los individuos actividad física, social y psicológica. Así mismo, debe promoverse la habilidad para enfrentarse a nuevas situaciones, la generación de expectativas y la solución de problemas. Ya que, a partir de la percepción de salud de los ancianos se elabora su autoconcepto físico y se interactúa con su propio funcionamiento a nivel cognitivo y social. Por lo que, el nivel de salud percibido determina la valoración de su propia capacidad para realizar exitosamente cualquier conducta y su bienestar psicológico.

El capítulo cinco corresponde a la delimitación del problema, donde se aborda la justificación y los objetivos, así como las hipótesis. En el capítulo seis se aborda la metodología que se empleó durante la investigación, que incluye el tipo de estudio, determinación de los participantes, criterios de inclusión y exclusión, definición de variables, procedimiento, escenario e instrumentos. El capítulo siete se refiere a los resultados obtenidos de la investigación, a partir de dos tipos de análisis cuantitativo y cualitativo, donde se expresan las asociaciones entre los estilos de afrontamiento, problemas y enfermedades. En el capítulo ocho se encuentra el apartado de discusión de resultados, donde los resultados se enfrentan a la teoría y se resaltan los hallazgos más importantes de la investigación. Por último el capítulo nueve pertenece a las conclusiones en las cuales se abordan las estrategias de afrontamiento y los recursos que las personas deben poseer para mejorar su calidad de vida, principalmente para que exista una adaptación en la vejez.

Nombre de archivo: A3
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\ADRIANA PADILLA
FUENTES\doc
Plantilla: C:\WINDOWS\Application
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título: RESUMEN
Asunto:
Autor: BASE
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 23/01/06 08:37 P.M.
Cambio número: 2
Guardado el: 23/01/06 08:37 P.M.
Guardado por: BASE
Tiempo de edición: 1 minuto
Impreso el: 24/01/06 02:55 P.M.
Última impresión completa
Número de páginas: 5
Número de palabras: 1,381 (aprox.)
Número de caracteres: 7,873 (aprox.)

CAPÍTULO 1

LA VEJEZ

1.1 Definición de envejecimiento

Se consideran viejos, y se les dice viejos a las personas de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados (OMS).

Sin embargo, existen diferentes formas de concebir el envejecimiento, pero podemos considerar principalmente dos, una de éstas, es el enfoque tradicional que lo restringe a procesos degenerativos y de reducción de funciones al declinar biológica y psicológicamente, mientras que la segunda, considera junto a este declinar, un despliegue positivo de funciones vitales y psicológicas. En el segundo enfoque, el envejecer no es sinónimo de pérdida o fracaso, puede haber un envejecimiento exitoso en una nueva forma de concebir el desarrollo con una perspectiva positiva (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2003).

De esta manera, a pesar de que conforme envejecen los seres humanos cuentan con menos recursos materiales, biológicos, sociales y psicológicos, la gente reorganiza su escala de aspiraciones y reubica sus pérdidas para mantener sus niveles de bienestar. Por lo que, se tiene que aprender a envejecer con dignidad, ser conscientes que esto no es más que otra etapa en nuestras vidas y ante ello, cambiar nuestros roles por algunos que vayan más de acuerdo a nuestra condición.

Por lo que, un envejecimiento exitoso se presenta cuando las personas mayores se mantienen física y mentalmente activas, además de contar con hábitos alimentarios adecuados, ejercicio, una vida activa, interacciones y apoyos sociales, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones mentales (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2003).

Por otro lado, también se puede concebir al envejecimiento como un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios biológicos, psicológicos y sociales (González-Celis, 2004; Lamas, R. Lara, Lamas, L. F. & Lamas, L. C., 2004). Lo cual implica el tránsito a través de una crisis y la necesidad de adaptación, ya que el cambio es en sí mismo conflictivo porque plantea nuevas exigencias que deben enfrentarse y cuya resolución requeriría el uso de recursos de afrontamiento de parte de quien envejece (Lamas, *et al.*, 2004).

Para Lozang (2000), el envejecer es un proceso dinámico que se presenta en forma gradual, esto es, que aparece en el momento de la concepción y finaliza con la muerte del individuo, por tanto es universal, pero a la vez individual. De esta manera, Salgado, Guillén y Ruipérez (2002), mencionan que el envejecimiento se expresa en todos los órganos de forma diferente, según las correspondientes funciones, y con distinta aceleración, por lo que se determina con el enlentecimiento de unas funciones y la desaparición de otras, como por la elevada incidencia de enfermedades.

Así, el envejecimiento va a estar determinado por el tiempo y se va a manifestar con una pérdida gradual de declinaciones, como es la capacidad vital, las habilidades, trabajo, pertenencias y papeles sociales; y a veces, algunas aparecen más tempranamente que otras, esta declinación no aparece hasta que hay una pérdida orgánica. Por lo que, el envejecimiento es irreversible, lo que equivale al deterioro del cuerpo humano, el cual puede ser producido por el descuido en la falta de información para la conservación en la salud (Aréchiga & Cerejido, 1999; Lozang, 2000).

Aunque, de igual forma el envejecimiento es un signo y también resultado del desarrollo económico y social. La salud y el bienestar de los ancianos son afectados por muchos aspectos entremezclados de su ambiente social y material: desde el estilo de vida y la estructura familiar hasta la organización y prestación de

asistencia sanitaria, pasando por los sistemas de ayuda económica y social (Rodríguez, *et al.*, 2000).

La vejez se consideraba como una etapa de la vida rica en experiencia y sabiduría, por lo que se respetaba a los ancianos, sin embargo, socialmente se ha convertido en una carga familiar y económica (Borges & Gómez, 1998). Aunque, actualmente el envejecimiento es de gran interés debido al incremento de éste en la población, debido a que el nivel de mortalidad ha disminuido en etapas previas al envejecimiento, provocando que la población que llega a la edad senil vaya en aumento.

1.2 Proceso de envejecimiento

El envejecimiento es un proceso de desarrollo, maduración, desgaste y reparación que comienza tempranamente en la vida (Aréchiga & Cereijido, 1999). También, se le llega a considerar como un proceso decreciente, de pérdida paulatina de vitalidad, el cual se inicia a partir del momento en que el organismo alcanza la máxima efectividad en el medio (Salgado, *et al.*, 2002).

De acuerdo con Sáiz (2000), el proceso del envejecimiento es una disminución de elementos celulares, es decir, una disminución de la funcionalidad, ya que el envejecimiento se produce debido a que las células del cuerpo no pueden remplazarse a sí mismas y mueren o pierden parte de su función.

Sin embargo, se ha considerado al envejecimiento como un fenómeno patológico, una enfermedad, resultado de la degradación del individuo. Así, en ocasiones, algunas depresiones de los ancianos no se tratan, al considerarse como un signo más del proceso fisiológico del envejecimiento. Pero una diferencia principal entre la enfermedad y los procesos normales de envejecimiento 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 (Warner & Sherry, 2003; Sáiz, 2000). Por lo que, no hace mucho tiempo una persona de 65 años era considerada un anciano con escasas posibilidades de autonomía que requería de cuidados especializados, actualmente ésta sería una persona de 80 años, debido a que cada vez más personas llegan a edades avanzadas en buen estado de salud relativo (Bazo, García, Maiztegui & Martínez, 1999).

Por lo que, es necesario sacar al anciano del estereotipo negativo de vejez caracterizado por ser una persona que requiere ayuda, que por lo general se encuentra enfermo, que es achacoso, que tiende a estar aislado, que es fastidioso y que se aburre fácilmente ya que no tiene nada que hacer y que en realidad no hace, sino esperar la muerte.

Esto a través de la comprensión de que el envejecimiento responde a la influencia del medio, de forma que las enfermedades, las condiciones de vida y de trabajo, la alimentación, son trascendentales en la maduración (Bazo, *et al.*, 1999). Reconociendo 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, pasan por condiciones socioeconómicas como las oportunidades de educación y trabajo, y llegan hasta la participación personal en los hábitos de salud y el estilo de vida.

Los cambios fisiológicos que acompañan al envejecimiento provocan deficiencias funcionales de diversos órganos del cuerpo (Rodríguez, *et al.*, 2000). Como es el de la vista, ya que en la vejez se presenta la incapacidad para enfocar nítidamente, ésta disminuye gradualmente. También, disminuye la audición, generalmente en individuos de más de 65 años; y la pérdida de rapidez de respuesta en tareas psicomotoras complejas (Sotelo, 2003).

Es por ello, que en el envejecimiento hay menor rendimiento físico junto con declinaciones sensoriales que llevan a la persona a una pérdida de autonomía,

agravada por obsolescencias. El viejo ahora se vuelve dependiente ante la familia, la economía y ante la comunidad (Lozang, 2000).

Otros de los cambios en el proceso de envejecimiento, son los corporales que se consideran atentatorios contra la autoestima del sujeto y exigen un esfuerzo personal para atenuarlos (Bazo, *et al.*, 1999).

Para Velasco y Sinibaldi (2001) el envejecer exige una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, donde la índole y el grado de adaptación a tales dimensiones están determinados por las circunstancias biológicas, sociales y específicas de la personalidad, así como del apoyo familiar con que se cuenta. Dado que envejecer resulta difícil, aun cuando se carezca de enfermedades, en presencia de éstas el proceso resulta mucho más complicado y con mayor necesidad de apoyo.

De esta manera, el proceso de envejecimiento es individual, lo cual reside en el tipo de vida de las personas, por lo que, el estado de salud o enfermedad en la vejez va a ser el resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales. Así, la finalidad esta en promover un envejecimiento sano y funcional, donde los cambios que se presentan se vivan de una manera favorable y exista una adaptación funcional, lo cual promoverá a que el individuo se sienta mejor en este proceso que finalmente es una etapa más de la vida y con ello obtener una mejor calidad de vida.

Nombre de archivo: A4
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\ADRIANA PADILLA
FUENTES\doc
Plantilla: C:\WINDOWS\Application
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título: CAPÍTULO 1
Asunto:
Autor: BASE
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 23/01/06 08:33 P.M.
Cambio número: 2
Guardado el: 23/01/06 08:35 P.M.
Guardado por: BASE
Tiempo de edición: 1 minuto
Impreso el: 24/01/06 02:59 P.M.
Última impresión completa
Número de páginas: 5
Número de palabras: 1,284 (aprox.)
Número de caracteres: 7,323 (aprox.)

CAPÍTULO 2

CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

2.1 Antecedentes

El interés de las ciencias de salud y de la medicina en definir y estudiar la calidad de vida ha sido estimulado con los logros de la tecnología al prolongar la duración de la vida en términos de cantidad de años, así como la sobrevivencia de pacientes ante enfermedades que antes eran incurables, sin embargo lo que se cuestiona es el tipo de vida que llevan los individuos al sobrevivir a padecimientos, intervenciones o tratamientos que pueden causar daños colaterales o incapacidad, y que producen una existencia deteriorada para los individuos (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004).

Desde el punto de vista antropológico hay privilegios para las personas mayores, por ejemplo, en las sociedades antiguas, la proporción de ancianos era muy baja y se les atribuían poderes especiales. Sin embargo, el papel que se concede a los ancianos depende del contexto socioeconómico y cultural (Sáiz, 2000).

Esto es, en los siglos XVI y XVII, se rechaza a la vejez y ésta representa deterioro, por lo que existe preocupación por conocer las causas de la vejez y tratar de combatirla (Sáiz, 2000). A finales del siglo XVIII nace el área del bienestar social, es decir la raíz de la investigación de la calidad de vida, esto por el pensamiento generado en la época de la Ilustración, donde la autorrealización y la felicidad son los valores centrales de esa época. En el siglo XIX la sociedad se preocupa por proporcionar una buena vida a sus ciudadanos, por lo que la calidad de vida adquiere una expansión social y política, así en estos dos últimos siglos mejoran las condiciones higiénicas y aumenta la longevidad (González-Celis, 2003; Sáiz, 2000).

A partir del fin de la Segunda Guerra Mundial, el estudio de la calidad de vida se asocia al desarrollo económico, y surge como medida de la calidad de vida el Producto Interno Bruto por lo que en 1954 se elabora el Informe sobre la definición y evaluación de los niveles de vida desde el punto de vista internacional, en el cual se hace una distinción entre el estándar de vida y el nivel de vida (Erikson, 1993 citado en González-Celis, 2003).

Esta concepción materialista de la calidad de vida fue cuestionada hasta la década de los sesentas con el Movimiento de Indicadores Sociales, en donde aspectos sociales se añadieron al constructo calidad de vida. A partir de ahí se han propuesto diferentes medidas para la calidad de vida (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004).

Según Reyes, Triana, Matos y Acosta (2002), la expresión calidad de vida fue empleada por primera vez por el presidente de los Estados Unidos Lyndon Johnson en 1964, al declarar acerca de los planes de salud. Y en la década de los setentas, en Europa se muestra el impacto de factores económicos y políticos sobre la calidad de vida de esos países. Por otro lado, en la misma década en los países escandinavos, se realizaron encuestas nacionales sobre el nivel de la calidad de vida, donde se abarcaron elementos básicos del bienestar humano. Este estudio produjo grandes ventajas, como el hecho de que en este sistema se abarcaran más indicadores para describir el nivel y calidad de vida y la flexibilidad para introducir nuevos indicadores y medidas cuando la sociedad cambia (González-Celis, 2003).

Así, realmente el uso del término calidad de vida, llegó a ser popular entre los investigadores de la salud durante la década de los años 80's. Primero se le da un carácter biologicista y luego mediante otros estudios se comprueba el entrecruzamiento de la salud con el bienestar social y la calidad de vida colectiva e individual, por lo que, la salud deja de ser un problema médico y se convierte en un proyecto social (Reyes, *et al.*, 2002).

2.2 Definición

La calidad de vida es un componente central del bienestar humano, que está relacionado con aspectos del funcionamiento tales como la salud, el desarrollo de habilidades sociales, de solución de problemas, de afrontamiento y control, y de expectativas de autoeficacia, entre otros (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002).

El concepto Calidad de Vida va unido a una evaluación del bienestar de los individuos y del ambiente en que viven las personas. Esta última, se mide con criterios externos, aquello que la gente posee, para ello se utilizan indicadores objetivos; se realiza un juicio del individuo o población, en términos de su nivel económico, escolaridad, estado de salud, vivienda o alimentación. La primera evaluación la realiza el propio individuo, donde se emplea la percepción del bienestar subjetivo, incorporando las valoraciones de los individuos sobre el proceso, condiciones, importancia y satisfacción que tienen para ellos mismos en su vida (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004; Reyes, *et al.*, 2002).

Por lo que, no se puede conceptualizar una igual calidad de vida para todos los individuos y para todas las sociedades, ya que está determinada por un lado, por las valoraciones que realicen un grupo de expertos, quienes fijan los criterios y normas de las condiciones objetivas de una “buena” calidad de vida; y por el otro, los mismos individuos, a partir de sus propias valoraciones o percepciones sobre su vida y condiciones, las cuales se ven influenciadas por sus deseos y expectativas, que a su vez pueden estar formadas o deformadas en gran parte por las circunstancias, su entorno, su cultura y sus estándares.

De acuerdo con Häyry (1999), el término calidad de vida, es conceptualmente difícil de definir, como de medir, debido a que admite múltiples orientaciones por tanto se dan diversas definiciones. Así, en el contexto moderno de la medicina y el cuidado de la salud, el concepto de enfermedad es muy usado en este tiempo para definir la calidad de vida, aunque es necesario conocer las necesidades de la persona.

Sin embargo, se puede definir a la calidad de vida como el *“grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de necesidades (materiales y no materiales) de los miembros que la componen. Tal capacidad se manifiesta a través de las condiciones objetivas en que se desenvuelve la vida societal y en el sentimiento subjetivo que de la satisfacción de sus deseos socialmente influidos y de su existencia poseen los miembros de la sociedad”* (Setién, 1993, pp. 137-138).

Para Katschnig (2000, pp.6), el concepto de calidad de vida es un término que debiera estar relacionado con *“el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida, en el que se utilizan indicadores normativos, objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional”* de los individuos.

No obstante, se requiere de una definición en la que se incorporen de una manera integral a la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y sus relaciones con los hechos importantes del medio ambiente. Un ejemplo de definición incluyente de calidad de vida es el propuesto por el grupo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde contempla la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos. *“La calidad de vida, es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y con relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses”*.

Esta definición refleja el punto de vista en el que calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, la cual está inmersa en un contexto cultural, social y medioambiental, por lo que la calidad de vida no puede ser equiparada simplemente con los términos de “estado de salud”, “estilo de vida”, “satisfacción con la vida” o simplemente con “bienestar subjetivo” o “bienestar psicológico”.

Aunque las definiciones varían, el concepto de calidad de vida abarca tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades para usar estas habilidades para conseguir los intereses; y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones se designan como calidad de vida objetiva, y la última como calidad de vida subjetiva. Dentro de estas dimensiones globales se han identificado distintos dominios de vida, como la salud, la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la situación económica y el lugar de residencia (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004).

La calidad de vida relacionada con la salud es una medida compuesta por el bienestar físico mental y social. También se le ve como un constructo multidimensional subjetivo, de acuerdo con la valoración que el paciente emite en relación con diferentes aspectos de su vida (Ríos, Sánchez, Barrios & Guerrero, 2004).

Con lo anterior, se observa a través de la variedad de definiciones y términos asociados a la calidad de vida, que ésta va más allá de lo meramente económico, incluyendo las necesidades, recursos y valores individuales. Por lo que la calidad de vida aparece como un constructo complejo y multidimensional, sobre el que se pueden establecer distintas formas de medida, aunque algunas son objetivas, se aprecia también la importancia de las vivencias de los sujetos respecto a las múltiples dimensiones de la vida.

2.3 Envejecimiento exitoso

De acuerdo con Rowe y Kahn (1998), quienes desarrollan la idea de envejecimiento exitoso en contraposición a la idea del envejecimiento común, ellos plantean que en la ausencia de una patología identificable los gerontólogos y geriatras tienden a interpretar los déficits cognitivos y fisiológicos como determinados por la edad. Esta condición implícitamente rechaza la importancia del impacto de factores extrínsecos y la interacción de variables psicológicas y

fisiológicas. Los autores señalan que el estudio del envejecimiento “normal” se enfocó al desarrollo de estudios longitudinales en lugar de las comparaciones de secciones cruzadas de diferentes grupos de edad y esto llevó a confundir las pérdidas, asociadas a los diferentes grupos de edades.

Para Lozang (2000), el envejecimiento exitoso se refiere a los sujetos en que su declinación funcional es atribuible solamente por su edad; en éstos, ni las enfermedades, ni los factores ambientales, ni un estilo de vida no muy saludables, han complicado grandemente su deterioro físico ni de salud, además tienen más posibilidades de que otros cambios futuros por el envejecimiento puedan ser previsibles y hasta reversibles. Por otro lado, Lehr (1980) habla de un modelo en el cual diversos factores pueden ayudar al anciano a lograr una longevidad y senectud feliz. En este modelo se ve como un componente genético, así como algunos factores ecológicos influyen directamente en la longevidad y la actividad. Ya que tanto la inteligencia como la personalidad son elaboradas por el entorno social, así como por los tipos de educación impartidos por los padres, lo cual parece influir sobre la longevidad.

Para Vellas (1996) el envejecimiento activo es el resultado de acciones como:

1. Mantenimiento de las capacidades funcionales: físicas, mediante ejercicios apropiados de mantenimiento físico; cerebrales, a través de la activación psicológica; afectivas y sociales.
2. Un buen estado nutricional
3. Un proyecto de vida motivante orientado a prevenir déficits psicológicos.
4. Sustituir lo que ya no se puede hacer con otras actividades.
5. Emplear paliativos apropiados (prótesis, equipo electrónico e informático) que permitan compensar incapacidades.

Se plantea la idea de que el estudio del envejecimiento exitoso reemplace el estudio de las enfermedades y condiciones de riesgo del envejecimiento común,

simplemente al agregar la consideración de la diversidad en el envejecimiento

(Rowe & Kahn, 1998)

Por lo que, el estudio del envejecimiento exitoso permitiría conocer las mejores consecuencias del proceso de envejecer y además conduciría a identificar las formas de comportamiento para optimizar esa etapa de la vida. Así, para Baltes, P. y Baltes, M. (1993), la probabilidad de presencia de condiciones positivas de comportamiento adaptativo y de bienestar psicológico, va a estar favorecida por el equilibrio entre la presión del medio y los recursos de competencia del individuo. Donde, el desarrollo satisfactorio y exitoso está al maximizar las ganancias y minimizar las pérdidas. Para ello las personas mayores deben hacer modificaciones en sus tareas previas, como seleccionar determinadas actividades empleando más tiempo, para compensar las pérdidas.

De esta manera, entre los signos de vejez exitosa se encuentran la aceptación del cambio, la existencia de relaciones positivas con familiares y amigos o una visión positiva de la propia historia de uno. Así como, buenas prácticas de salud, suficiente dinero para las necesidades básicas, vivir en una cultura donde se valora a la persona mayor, confidentes disponibles, red de apoyo estructural y funcional, Y la espiritualidad como recurso para afrontar los problemas que se le presentan.

CAPÍTULO 3

ENFERMEDAD Y PROBLEMAS

Algunos autores (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002), señalan que los ancianos de hoy tienen más recursos (educativos, ocupacionales, económicos y sociales) que se pueden emplear para aminorar las pérdidas asociadas a la edad. Sin embargo, no ocurre lo mismo con los recursos biológicos o sensoriomotores, tales como la agudeza visual y auditiva, el equilibrio y la marcha. Por lo que, la probabilidad de enfermedad aumenta de forma drástica después de la edad de 65 años (Warner & Sherry, 2003).

Además de que la incidencia de problemas de salud suele aumentar con la edad, un adulto mayor puede experimentar más de una enfermedad o problema de salud simultáneamente, a lo cual se le denomina comorbilidad. Donde, las personas mayores con más de un problema de salud experimentan una tensión que afecta su estado de salud general, así como la capacidad funcional de la persona que envejece, esto en mayor medida que las dificultades de enfrentarse a una sola enfermedad (Burke & Walsh, 1998).

De esta manera, se puede diferenciar entre el término de enfermedad crónica y aguda, esta última se entiende por aquella que en sí misma, tiene un comienzo generalmente brusco, una evolución recortada en el tiempo, pudiendo encontrar la curación. Y la crónica, refleja la existencia de una patología que permanece y progresa durante un espacio de tiempo dilatado y que acompaña habitualmente al anciano de por vida (Guillén & Pérez, 2003).

Para Velasco y Sinibaldi (2001) la enfermedad crónica es 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.

La enfermedad también puede ser incapacitante y la incapacidad se clasifica en grados de dependencia: ligera, moderada y/o grave. Sin embargo la enfermedad e incapacidad no tienen que ir obligatoriamente juntas (Guillén & Pérez, 2003). Aunque, la pérdida de función es en los ancianos la principal manifestación de la enfermedad. Esta pérdida de función se puede detectar por la pérdida de autonomía y por la aparición de dependencia que van a limitar la calidad de vida de los ancianos (Reig, 2000; Rodríguez, 2000). No obstante, muchos ancianos mejoran en capacidad funcional, lo cual depende de factores no físicos, como *estatus* socioeconómico, sentimientos de utilidad y participación en actividades sociales.

Así, la disminución o pérdida de la autonomía personal es una de las más frecuentes manifestaciones de la alteración de la identidad personal de las personas de edad. Lo cual, es resultado, las más de las veces, de la disminución de las capacidades funcionales del organismo, en relación con órganos específicos como el oído y la vista, o en relación con el conjunto del organismo como el andar o la digestión. Por lo que, cuando la persona pierde su autonomía o “cree” perderla, deja de considerarse capaz de tomar decisiones, creyendo que ya no puede ejercer influencia alguna en los acontecimientos de su vida; lo que provoca disminución de iniciativa, actitud apática que va en aumento y en ciertos casos, se observa una pérdida del deseo de vivir (Rodríguez, Isidro & Martínez, 2004).

Sin embargo, en la vejez aumenta la probabilidad de las consecuencias negativas que pueden tener algunas enfermedades para el organismo. Las enfermedades tienden a ser crónicas y a dejar su huella en el cuerpo donde los episodios agudos de la enfermedad, pueden tener consecuencias importantes. Dada la naturaleza crónica de muchas enfermedades en la vejez, se debe poner más énfasis en la prevención y potenciación de la capacidad de funcionamiento autónomo del individuo (Lamas, *et al.*, 2004).

Lo anterior debido a que los trastornos de salud suponen ciertas restricciones de las conductas habituales, las enfermedades degenerativas suponen un grave problema, personal y familiar (Bazo, *et al.*, 1999).

Por otro lado, en cuanto a las preocupaciones de las personas de la tercera edad, una de las principales es el miedo a ser dependiente económicamente de los demás, esto debido a la enfermedad (Warner & Sherry, 2003), y se podría decir que la salud es la segunda gran preocupación de los ancianos después de la económica (García, Rodríguez & Toronjo, 2001).

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.

De igual forma, Rodríguez, *et al.* (2004), mencionan que en los individuos de edad avanzada se pueden observar, pérdidas 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 uno de los mayores problemas aún por encima del económico y de salud física es, la inactividad y la soledad.

3.1 Incidencia de enfermedad

En España según Bazo, *et al.* (1999), el 12% de la población mayor de 60 años se considera enferma, ya que conforme aumenta la edad, aumenta también la proporción de personas que se declaran enfermas, esto en un 51% entre los de 60 y 64 años y casi el 71% de los que tienen 85 años y más. Mientras que Warner y Sherry (2003) mencionan que el 86% de los ancianos tienen alguna enfermedad crónica, donde la más común es la artritis (45%), seguida de la hipertensión y los problemas de audición (*National Center for Health Statistics*, 1994).

De acuerdo con Kalish (1996), la condición crónica más común es la artritis en un 44% de las personas mayores, lo cual causa sufrimiento e incapacidad. Datos de 1979, mencionan que la artritis, la hipertensión (39%), la disminución de audición (28%), condiciones del corazón (27%) y deterioros visuales y arterioesclerosis (12%) son las enfermedades crónicas más comúnmente descritas por las personas mayores. La artritis, una visión y oído pobres, son las más comunes entre las condiciones de salud crónicas, aunque no son amenazadoras. En 1990, las cardiopatías fueron la principal causa de muerte en personas mayores de 65 años, justificando un 44% de los fallecimientos en las personas mayores de 85 años (Burke & Walsh, 1998).

Según la Encuesta Nacional de Salud Española, el 81.3% de los hombres y el 87.8% de las mujeres mayores de 65 años tienen algún tipo de enfermedad crónica, que no siempre ocasiona alteraciones de la calidad de vida (Guillén & Pérez, 2003). Sin embargo, la cronicidad puede ir generando a corto y medio plazo incapacidad funcional y dependencia, ya sea de la unidad familiar o de los sistemas sociales (García, *et al.*, 2001).

De esta manera, las enfermedades de mayor prevalencia entre la población de edad avanzada son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la patología del aparato locomotor, la respiratoria, las infecciones, los tumores, las enfermedades hepáticas, las afecciones de próstata, etc. Los procesos cardiovasculares y los reumatismos se reparten los primeros lugares en la mayoría de los estudios realizados a nivel mundial. Además, es sorprendente la alta prevalencia de incapacidad en la población española, ya que se estima que al menos un 1% de la población anciana está totalmente inmovilizada, un 6% padece graves limitaciones en las actividades de la vida diaria y hasta un 10% presenta incapacidad moderada; y las cifras se disparan si se consideran enfoques de personas por encima de los 80 años (Guillén & Pérez, 2003).

Por otro lado, según Burke y Walsh (1998) las tasas de incidencia de comorbilidad 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. Además, a medida que la edad cronológica aumenta por encima de los 80 años, el número de enfermedades aumenta. En 1985 el 70 % de las mujeres y el 53 % de los varones tenían dos o más de las enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, cataratas, cardiopatías, venas varicosas, diabetes, cáncer, osteoporosis e ictus).

En 1996, las enfermedades crónicas más frecuentes en personas americanas de 65 años y más son la artritis (49%), hipertensión (37%), problemas auditivos (32%) y algún tipo de enfermedades del corazón (30%). Donde el 85% de las personas mayores han tenido una de estas enfermedades y el 30% ha tenido tres o más problemas crónicos. Y solo un 2% de estas personas mayores es limitada por alguno de estos problemas y el 95% es capaz de seguir con sus actividades en la vida diaria (William & Maric, 2001).

De acuerdo con *National Academy on an Aging Society*, el 63% de la población con hipertensión son mujeres de 65 años o más. Los factores de riesgo son el fumar, tener alto el colesterol, ser una persona con sobre peso y tomar alcohol en exceso. Los adultos con hipertensión pueden tener otras enfermedades crónicas como la diabetes, problemas del corazón, entre otras.

También, mencionan que un gran problema que afecta la calidad de vida es la pérdida del oído, donde el 8% de la población Americana tiene dañado el oído, estimando un costo en la economía de los USA de 56 billones de dólares en pérdida de productividad, educación especial y cuidados médicos. La pérdida del oído, definido como una dificultad para escuchar una conversación normal, afecta a más de 4 millones de americanos de 65 años o más, esto es un 43%. La pérdida del oído puede tener un profundo impacto en la emoción individual, psicológica y social, ya que estas personas llegan a reportar síntomas de depresión,

insatisfacción con la vida, reducción de las funciones de salud y retiro de las actividades sociales (*National Academy on an Aging Society*).

Para el caso de México, el mejoramiento de las condiciones generales de vida y el mayor acceso a los servicios de salud han provocado un descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas, y se ha creado un ascenso marcado de las enfermedades crónicas. Donde el incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas se combinará para generar una demanda de servicios altamente especializados (Borges & Gómez, 1998).

De acuerdo con datos del XII Censo General de Población y Vivienda 2000 en México, los padecimientos y enfermedades más frecuentes en los adultos mayores se deben a problemas respiratorios agudos, infecciones intestinales y de las vías urinarias, las cuales son las tres primeras causas de atención en la consulta externa. Las enfermedades crónico-degenerativas cuya letalidad en este grupo de población son elevadas: hipertensión arterial, diabetes mellitus (tipo II) y enfermedades isquémicas del corazón, se ubican entre las diez principales causas de dicha consulta (INEGI, 2002).

Los hombres adultos tienen factores de riesgo que los hacen proclives a enfermedades crónicas, con un desenlace fatal y las mujeres adultas tienden a los padecimientos crónicos discapacitantes que afectan su calidad de vida durante mayor tiempo. Lo cual influye en los motivos de consulta y la mayor utilización de los servicios de salud (Borges & Gómez, 1998).

Entre las enfermedades crónicas con mayor frecuencia en un grupo de personas de 60 años y más, destacan la hipertensión arterial (9.9%); diabetes mellitus (9%); cardiopatía (3.3%) y ceguera, sordera o parálisis (2.8%). En cuanto a la percepción del estado de salud, el 14% de las personas perciben su salud como mala o muy mala, aunque los hombres tienden a notificar una mejor

condición de salud. Los ancianos de las zonas urbanas indican tener mejor estado de salud (43%) y los de zonas rurales (36%) (Borges & Gómez, 1998).

Según los datos del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, entre las principales enfermedades que requieren hospitalización de adultos de edad avanzada se encuentran: la diabetes mellitus (8.9%), las afecciones del sistema urinario (8.4%), las fracturas (5.2%) y las enfermedades cerebrovasculares (4.3%), las cuales ocupan los primeros cuatro lugares en el conjunto de hospitalizaciones por enfermedad del Sistema Nacional de Salud (INEGI, 2002).

En el año 2000 se registraron 247 mil 933 muertes de personas de 60 y más años de edad, que representaron el 56.7% del total de fallecimientos. Por sexo, se observa una importante diferencia en el peso de las defunciones, pues del total de fallecimientos femeninos, 63.9% fueron de ancianas, mientras que entre los decesos masculinos 50.9% correspondieron a ancianos. La mayor parte de la población de edad avanzada muere por enfermedades del corazón (22.4%), tumores malignos (14.0%) y por diabetes mellitus (13.6%) (INEGI, 2002).

Los resultados de González-Celis (2002), revelan asociaciones negativas entre la percepción de un buen estado de salud y la presencia de problemas visuales, enfermedades pulmonares, hipertensión arterial y no de otras enfermedades. Mientras que en el bienestar subjetivo encontró asociación de manera negativa con las dificultades visuales y problemas de disminución auditiva, y no en el caso de otros padecimientos. Lo cual resalta la importancia del sistema sensorial (audición y visión), como elementos predictores en el bienestar subjetivo de los ancianos, ya que el deterioro en alguna de estas dos áreas predice una disminución en la percepción del estado de salud y el bienestar. Y al encontrar asociaciones en la percepción de salud con enfermedades pulmonares e hipertensión arterial, es de importancia considerar las evaluaciones que hacen las personas sobre su propio estado de salud y el bienestar subjetivo, lo cual es un elemento decisivo en el control de su salud y de los procesos de enfermar.

Por lo que es necesario crear programas que ayuden al anciano a tener una mejor calidad de vida, ya que muchos padecen enfermedades complejas y dolorosas que hay que prevenir, diagnosticar, tratar, detener y curar en algunos casos.

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. También puede que con la edad avanzada resulten importantes las estrategias de afrontamiento para asegurar resultados positivos en la salud (Warner & Sherry, 2003).

Las previsiones de la estrategia regional europea de la OMS decía que *“de aquí al año 2000 la esperanza de vida en el momento del nacimiento debería ser, en la región, de 75 años como mínimo”*. Lo cual se ha cumplido, sin embargo lo que hace falta es mantener el nivel alcanzado, ya que aparecen una serie de problemas de salud y de factores de riesgo que no habían incidido sobre la población. Por lo que, no es suficiente añadir años a la vida, sino que es necesario también añadir salud a la vida (García, *et al.*, 2001).

Una estrategia es ayudar a prevenir la enfermedad mediante el acondicionamiento físico, ya que es efectivo para aumentar la densidad del hueso y la masa corporal en hombres mayores de 60 años, para mejorar el paso y el equilibrio en personas de 70 y 80 años y para mejorar el rendimiento en la memoria (Warner & Sherry, 2003). Por lo que aún hace falta difundir y promover estrategias para la prevención de la enfermedad, así como para reducir la curva de deterioro de la enfermedad.

3.2 Percepción de la enfermedad

La percepción de la enfermedad es una influencia importante en el mantenimiento de la salud física. Donde, la percepción de la enfermedad y las

acciones que emprendan los ancianos para mejorar su estado, a menudo depende de la percepción que tienen de los cambios corporales en comparación con sus compañeros. El que los individuos informen que tienen buena salud así como las medidas objetivas del estado de salud funcional dependen también de su bienestar económico y del nivel educativo con que cuenten (Warner & Sherry, 2003).

La percepción de enfermedad, es un aspecto importante entre la población, ya que el sentirse enferma puede suponer sentirse también incapacitada para realizar las actividades de la vida diaria (García, *et al.*, 2001). La percepción subjetiva que las personas tienen de su salud influye en cómo reaccionan a sus síntomas. En la vejez, la percepción de la salud puede depender del nivel de bienestar psicológico, del nivel económico y de sí la persona continúa implicada en roles y actividades recompensantes (Warner & Sherry, 2003).

De esta manera, según Guerrero y Vicente (2001), los factores psicológicos y emocionales producto de la historia de cada persona en un contexto cultural, socioeconómico y político influyen tanto en el proceso de enfermar, como en la prevención de trastornos y en el mantenimiento de la salud.

Donde la salud percibida significa una predisposición y una actitud para determinar la demanda, utilización e intensidad de los servicios de salud. Está condicionada por las enfermedades o alteraciones reales, al igual que por factores demográficos, sociales, económicos o residenciales. Esta percepción subjetiva de salud es peor cuando más avanzada es la edad (García, *et al.*, 2001).

Las percepciones negativas de la salud también se han visto que llevan a un aumento de problemas de salud en los adultos. Las personas que son optimistas en su estado de salud, es menos probable que mueran a lo largo de un período de tres años que las personas que describen su salud de forma pesimista (Warner & Sherry, 2003). Así, de acuerdo con Guillén y Pérez (2003), uno de cada cinco

ancianos europeos estiman que su nivel de salud es insatisfactorio. Por lo que se debe romper con la imagen estereotipada de anciano igual a enfermo, además de que el concepto de anciano sano no siempre va ligado a la ausencia absoluta de enfermedad.

El aumento de la esperanza de salud en los adultos mayores gracias a las reducciones de las enfermedades crónicas e incapacitantes, está estrechamente relacionado con un aumento en el disfrute de los últimos años de vida (Burke & Walsh, 1998). De esta manera, el envejecimiento puede plantearse como un logro o una calamidad por sus consecuencias y repercusiones.

Los estudios sociológicos han mostrado una mejor adaptación a la vejez en la población que permanece activa, desarrolla su personalidad y mantiene sus relaciones sociales (Sáiz, 2000). Donde, el afecto representa el estimulante del comportamiento adaptativo, que posibilita la motivación, determina la actitud general y desempeña un papel determinante en los pensamientos y acciones de las personas en estados de salud y enfermedad (Reig, 2000).

De acuerdo con Rodríguez, *et al.* (2004) el empleo de la terapia ocupacional, así como diversas técnicas, entre las que se incluyen las recreativas, educacionales, funcionales, de sostén y autoayuda, sirven para readaptar al anciano a su ámbito social y combatir la dependencia. Dichas técnicas incluyen una serie de actividades que implican el aprovechamiento del tiempo libre, la mejoría de la independencia para las actividades de la vida diaria y la promoción de una mayor movilidad, ya que en la mayoría de los ancianos se incrementa el tiempo de ocio y no saben qué hacer con él, por lo que es necesario orientarlos al respecto.

Nombre de archivo: A5
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\ADRIANA PADILLA
FUENTES\doc
Plantilla: C:\WINDOWS\Application
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título: CAPÍTULO 3
Asunto:
Autor: BASE
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 23/01/06 08:38 P.M.
Cambio número: 1
Guardado el: 23/01/06 08:41 P.M.
Guardado por: BASE
Tiempo de edición: 3 minutos
Impreso el: 24/01/06 03:03 P.M.
Última impresión completa
Número de páginas: 10
Número de palabras: 2,797 (aprox.)
Número de caracteres: 15,948 (aprox.)

CAPÍTULO 4

AFRONTAMIENTO

4.1 Definición

El afrontamiento no presenta un concepto homogéneo en la literatura científica, existiendo gran variedad de definiciones, que van desde la inclusión de patrones de actividad neuroendocrina y autonómica, hasta tipos específicos de procesamiento cognitivo o interacción social (Padierna, Fernández, Pérez, Amigo, González, García, Fernández & Peláez, 2004).

Mastrovito, (1974 citado en Padierna, *et al.*, 2004), considera el afrontamiento como un rasgo o estilo, como una disposición estable del individuo para reaccionar de un modo particular en cierto tipo de situaciones. Otros, lo consideran como un proceso multidimensional que varía entre individuos y para el mismo individuo en función de aspectos situacionales y de cómo el sujeto aprecia la situación (Burish & Lyles, 1983; Weisman, 1979 citados en Padierna, *et al.*, 2004).

Para Sotelo (2003) el afrontamiento es un proceso o revaloración, constantemente cambiante, que requiere de esfuerzos para manejar las demandas del entorno, lo que significa evitar, aceptar o minimizar las situaciones críticas.

El término afrontamiento o *coping* fue 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*”. Por su parte, Lamas, *et al.* (2004) y Krzemien (2005) lo definen

como aquellos esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales dirigidos a manejar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas internas y ambientales, así como los conflictos entre ellas, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona. Estas habilidades de afrontamiento serían un mediador entre los sucesos estresantes y la respuesta psicológica.

4.2 Estilos de afrontamiento

De acuerdo con Guerrero y Vicente (2001) así como Lyon (2000), cualquier evaluación de *coping* implica considerar los aspectos cognitivos que intervienen en el proceso, los cuales se traducen en una serie de fases interrelacionadas:

- ⊗ Evaluación automática: hace referencia a un patrón de respuestas (fisiológicas) automáticas que valora inicialmente la situación en términos de si es o no amenazante para el organismo.
- ⊗ Evaluación primaria: se centra en las demandas de la situación y consiste en analizar si éste hecho es positivo o no, en evaluar las consecuencias y en valorar si el hecho es o no relevante.
- ⊗ Evaluación secundaria: su objetivo es la valoración de la capacidad del propio sujeto y el análisis de los recursos personales que posee para afrontar el evento que acaba de evaluar.
- ⊗ Selección de respuesta o afrontamiento: es la toma de decisión sobre qué conducta o conductas se llevarán a cabo para hacer frente a las demandas percibidas.

Las estrategias de afrontamiento son muy variadas, incluso en una misma situación pueden utilizarse con éxito diferentes modos. No existe uno óptimo en

todas las ocasiones, sino que ésto varía en función de los distintos objetivos de la persona.

Según Sotelo (2003), hay factores que influyen en la evaluación cognitiva de un individuo, y éstos son los **situacionales** y los **personales**. Estos últimos, incluyen los *compromisos* y las *creencias*; los compromisos son expresión de aquello que es importante para el individuo y determina sus decisiones, influye en la búsqueda de alternativas entre las que el individuo elige para conservar sus ideales o lograr sus objetivos. En cuanto a las creencias, estas son configuraciones cognitivas formadas cultural o individualmente, a través de las cuales el individuo interpreta y da significado a los acontecimientos de su entorno. Hay creencias sobre el control personal, que hacen mención a las sensaciones de confianza y dominio del entorno que pueden convertir un evento amenazante en un desafío y modificar las estrategias de afrontamiento al evento; y también, creencias existenciales, que sirven para dar soporte a los individuos, ya que les permiten conservar la esperanza y buscar significado a la vida.

Los factores situacionales que influyen en la evaluación cognitiva, 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.

Por otro lado, de acuerdo con Krzemien (2005), la mayoría de los teóricos del afrontamiento (Aldwin & Revenson, 1987; Ben-Zur, 1999; Lazarus & Folkman, 1984; Carver, Sélter & Weintraub, 1989) concuerdan en clasificar tres modalidades del afrontamiento, según esté dirigido a:

- ⊗ La valoración (afrontamiento cognitivo): es un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de manera que resulte menos desagradable.
- ⊗ El problema (afrontamiento conductual): es la conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias.
- ⊗ La emoción (afrontamiento emocional): es la regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo.

El estilo de afrontamiento cognitivo se refiere a la valoración de la situación crítica, para darle un significado que resulte menos desagradable. Se encuentra relacionado a la evaluación cognitiva y los procesos de pensamiento que intervienen en el afrontamiento y adaptación (Krzemien, 2005).

Una segunda clasificación se encuentra entre el estilo de afrontamiento activo *versus* pasivo y estilo de afrontamiento adaptativo *versus* desadaptativo. Donde, las formas activas de afrontamiento se refieren a esfuerzos para manejarse directamente con el suceso conflictivo y son usualmente descritas como exitosas, ya que tienen efectos positivos sobre la adaptación. En ésta, se incluyen la reinterpretación positiva (resignificar el curso de los hechos, alteración de valores y prioridades personales, descubrir aspectos positivos del problema), la aceptación (acomodación flexible a la ambivalencia de la vida, reconocimiento de

la naturaleza crítica del suceso vital, integración del suceso crítico al curso natural de la vida) y considerar la situación con humor.

En cambio, las formas pasivas o evitativas consisten en la ausencia de enfrentamiento o conductas de evasión y negación (ignorar la realidad del evento crítico), el descompromiso mental (desentenderse de la realidad vivida a través de la religión o la fantasía), y por último, la culpabilización de uno mismo o autocrítica desvalorizante, por lo que son consideradas como menos exitosas o desadaptativas (Krzemien, 2005; Lamas, *et al.*, 2004). Aunque Carver, Séller y Weintraub (1989 citados en Krzemien, 2005) consideran la efectividad de las estrategias de afrontamiento según sean funcionales a la situación a afrontar, indistintamente si son pasivas o activas.

De esta manera, las estrategias de afrontamiento 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. Estas respuestas tienen como objetivo resolver el problema, controlar el malestar o adaptarse al contexto con más eficacia y menor riesgo psicobiológico.

De acuerdo con López-Vázquez y Marván (2004), a las estrategias de afrontamiento se les conoce como todos los esfuerzos cognitivos y de comportamiento, que cambian constantemente y que se utilizan para gestionar las

demandas específicas, tanto externas como internas, que se evalúan como excediendo los propios recursos.

El uso de estrategias de afrontamiento varía en función de la apreciación cognitiva del suceso crítico (Lazarus & Folkman, 1991) 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.

Para Reig (2000) y Lyon (2000), los modos de afrontamiento básicos son dos: afrontamiento dirigido al problema (afrontamiento combativo) y afrontamiento dirigido a regular la emoción o el afecto (afrontamiento paliativo). Ambos pueden estructurarse en respuestas conductuales y cognitivas, lo cual da lugar a:

- a) Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema: 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 los intentos de control y solución de problemas, o indirectas como evitación, escape, afrontamiento pasivo; y las de tipo cognitivo también pueden ser directas como la redefinición de la situación y reestructuración e

indirectas como el distanciamiento y el pensamiento desiderativo el cual expresa deseo.

- b) Estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción: se enfocan a regular las respuestas emocionales que el problema da lugar. Las de tipo conductual son directas en las cuales esta la búsqueda de apoyo y búsqueda de información, e indirectas como el desplazamiento, distracción, evitación de la información; y en las de tipo cognitivo están las directas como la inhibición emocional, represión y culpabilización.

Por lo que, se podría decir que se abordan las estrategias de afrontamiento como aquellos esfuerzos que se realizan exclusivamente para manejar algo que ocurre fuera de la rutina y que debe diferenciarse de las conductas adaptativas automáticas que aparecen en situaciones habituales. De esta manera, la función que tiene el afrontamiento en la vida del individuo, es la de aumentar o disminuir las demandas de la vida y los estresores; y la efectividad de los recursos de afrontamiento estarán en función de los acontecimientos, la contextualización, las evaluaciones continuas y los recurso de afrontamiento individuales.

4.3 Estudios sobre el afrontamiento

Los resultados de algunos estudios confirman una serie de diferencias asociadas a la utilización de uno u otro modo de afrontamiento dirigido al problema o al afecto (Almberg, Grafström & Winblad, 1997; McKee, 1997 citados en Reig, 2000). Así, en el afrontamiento dirigido al problema se encontró que: es variable según las demandas estresantes, es notable la influencia de valores contextuales,

existe un mayor consenso empírico en cuanto a mayor eficacia de resultados positivos, es más de tipo comportamental, es más prevalente en varones y es contraproducente en situaciones de imposibilidad de cambio. El afrontamiento dirigido a la emoción es: moderadamente estable, es notable la influencia de variables de la persona, presenta por lo general una menor eficacia frente a problemas, es más de tipo psicológico, es más prevalente en mujeres y proporciona mejores resultados en situaciones de imposibilidad de cambio.

En el estudio de Sotelo (2003), la estrategia más preferida por los adultos mayores fue fijarse en lo positivo, seguida de buscar diversiones relajantes y la de preocuparse, lo cual indica que al enfrentarse a sus problemas buscan el aspecto positivo de estos y se consideran afortunados, también prefieren encomendarse a actividades ocupacionales y recreativas para relajarse, sin embargo se preocupan por su situación y felicidad futura. Las dos primeras estrategias que utilizan los adultos mayores se ubican dentro de un afrontamiento neutro, lo que resulta adecuado; la estrategia de preocuparse esta dentro del afrontamiento negativo, lo cual es desfavorable, ya que puede llevarlos a una actitud negativa.

Por otro lado, algunas investigaciones (Guerrero & Vicente, 2001) han demostrado que algunos individuos son capaces de afrontar las situaciones sorprendentemente bien, a pesar de una escasa salud física y del agotamiento de su energía. Donde, son de gran importancia las creencias positivas y el autopercebirse positivamente, ya que estos son recursos psicológicos de afrontamiento.

En el estudio de Montero y López (1998), se observa que de las seis subescalas de afrontamiento tres no presentaron diferencias significativas en

función de los grupos de soledad (apoyo social, reinterpretación positiva y búsqueda de apoyo en la religión). Sin embargo, la tendencia encontrada en la subescala de reinterpretación positiva sugiere que es un recurso mayormente empleado por quienes no se sienten solos.

Las tres subescalas de afrontamiento que si fueron significativas son la aceptación, la evitación y la expresión de emociones. Donde, el grupo de alta soledad fue el que marco la diferencia respecto a los demás agrupamientos, lo cual indica que quienes se sintieron más frecuentemente solos, tendieron a buscar otras actividades o trabajar más, se permitieron llorar o sentirse tristes y finalmente trataron de aprender de la experiencia vivida como medio para afrontar la soledad.

De esta manera, un hallazgo importante de Montero y López (1998), es que a mayor edad se identificaron características positivas de la soledad, ya que se documento una faceta positiva de la soledad en términos de una reinterpretación positiva de la experiencia vivida como forma de afrontamiento.

En cuanto a las investigaciones de Agren (1998) y McCrae (1989 citados en Krzemien, 2005), acerca del afrontamiento en la vejez, se destaca el predominio del estilo de afrontamiento pasivo, principalmente cognitivo y emocional. Por lo que, parece que los adultos mayores tienden a usar preferentemente estrategias de afrontamiento cognitivas y emocionales; y en menor medida, estrategias de confrontación activa de la situación y focalizadas en el problema frente a los cambios relativos a experiencias de pérdida.

Reig (2000), menciona que diferentes estudios apuntan que las personas mayores, en comparación con adultos mas jóvenes, se comportan de manera más sana, más activos en la prevención de enfermedades y afrontan mejor las consecuencias de éstas y de los problemas de salud (Calhoun & Hutchinson,

1981; Deg, Kardaun & Fozard, 1996; Jelcic & Kempen, 1999; Jerram & Coleman, 1999). A pesar de que los problemas de salud y la declaración de enfermedades aumentan con los años, las personas mayores continúan siendo competentes y eficaces, manteniendo una adecuada sensación de control y conservando una visión positiva de su autoconcepto.

De esta manera, se propone un modelo que establece que existe un cambio en los estilos de afrontamiento con la edad desde modos asimilativos (tendencia a adherirse a metas y planes de acción incluso cuando se presentan obstáculos) hacia modos acomodativos (tendencia a desconectar con facilidad cuando las metas se bloquean y a ver los elementos positivos de las situaciones adversas). Así, este modelo sugiere cuando los intentos activos de afrontar las situaciones adversas no conllevan los resultados esperados o sobrepasan los recursos individuales, la persona mayor puede utilizar propositivamente un segundo modo de afrontamiento que requiere de un reajuste de las expectativas y objetivos. De esta manera, los resultados muestran que los impactos negativos más habituales de la edad sobre el bienestar personal (problemas de salud, presiones ambientales y estrechamiento de perspectivas de futuro) se amortiguan con la utilización de un modo de afrontamiento flexible (Brändtstädter, Wentura & Greve, 1993 citados en Reig, 2000).

Por lo que, el afrontamiento del estrés en los ancianos se podría mejorar notablemente entrenando a las personas en habilidades de autorregulación, porque se ha visto que algunos de los factores biológicos implicados en el estrés están relacionados con los sentimientos de falta de control de la persona (Warner & Sherry, 2003).

Así, la eficacia del afrontamiento en las personas mayores responde a las mismas consideraciones que en otros adultos: la importancia de tener un repertorio amplio y variado de estrategias de afrontamiento, su utilización de

manera flexible e incluso a través de estrategias de acomodación, y la capacidad de transformar cualquier situación adversa e información simbólica de reto.

Nombre de archivo: A6
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\ADRIANA PADILLA
FUENTES\doc
Plantilla: C:\WINDOWS\Application
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título: CAPÍTULO 4
Asunto:
Autor: BASE
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 23/01/06 08:45 P.M.
Cambio número: 2
Guardado el: 23/01/06 08:45 P.M.
Guardado por: BASE
Tiempo de edición: 0 minutos
Impreso el: 24/01/06 03:05 P.M.
Última impresión completa
Número de páginas: 11
Número de palabras: 2,372 (aprox.)
Número de caracteres: 13,525 (aprox.)

CAPÍTULO 5

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

5.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los problemas y enfermedades que los adultos mayores están viviendo actualmente y qué estrategias de afrontamiento emplean ante una situación o problema?

5.2 Justificación

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. Junto a este cambio se está produciendo un cambio similar en los países menos desarrollados, 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: 1) los avances de la ciencia médica que han mejorado los índices de supervivencia y 2) el índice de natalidad. Por lo que, se vislumbra una crisis demográfica basada en el pronóstico de que en la primera mitad del presente siglo aumentará el número de ancianos debido a la explosión demográfica, ya que aquel grupo que nació a finales de la década de los 40 y principios de los 50, llegará a la senectud hacia el año 2010 (Kane, Ouslander y Abrass, 2001).

En nuestro país en el año de 1930 había 873,101 habitantes mayores de 60 años; en 1960 eran 1,930,745; en el año de 1980 eran 3,581,792, lo que representaba un 5.7% de la población total; en 1990 eran 4,988,158 y representaban el 6.12%. Para el año 2030 México tendrá una población que se calcula en 130 millones, de los cuales 15 millones tendrán más de 65 años, o sea el 13.8% (Lozang, 2000). Y de acuerdo con las proyecciones vigentes del Consejo Nacional de Población (CONAPO), los adultos mayores llegarán a 32 millones 400

mil en el año 2050, lo que significará que uno de cada cuatro mexicanos tendrá 65 años o más (INEGI, 2002).

De acuerdo con datos del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, la población de 60 años y más ascendía a 6 millones 900 mil personas, lo que equivale a 7.1% de la población total del país. De este grupo de población, 3 millones 700 mil son mujeres y 3 millones 200 mil, hombres. Cabe señalar como referencia que en 1970, la población anciana era de 2 millones 700 mil y representaba 5.6% del total de la población (INEGI, 2002). Entre la población anciana, cuya importancia es cada vez más significativa, el grupo de 60-69 años concentra la mayor proporción, con 3 millones 900 mil personas (55.5%), 2 millones 100 mil tiene entre 70 y 79 años, y casi un millón, 80 y más años.

Esto aunado a la reducción del número de nacimientos en la cohorte posterior a quienes nacieron después de la Segunda Guerra Mundial, las implicaciones sociales se vuelven más obvias. Donde la cantidad cada vez mayor de ancianos se acompañará por un descenso en la proporción de menores de 18 años de edad. Así, habrá mucho menos trabajadores para la manutención de la población anciana más grande. Por lo que, existe una sensación de fatalidad en torno a un futuro en el que todos los recursos se destinarán a manutención de los miembros ancianos de la sociedad (Kane, Ouslander y Abrass, 2001).

El envejecimiento no es solamente un proceso biológico, fisiológico y psicológico sino un destino social. La sociedad, los científicos, los políticos, deben aprender que la capacidad mental no declina necesariamente a medida que se incrementa la edad. Es posible evitar la declinación si se da una estimulación óptima para el desarrollo mental en la infancia y en la adolescencia y si se ofrecen oportunidades para tal estimulación también en la adultez y en la vejez. Así mismo, puede evitarse la declinación si se da una recuperación de la actividad y de las competencias, inmediatamente después de situaciones de abatimiento, enfermedad o crisis en la vejez (Reyes, Triana, Matos & Acosta, 2002).

Para lo cual es de gran importancia que el individuo establezca eficaces estrategias 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 y además de acuerdo con Lazarus y Folkman (1991), para que el afrontamiento 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 .

Es así como las estrategias de afrontamiento tienen un impacto en el adulto mayor, ésto 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 que éste 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 filosófica ante una situación son las que presentan una tasa de mortalidad más baja, seguidas de las que responden con ira y mal humor y quienes reaccionan ante la situación con sentimientos de negación son personas que sufren las peores consecuencias en su salud.

De esta manera, las consecuencias adaptativas de la moral, el funcionamiento social y la salud, se encuentran entrelazadas y de alguna forma componen un perfil general de buena o mala adaptación, por lo que si existe un buen funcionamiento, hay una moral positiva y un buen estado de salud, lo cual mejora la adaptación del adulto mayor a su ambiente y actividades.

5.3 Objetivo general

Describir las estrategias de afrontamiento en problemas y enfermedades de adultos mayores que asisten a los diferentes Centros Culturales de la Ciudad de México.

5.4 Objetivos específicos

- ∞ Determinar cuáles son las enfermedades que actualmente padecen los adultos mayores.
- ∞ Determinar cuáles son los problemas o preocupaciones que los adultos mayores están viviendo en esta época.
- ∞ Analizar los estilos de afrontamiento de una situación o problema de las personas mayores.
- ∞ Analizar si en los estilos de afrontamiento hay diferencias de género.

5.5 Hipótesis de investigación

La incidencia de problemas de salud suele aumentar con la edad, el adulto mayor puede experimentar más de una enfermedad o problema de salud simultáneamente. También, aumenta la probabilidad de las consecuencias negativas que pueden tener algunas enfermedades para el organismo, donde éstas tienden a cronificarse. Dada la naturaleza crónica de muchas enfermedades en la vejez, se debe poner más énfasis en la prevención y potenciación de la capacidad de funcionamiento autónomo del individuo.

De esta manera, una de las preocupaciones en las personas mayores, es el miedo a ser dependiente económicamente de los demás, esto debido a la enfermedad. Por lo que se podría decir que la salud es una gran preocupación de los ancianos, la cual implica a la económica. Aunque, las preocupaciones del envejecer se relacionan con la adaptación a pérdidas vitales, enfermedad, jubilación, reconciliación con los logros y fracasos, entre otros. 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.

Así, en la vejez se destaca el predominio del estilo de afrontamiento pasivo. Por lo que, parece que los adultos mayores tienden a usar preferentemente estrategias de afrontamiento cognitivas y emocionales; y en menor medida, estrategias de confrontación activa de la situación y focalizadas en el problema frente a los cambios relativos a experiencias de pérdida. Además, el estilo de afrontamiento dirigido al problema es más prevalente en varones y el estilo de afrontamiento dirigido a la emoción es más prevalente en mujeres

- ⊗ En los adultos mayores existe una prevalencia de enfermedad crónica.
- ⊗ La salud es la gran preocupación de los ancianos actualmente.
- ⊗ En las personas mayores el estilo de afrontamiento que predomina es el pasivo, principalmente en las estrategias cognitivas y emocionales.
- ⊗ Los hombres tienden a emplear el estilo de afrontamiento dirigido al problema y las mujeres el estilo de afrontamiento dirigido a la emoción.

Nombre de archivo: A7
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\ADRIANA PADILLA
FUENTES\doc
Plantilla: C:\WINDOWS\Application
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título: CAPÍTULO 5
Asunto:
Autor: BASE
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 23/01/06 08:46 P.M.
Cambio número: 1
Guardado el: 23/01/06 08:48 P.M.
Guardado por: BASE
Tiempo de edición: 2 minutos
Impreso el: 24/01/06 03:06 P.M.
Última impresión completa
Número de páginas: 5
Número de palabras: 1,236 (aprox.)
Número de caracteres: 7,047 (aprox.)

CAPÍTULO 6

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. Tipo de estudio

Se trató de un estudio descriptivo, correlacional, transversal, pre-experimental, el cual se realizó en un sólo momento de acuerdo con un diseño transversal correlacional, donde el interés fue medir las asociaciones entre las variables afrontamiento, enfermedad y problemas.

La muestra, fue a partir de un diseño no probabilístico, intencional y selectivo, se contactó la participación voluntaria de las personas que asisten a los diferentes Centros Culturales del INAPAM. De esta manera, se trabajó con un grupo de 216 personas de las cuales 207 tienen entre 60 y 90 años de edad, con una edad promedio de 71 años, de los cuales 173 son mujeres y 34 hombres.

6.2. Participantes

6.2.1. Criterios de inclusión

- ⊗ Personas mayores de 60 años de edad sin importar el sexo
- ⊗ Participación de manera voluntaria

6.2.2. Criterios de exclusión

- ⊗ Aquellas personas que no cuenten con las características antes mencionadas
- ⊗ Aquellos participantes donde no hubieran completado los ítems en un instrumento, se descartaba la puntuación total del mismo.

6.3. Materiales

- ⊗ Lápices
- ⊗ Goma
- ⊗ Formatos de la ficha sociodemográfica y el instrumento de afrontamiento
- ⊗ Tarjetas de apoyo para la aplicación de la escala de afrontamiento, las cuales mostraban la opción de respuesta con un cuadro completamente

iluminado de color amarillo para la opción “siempre”, para la opción “muy seguido” solo tres cuartas partes del cuadro estaban iluminadas, la mitad del cuadro iluminado correspondió a “moderadamente”, para “a veces” solo una cuarta parte del cuadro estaba iluminada y en la opción “nunca” había un cuadro sin iluminar.

6.4. Instrumentos

- ⊗ Ficha de datos sociodemográficos, para obtener los datos generales de los participantes en la investigación. Consta de 31 ítems, en los cuales se preguntó desde datos generales a muy específicos como “¿Esta enfermo en ese momento?”, “¿Cuál es su enfermedad?” y “Problemas o preocupaciones que viva en ese momento” (Ver Anexo “A”).

- ⊗ Cuestionario de Afrontamiento (Front, 1990). El cual consta de 25 reactivos con cinco opciones de respuesta en las que se asignó una puntuación de 4 a la categoría de “Siempre”, 3 a “Muy seguido”, 2 “Moderadamente”, 1 “A veces” y 0 puntos a “Nunca”. Donde, cada ítem es considerado como una estrategia de afrontamiento las cuales 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) (Ver Anexo “B”). 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 éstos, 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 de cada uno de los niveles; donde 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 .

6.5. Escenario

El proyecto se realizó en cuatro Centros Culturales: Aragón ubicado en Col. Alamos #224, Cuauhtémoc Col. Narvarte #956, San Francisco Col. del Valle #1809 y Alambra Col. Portales #1113. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en el espacio que cada Centro determinó, la cual fue de manera homogénea para todos los participantes, se contó con la autorización para la aplicación de la batería con los adultos mayores que participaran de manera voluntaria: con fines de investigar otorgando su consentimiento válidamente informado y garantizando su anonimato.

6.6. Definición de variables

⊗ Afrontamiento, se clasificó en:

Orientado a la valoración (afrentamiento cognitivo): es un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de manera que resulte menos desagradable.

Orientado al problema (afrentamiento conductual): es la conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias.

Orientado a la emoción (afrentamiento emocional): es la regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo.

⊗ Padecimiento de alguna enfermedad: la presencia o ausencia de alguna enfermedad, reportada por el participante.

∞ Tipo de enfermedad que se padece, la categorización fue la siguiente:

- 1 crónico-degenerativa (diabetes, cáncer, hipertensión, cardiovascular)
- 2 auditivas o visuales (pérdida total o parcial de la audición o vista)
- 3 músculo-esqueléticas (artritis, osteoporosis)
- 4 agudas (respiratoria, gripa, infecciones estomacales)
- 5 mentales (trastorno de orden psíquico)
- 6 otras
- 7 más de una de las anteriores

∞ Problemas o preocupaciones más significativos que las personas estuvieron viviendo en el momento de la entrevista, tanto las situaciones referidas en el cuestionario sociodemográfico y en el instrumento de Afrontamiento, se clasificaron de la siguiente manera:

- 1 económicos
- 2 familiares
- 3 de salud
- 4 sociales
- 5 emocionales
- 6 ninguno

6.7. Procedimiento

Para la aplicación de la batería de evaluación dirigida a adultos mayores, se solicito la autorización del Director de Gerontología del INAPAM (Ver Anexo "C"). Una vez obtenido el permiso, se procedió a invitar verbalmente así como a través de carteles, a los adultos mayores a participar en el proyecto de investigación, donde se les explicó el propósito del estudio.

Posteriormente, a aquellas personas que quisieron participar, se les aplicó individualmente los instrumentos tipo entrevista en una o dos sesiones hasta completar la batería de Evaluación Psicogerontológica, la manera en que éstos se

aplicaron fue la misma para todos incluyendo el orden. La batería consta de los siguientes instrumentos:

1. Ficha de datos sociodemográficos, para obtener los datos generales de los participantes en la investigación.
2. Calidad de Vida (WHOQoL-BREVE versión en español, traducida y adaptada al español por González-Celis y Sánchez-Sosa, 2002).
3. Escala de Bienestar Subjetivo (PGC), elaborada y revisada por Lawton en 1975, la cual mide el bienestar subjetivo de adultos mayores.
4. Instrumento de Expectativas de Auto-Eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve) traducido por González-Celis, 2002
5. Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, 1983 versión en español.
6. Cuestionario de Afrontamiento (Font, 1990).
7. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
8. Inventario de Beck (BDI)
9. Inventario Multifacético de Soledad, IMSOL (Montero, 2000).

Para los propósitos de la investigación, solo se analizaron la Ficha de datos sociodemográficos y el Cuestionario de Afrontamiento (Font, 1990).

6.8. Análisis de datos

El tipo de análisis fue de manera cualitativa y cuantitativa, esto apoyándose en el resultado de la aplicación de los instrumentos. Se utilizaron coeficientes de correlación y pruebas no paramétricas para medir las asociaciones entre las variables y medidas descriptivas para describir diferencias entre grupos.

Se diseñó una base de datos mediante el paquete SPSS Windows, versión 12 en la que se codificaron las respuestas para cada una de las personas encuestadas que reunieron los criterios de inclusión. A partir de los criterios de

inclusión y exclusión, el tamaño de la muestra fue de 207 personas, y se modificó de acuerdo a la variable que se estuviera midiendo, ya que no todos los sujetos contestaron los ítems que se miden en la presente investigación.

Nombre de archivo: A8
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\ADRIANA PADILLA
FUENTES\doc
Plantilla: C:\WINDOWS\Application
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título: CAPÍTULO 6
Asunto:
Autor: BASE
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 23/01/06 08:49 P.M.
Cambio número: 1
Guardado el: 23/01/06 08:51 P.M.
Guardado por: BASE
Tiempo de edición: 1 minuto
Impreso el: 24/01/06 03:07 P.M.
Última impresión completa
Número de páginas: 6
Número de palabras: 1,078 (aprox.)
Número de caracteres: 6,148 (aprox.)

CAPÍTULO 7 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Se encontró que de las 207 personas que participaron, el 63.8% si padece alguna enfermedad (n=132), mientras que el 36.2% (n=75) reportó no estar enfermo en ese momento (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de personas que padecen alguna enfermedad

	Frecuencia	Porcentaje
Si	132	63.8
No	75	36.2
Total	207	100.0

De acuerdo con la hipótesis de que **en los adultos mayores existe una prevalencia de enfermedad crónica**, de las 132 personas que si padecen alguna enfermedad (Figura 1), se encontró que el 52.3% tiene alguna enfermedad crónico-degenerativa, un 15.2% de la muestra presenta más de una de las clasificaciones de enfermedad y el 12.1% reportó un padecimiento músculo-esquelético. Dentro de las enfermedades crónico-degenerativas se encuentran la diabetes, cáncer, hipertensión; mientras las auditivas o visuales abarcan la pérdida total o parcial de alguno de estos dos sentidos; en las músculo-esqueléticas está la artritis, osteoporosis; así como las agudas son enfermedades respiratorias, gripa, infecciones estomacales; y en las enfermedades mentales los trastornos de orden psíquico; en la clasificación de otras, son aquellas que no pertenecían a ninguna de las anteriores; y la última categoría se refiere a más de una de las enfermedades anteriores.

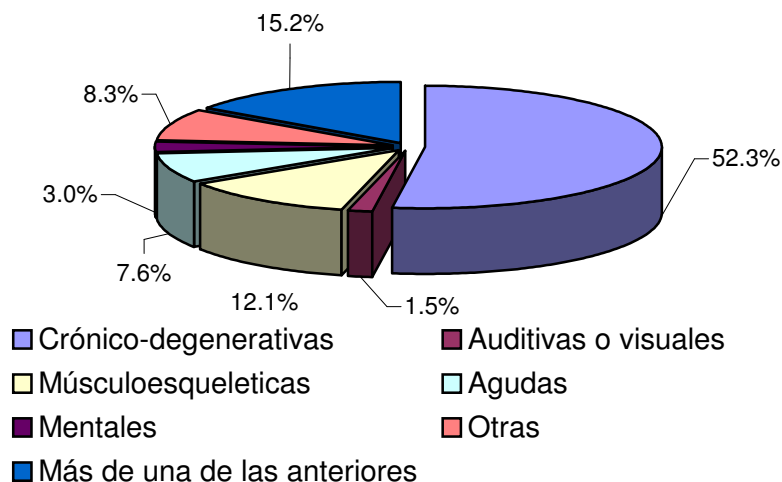


Figura1. Porcentaje de las enfermedades que padecen los adultos mayores que asisten a los Centros Culturales del INAPAM

Por otro lado, en cuanto a la situación o problema que le preocupa a los adultos mayores, ésto fue medido tanto en la ficha de datos sociodemográficos como en el instrumento de Afrontamiento, así en la Tabla 2 se muestran los resultados obtenidos en la ficha y la Tabla 3 los reportados en el instrumento. Donde, las respuestas para ambos fueron categorizadas en: situación económica la cual abarca la pérdida de empleo, reducción de ingresos económicos, aumento de gastos, jubilación. En la familiar se encuentran las discusiones familiares, la pérdida de un familiar (muerte, viudez). De salud encierra la enfermedad, incapacidad física (falta de movilidad), deterioro, tomar más medicinas. En los sociales la discusión con vecinos, alejamiento, situaciones legales (testamento). Emocionales que comprende los sentimientos de soledad, depresión, estrés, ansiedad, angustia, pérdida de memoria, cercanía de la muerte tanto de ellos como de personas cercanas.

Así, conforme a la hipótesis de que **actualmente la salud es la preocupación de los ancianos**, ésta es no aceptada para el caso de la muestra con la que se trabajó, ya que la Tabla 2 indica que la principal preocupación en las personas mayores es la situación familiar con un 33.3%, luego las situaciones económicas con un 21.7% y en tercer lugar las relacionadas con la salud en un 18.5%.

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de problemas o preocupaciones, reportados en la Ficha de datos sociodemográficos en una muestra de N = 186 personas que asisten a los Centros Culturales del INAPAM.

	Frecuencia	Porcentaje
Económicos	41	21.7
Familiares	63	33.3
De salud	35	18.5
Sociales	14	7.4
Emocionales	19	10.1
Ninguno	17	9.0
Total	189	100.0

En el instrumento de Afrontamiento, se encontró que el 36.6% de las personas hablaron respecto de una situación familiar, el 20.4% retomaron algún aspecto de su salud y un 16.2% mencionó que no tenían ningún problema o situación que les preocupara últimamente (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de problemas o preocupaciones, reportados en el instrumento de Afrontamiento en una muestra de N = 191, personas que asisten a los Centros Culturales del INAPAM.

	Frecuencia	Porcentaje
Económicos	25	13.1
Familiares	70	36.6
De salud	39	20.4
Sociales	15	7.9
Emocionales	11	5.8
Ninguno	31	16.2
Total	191	100.0

De esta manera, para comprobar la validez de criterio del ítem que habla de problemas o preocupaciones en la Ficha de datos sociodemográficos como en el Instrumento de Afrontamiento, se empleó una prueba no paramétrica, donde se encontró una asociación estadística ($X^2 = 58.31$, $gl = 25$, $p < 0.0001$), lo cual muestra la validez del ítem para ambos instrumentos.

Referente a la clasificación de la estrategia de Afrontamiento que emplean las personas entrevistadas ante una situación o problema, los resultados se muestran en la Figura 2, donde se puede observar que la estrategia con mayor frecuencia empleada por las personas de 60 años o más que asisten a los diferentes Centros Culturales del INAPAM, fue aquella orientada al problema o conducta ya que se presentó en un 54.2% de la muestra; seguida de la estrategia orientada a la valoración con un 37.2% y por último con un 8% la orientada a las emociones.

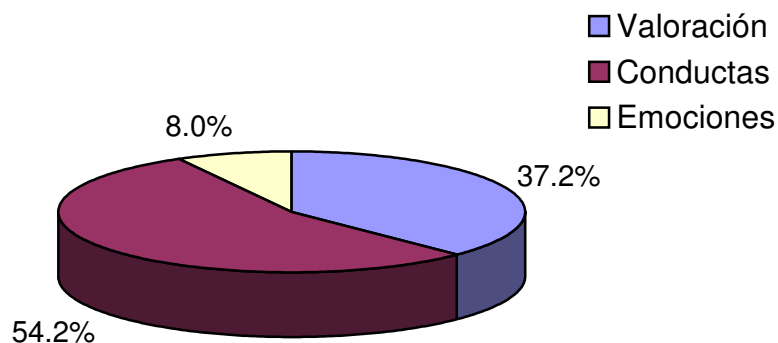


Figura 2. Porcentaje de las tres Estrategias de Afrontamiento en una muestra de N = 188 personas que asisten a los Centros Culturales del INAPAM

En la Tabla 4, se exhibe el porcentaje de participantes que respondieron a las opciones de respuesta “siempre”, “a veces” y “nunca” para cada uno de los 25 reactivos. Donde, los ítems 1 al 8 corresponden a la estrategia de afrontamiento orientada a la valoración, de éstos, el 46.3% de la muestra respondió a la opción “Siempre” para el reactivo “piensa en algún aspecto positivo”; 45.2% respondió “Siempre” al reactivo “piensa en superarlo él mismo”; y un 44.7% “Nunca”, al reactivo “busca una explicación en el pasado”. Del ítem 9 al 18 se encuentra la estrategia de afrontamiento orientada a la conducta o problema, donde el 62.8% de las personas respondió la opción “Nunca” en el reactivo “se aíslan”, el 60.1% respondió “Siempre” al reactivo “disfruta con algunos aspectos positivos” y el 55.9% “Siempre” al reactivo “come y bebe lo que se le apetece”. La estrategia orientada a las emociones abarca del ítem 19 al 25, donde el 68.1% de los adultos mayores respondió la opción “Siempre” al reactivo “mantienen la esperanza”, el

58% respondió “Nunca” al reactivo “se siente culpable” y el 48.9% “Nunca” al reactivo “se siente pesimista”. Todas estas respuestas son de las 188 personas de 60 años o más de edad, que indicaron en el cuestionario de afrontamiento tener un problema o situación que les había estado preocupando últimamente.

Tabla 4. Porcentaje de participantes que respondieron a las opciones de respuesta para cada Estrategia de Afrontamiento (N = 188)

Estrategias de afrontamiento	Opciones de respuesta		
	Siempre	A veces	Nunca
1. Pienso en superarlo yo mismo(a)	45.2		
2. Pienso en algún aspecto positivo	46.3		
3. Pienso que podría ser peor		34.0	
4. Busco un sentido	41.5		
5. No pienso en ello		34.6	
6. Busco una explicación en el pasado			44.7
7. Me preparo para cosas peores			43.6
8. Pienso que ya pasará	38.3		
9. Busco información	34.0		
10. Busco ayuda en otras personas		30.3	
11. Soluciono el problemas yo mismo(a)	36.7		
12. Acudo inmediatamente con un profesional			41.5
13. Me distraigo	37.8		
14. Cumplo con las indicaciones o recomendaciones que me hagan	45.7		
15. Como y bebo lo que me apetece	55.9		
16. Disfruto con algunos aspectos positivos	60.1		
17. Hablo de ello	30.9		
18. Me aísto			62.8
19. Me resigno			36.2
20. Mantengo la esperanza	68.1		
21. Me siento culpable			58.0
22. Lo expreso abiertamente	34.6		
23. Disimulo mi estado de ánimo			35.1
24. Me siento pesimista			48.9
25. Hago bromas sobre la situación o problema			42.0

En cuanto a las estrategias de afrontamiento que emplean los adultos mayores ante algún problema familiar se encuentran “mantener la esperanza” en un 70% de la muestra, “comer y beber lo que apetecen” en un 53.6%, así como “disfrutar con algunos aspectos positivos” (Figura 3).

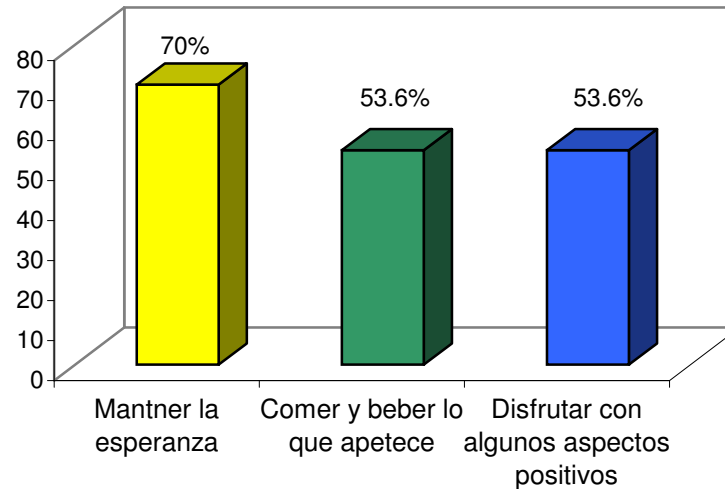


Figura 3. Estrategias de afrontamiento que los ancianos emplean ante problemas familiares (N = 70)

Los adultos mayores cuando tienen problemas de salud emplean las siguientes estrategias que son “mantener la esperanza” 66.7%, “disfrutar con algunos aspectos positivos” 61.5% y “cumplir con las indicaciones o recomendaciones que le hacen” 56.4% (Figura 4).

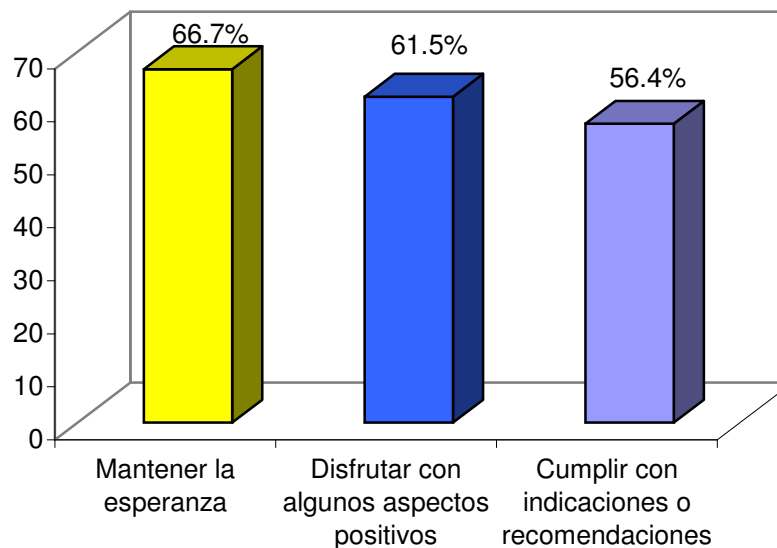


Figura 4. Estrategias de afrontamiento que los adultos mayores utilizan ante problemas de salud (N = 39)

En la Figura 5, se muestran las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los adultos mayores ante problemas económicos, las cuales en un 79.2% son “mantener la esperanza”, un 64% “disfrutar con algunos aspectos positivos” y en un 52% “pensar en algún aspecto positivo”.

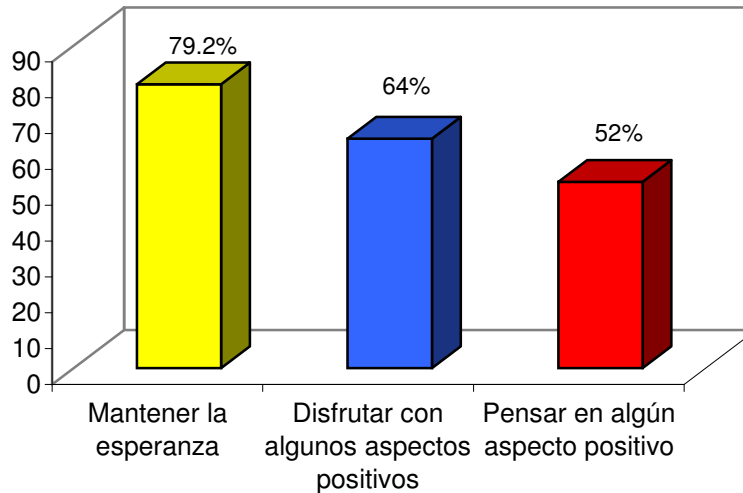


Figura 5. Estrategias de afrontamiento que son empleadas por adultos mayores ante problemas económicos (N = 25)

Se puede observar en la Figura 6 las estrategias que utilizan los ancianos ante problemas sociales, éstas son “comer y beber lo que apetece” en un 66.7% de la muestra, un 60% “se distrae”, “disfruta con algunos aspectos positivos” y “mantienen la esperanza”.

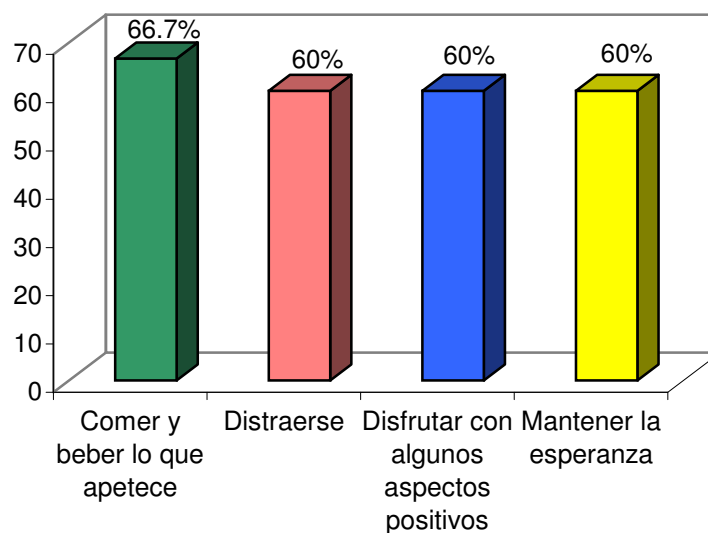


Figura 6. Estrategias de afrontamiento empleadas en problemas sociales por adultos mayores (N = 15)

En la Figura 7 se exhiben las estrategias de afrontamiento que son empleadas ante problemas emocionales, las cuales son “buscar información” 54.5%, “cumplir con las indicaciones o recomendaciones” 45.5% al igual que “comer y beber lo que apetece”.

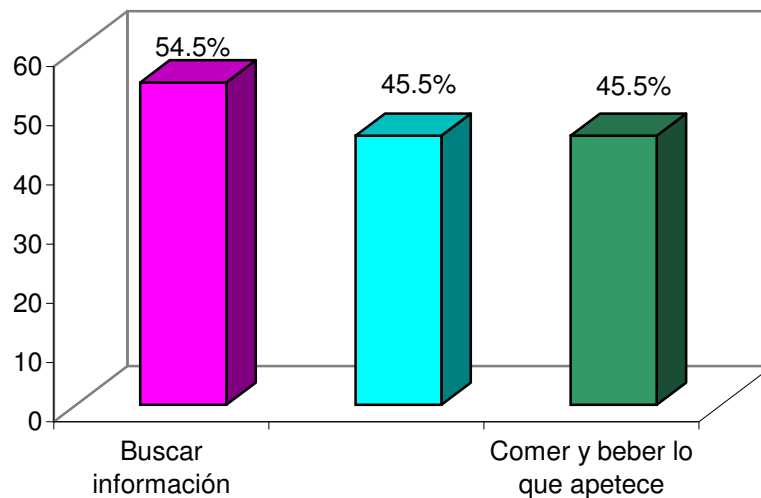


Figura 7. Estrategias de afrontamiento empleadas por los ancianos cuando se encuentran en problemas emocionales (N = 11)

Los problemas o situaciones que les preocupaba a los adultos mayores y cual fue la estrategia de afrontamiento que emplearon para cada uno de éstos, se muestran en la Tabla 5, donde se puede observar que para la situación familiar la estrategia de afrontamiento más empleada por los adultos mayores fue la orientada a la valoración esto en un 20.2%; la estrategia orientada a la conducta o problema fue la más utilizada en situaciones referentes a la salud con un 16.8%; y la orientada a la emoción fue empleada en un 4% también en situaciones familiares.

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de la situación que les preocupa a los adultos mayores en las tres estrategias de afrontamiento.

	Situación o problema que le ha preocupado últimamente						Total	
	Económicos	Familiares	Salud	Sociales	Emocionales	Ninguno		
VALORACIÓN	Frecuencia	6	35	4	5	6	9	65
	Porcentaje	3.5%	20.2%	2.3%	2.9%	3.5%	5.2%	37.6%
CONDUCTAS	Frecuencia	14	20	29	6	4	22	95
	Porcentaje	8.1%	11.6%	16.8%	3.5%	2.3%	12.7%	54.9%
EMOCIONES	Frecuencia	2	7	4				13
	Porcentaje	1.2%	4.0%	2.3%				7.5%
Total	Frecuencia	22	62	37	11	10	31	173
	Porcentaje	12.7%	35.8%	21.4%	6.4%	5.8%	17.9%	100.0%

Por otro lado, al aplicar una prueba estadística no paramétrica, para probar si el nivel de afrontamiento se encuentra asociado a la situación o problema, los resultados del análisis mostraron significancia estadística ($\chi^2 = 33.04$, $gl = 10$, $p < 0.0001$), lo cual refleja que existe cierta evidencia estadística, esto es, que el nivel de afrontamiento está relacionado con el tipo de situación o problema que les preocupaba a los ancianos en el momento de la entrevista. Al aplicar la prueba χ^2 para medir, si el estilo de afrontamiento se encuentra relacionado con el tipo de enfermedad, se obtuvo no significancia estadística ($\chi^2 = 5.58$, $gl = 12$, $p > 0.936$) de esta manera, se observa que las estrategias de afrontamiento no están relacionadas con el tipo de enfermedad que padecen los adultos mayores. De igual forma, se empleó la prueba χ^2 para medir si el estilo de afrontamiento tiene relación con el género, donde se obtuvo ($\chi^2 = 1.273$, $gl=2$, $p > 0.05$), por lo cual es independiente el estilo de afrontamiento que utilizan las personas mayores del género.

Nombre de archivo: A9
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\ADRIANA PADILLA
FUENTES\doc
Plantilla: C:\WINDOWS\Application
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título: CAPÍTULO 7
Asunto:
Autor: BASE
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 23/01/06 08:52 P.M.
Cambio número: 1
Guardado el: 23/01/06 08:55 P.M.
Guardado por: BASE
Tiempo de edición: 3 minutos
Impreso el: 24/01/06 03:07 P.M.
Última impresión completa
Número de páginas: 9
Número de palabras: 1,558 (aprox.)
Número de caracteres: 8,885 (aprox.)

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La discusión de resultados se fundamenta con lo obtenido en los instrumentos de medida, en primera instancia se tiene que más de la mitad de la muestra con la que se trabajó, si padece alguna enfermedad. Con lo cual cabe mencionar lo que dicen Borges y Gómez (1998) así como Burke y Walsh (1998), respecto a que se han mejorado las condiciones generales de vida, y el mayor acceso a los servicios de salud ha provocado un descenso en las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas, sin embargo, se ha creado un ascenso marcado de las enfermedades crónicas, lo cual se combinará con una demanda de servicios altamente especializados. Debido a que 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).

Además estadísticamente se ha encontrado una alta prevalencia en adultos mayores de enfermedades crónicas, en las cuales destacan la hipertensión, diabetes, cardiopatías, artritis y 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. Además, a medida que la edad cronológica aumenta por encima de los 80 años, el número de enfermedades aumenta.

Por lo que los resultados dejan ver que dentro de estas enfermedades la de mayor prevalencia en el estudio y confirmando las estadísticas, es la referente a la categoría crónico-degenerativa, la cual es definida por Velasco y Sinibaldi (2001), 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.

Al mismo tiempo, dentro de los resultados más significativos en cuanto a la variable enfermedad, se encontró que algunos ancianos padecen más de una enfermedad y otros alguna enfermedad músculo-esquelética. 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, a lo cual se le llama comorbilidad. Por lo que, las personas mayores con más de un problema de salud experimentan una tensión que afecta su estado de salud general, así como la capacidad funcional de la persona que envejece, ésto 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, existen diferencias entre la enfermedad y los procesos normales de envejecimiento ésto 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; Warner & Sherry, 2003).

De esta manera, es necesario cambiar el estereotipo negativo de vejez caracterizado por ser una persona que requiere ayuda, que por lo general se encuentra enfermo, que es achacoso, que tiende a estar aislado, que es fastidioso y que se aburre fácilmente ya que no tiene nada que hacer y que en realidad no hace sino esperar la muerte.

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, pasan por condiciones socioeconómicas como las oportunidades de educación y trabajo, y llegan hasta la participación personal en los hábitos de salud y el estilo de vida, por ello la importancia de la calidad de vida. La cual se refiere a una evaluación subjetiva, que está inmersa en un contexto

cultural, social y medioambiental, por lo que la calidad de vida no puede ser equiparada simplemente con los términos de “estado de salud”, “estilo de vida”, “satisfacción con la vida” o simplemente con “bienestar subjetivo” o “bienestar psicológico”.

Así, de acuerdo con Lamas, R. Lara, Lamas, L. F. y Lamas, L. C. (2004), así como Warner y Sherry (2003) de que en la vejez aumenta la probabilidad de las consecuencias negativas que pueden tener algunas enfermedades para el organismo, y que estas enfermedades tienden a ser crónicas, por ello se debe poner más énfasis en la prevención y potenciación de la capacidad de funcionamiento autónomo del individuo.

Por lo que es necesario crear programas que ayuden al anciano a tener una mejor calidad de vida, ya que muchos padecen enfermedades complejas y dolorosas que hay que prevenir, diagnosticar, tratar, detener y en algunos casos curar. De acuerdo con Warner y Sherry (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. En cuanto al acondicionamiento físico, éste puede aumentar la densidad del hueso y la masa corporal en hombres mayores de 60 años, para mejorar el paso y el equilibrio en personas de setenta y ochenta años así como para mejorar el rendimiento en la memoria.

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. Por lo que, la percepción de enfermedad, es un aspecto importante en este sector de la

población, debido a que el sentirse enferma puede suponer sentirse también incapacitada para realizar las actividades de la vida diaria. De esta manera, la percepción subjetiva que las personas tienen de su salud influye en cómo reaccionan a sus síntomas, así, en la vejez, la percepción de la salud puede depender del nivel de bienestar psicológico, del nivel económico y de sí la persona continúa implicada en roles y actividades recompensantes (García, Rodríguez & Toronjo, 2001; Warner & Sherry, 2003).

En cuanto a las preocupaciones de las personas mayores, que es otra variable que se midió, los resultados arrojan que la situación familiar es una de las principales preocupaciones o problema que las personas están viviendo actualmente, ya que tanto en la Ficha de datos sociodemográficos como en el Cuestionario de afrontamiento, esta categoría fue la que obtuvo mayor porcentaje.

Dentro de la categoría de situaciones familiares, está el sentirse rechazado por la familia, fricciones familiares, 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).

Posteriormente, entre los resultados se encuentran las situaciones económicas y las de salud, de las cuales García, Rodríguez y Toronjo (2001), así como Warner y Sherry (2003), mencionan que el adulto mayor teme a ser dependiente económicamente de los demás, ésto debido a la enfermedad por lo que se podría decir que la salud es la segunda gran preocupación de los ancianos

después de la económica. Según González-Celis (2003), la enfermedad en la vejez irrumpe el ciclo vital y éste se agrava si se trata de una enfermedad crónica, además, la situación será más difícil si el anciano ha sido una persona independiente, ya que para una anciano perder la independencia es perder el control de su propia vida.

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 pueden observar, pérdidas 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 uno de los mayores problemas aún por encima del económico y de salud física es, la inactividad y la soledad.

Por otro lado, 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”. Por lo que las habilidades de afrontamiento son un mediador entre los sucesos estresantes y la respuesta psicológica, en éste caso el suceso estresante es la situación o problema que les preocupa a los adultos mayores que fueron entrevistados y la respuesta psicológica se clasifica en tres niveles que son

las estrategias de afrontamiento orientadas al problema (conductuales), las estrategias orientadas a la valoración (cognitivas) y las orientadas a la emoción (afectivas), presentadas en el orden de mayor frecuencia según los resultados del presente estudio.

Donde las estrategias de afrontamiento más empleadas en el presente estudio, por las personas mayores fueron “mantener la esperanza” y “disfrutar con algunos aspectos positivos”, ésto al afrontar problemas familiares, de salud, económicos y sociales. La estrategia de “comer y beber lo que apetecen”, la emplean ante problemas de tipo familiar, social y emocional; recurren a la estrategia de “cumplir con las indicaciones o recomendaciones” en problemas de salud y emocionales; en problemas económicos la estrategia que usan es “pensar en algún aspecto positivo”; para problemas sociales “buscan distraerse”; y en problemas emocionales “buscan información”.

De esta manera, entre los resultados se encuentra que 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, 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.

Para resolver situaciones familiares se presentaron estrategias orientadas a la valoración, que son un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de

manera que resulte menos desagradable. También para resolver situaciones familiares, aunque menos empleadas, se encontraron estrategias orientadas a la emoción que hacen referencia a la regulación de los aspectos emocionales e intentos de mantener el equilibrio afectivo. Según Reig (2000) y Lyon (2000) las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, se enfocan a regular la respuesta emocional que el problema da lugar. Las de tipo conductual, ya sea directas como la búsqueda de apoyo, búsqueda de información; o indirectas como el desplazamiento o distracción, y la evitación de la información, las estrategias de tipo cognitivo pueden ser directas, dentro de las cuales esta la inhibición emocional, represión, culpabilización.

Así, se puede observar que las estrategias de afrontamiento son muy variadas, incluso en una misma situación pueden utilizarse con éxito diferentes modos, ya que no existe uno óptimo en todas las ocasiones, sino que esto varía en función de los distintos objetivos de la persona.

De acuerdo con Sotelo (2003), hay factores que influyen en la evaluación cognitiva de un individuo, y éstos son los **situacionales** y los **personales**. Estos últimos, incluyen los *compromisos* y las *creencias*; los compromisos son expresión de aquello que es importante para el individuo y determina sus decisiones, influye 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.

De esta manera, las estrategias de afrontamiento 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. Estas respuestas tienen como objetivo resolver el problema, controlar el malestar o adaptarse al contexto con más eficacia y menor riesgo psicobiológico.

El uso de estrategias de afrontamiento varía en función de la apreciación cognitiva del suceso crítico (Lazarus y Folkman, 1991) 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 otro lado, al terminar las entrevistas en el INAPAM, de manera independiente al proyecto, se realizó una aplicación de la Ficha de datos sociodemográficos y del Cuestionario de afrontamiento, a los adultos mayores que habitan en el asilo “Hogar Marillack” ubicado en Av. Norte América # 150, donde viven 120 personas, de las cuales aproximadamente 30 padecen alguna enfermedad mental (esquizofrenia, alucinaciones, demencia senil, pérdida de memoria), 10 padecen ansiedad-depresión y 15 agresividad. Esta información fue obtenida de datos proporcionados por parte del médico de dicha institución. Para dicha aplicación se pidió autorización al director del Asilo (Ver Anexo “D”).

La aplicación de los instrumentos fue tipo entrevista y se realizó en la sala de cada piso al que perteneciera el anciano o en su habitación, esto lo decidía el entrevistado. El análisis será de forma descriptiva, ya que únicamente participaron 15 personas, de las cuales su edad oscila entre 60 años y 99 años de edad, 11 son mujeres y cuatro hombres. De estos participantes 11 que si están enfermos, cuatro padecen alguna enfermedad crónica, cuatro tienen problemas músculo esqueléticos y tres padecen otra enfermedad. En cuanto a la situación o problema que les preocupa actualmente fue la familiar, aunque siete personas reportaron no tener problemas o preocupaciones, de esta manera, los resultados de las estrategias de afrontamiento que emplean los adultos mayores (ocho personas), indican que la estrategia más utilizada es la orientada al problema (cuatro personas). Por lo que no difieren los resultados de los obtenidos en los Centros Culturales.

El que siete personas hayan reportado no tener problemas puede ser debido a lo que se le llama “deseabilidad social”, ya que se debe de tomar en cuenta que son personas institucionalizadas que probablemente el contacto con otros no sea muy frecuente, por lo que al acercarse una persona a hablar con ellos, ellos no mencionen sus problemas o preocupaciones esto para agradar.

Nombre de archivo: A10
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\ADRIANA PADILLA
FUENTES\doc
Plantilla: C:\WINDOWS\Application
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título: CAPÍTULO 8
Asunto:
Autor: BASE
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 23/01/06 08:56 P.M.
Cambio número: 1
Guardado el: 23/01/06 08:58 P.M.
Guardado por: BASE
Tiempo de edición: 2 minutos
Impreso el: 24/01/06 03:08 P.M.
Última impresión completa
Número de páginas: 9
Número de palabras: 2,451 (aprox.)
Número de caracteres: 13,974 (aprox.)

CAPÍTULO 9

CONCLUSIONES

Es necesario comentar sobre las estrategias de afrontamiento y la importancia de que las personas posean estos recursos para generar un afrontamiento adecuado a la situación o problema que estén viviendo. Ya que la calidad de vida y lo que entendemos por salud mental y física van ligadas a las formas de evaluar y afrontar el estrés de la vida.

La importancia del afrontamiento radica en que éste incluye mucho más que la resolución de un problema, ya que su desarrollo efectivo sirve también a otras funciones que tienen que ver con el objetivo que persigue cada estrategia, donde el resultado del afrontamiento esta referido al efecto que cada estrategia tiene. De esta manera, según Lazarus y Folkman (1991), las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno; y las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

Donde, se utiliza el afrontamiento dirigido a la emoción para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no importara, estos procesos conducen por si mismos a una interpretación de autodecepción o de distorsión de la realidad.

Aunque se sabe que el afrontamiento es un proceso cambiante, es decir una reevaluación cognitiva, en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, ésto a medida que va cambiando su relación con el entorno. Ya que la amenaza al bienestar se va a evaluar de forma distinta en las diferentes etapas del afrontamiento y va a dar lugar a distintas formas de éste.

Por lo que se emplean diferentes estrategias de afrontamiento como el distanciamiento psicológico, la evitación de pensamientos que hagan referencia a la amenaza, la negación de sus implicaciones y la búsqueda de información que pueda revelar algo importante para desarrollar estrategias de afrontamiento alternativas y responder al *feedback* provocado por los pensamientos y los actos.

Donde la importancia del afrontamiento radica en la forma en que realmente una persona afronte una situación, lo cual dependerá principalmente de los recursos de que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1991), disponer de los recursos adecuados resulta más efectivo cuando lo que hay que afrontar son problemas relativamente impersonales. Además, mencionan que ciertas investigaciones sugieren que los individuos son capaces de afrontar las situaciones sorprendentemente bien a pesar de una escasa salud física y del afrontamiento de su energía. De esta manera, mencionan los siguientes puntos como recursos de afrontamiento:

- ⊖ Verse a uno mismo positivamente puede considerarse un importante recurso psicológico de afrontamiento.
- ⊖ La esperanza puede ser alentadora por la creencia de que la situación puede ser controlable, de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla, de que una persona o un programa determinado resultarán eficaces, o bien por el hecho de tener fe en la justicia, la voluntad o en Dios. Sin embargo no todas las creencias sirven para el afrontamiento.
- ⊖ Son importantes recursos de afrontamiento las técnicas para la resolución de problemas que incluyen, la habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados

deseados y elegir un plan de acción apropiado. Las técnicas para la resolución de problemas derivan de otros recursos, como experiencias previas, almacenamiento de información, habilidades cognitivo-intelectuales para aplicar esa información y capacidad de autocontrol.

- ⊖ Habilidades sociales, son un importante recurso de afrontamiento debido al importante papel de la actividad social en la adaptación humana. Estas habilidades facilitan la resolución de problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo, en general, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales.
- ⊖ El apoyo social implica recibir apoyo emocional, informativo y/o tangible que puede ser proporcionado por la familia o por instituciones.
- ⊖ Recursos materiales, aumentan de forma importante las opciones de afrontamiento en la mayoría de las situaciones estresantes ya que proporcionan el acceso más fácil y a menudo más efectivo a la asistencia legal, médica, financiera y de cualquier otro tipo.

Sin embargo, Lazarus y Folkman (1991) mencionan que existe cierta limitación en la utilización de los recursos de afrontamiento, estos pueden ser los condicionantes personales que hacen referencia a los valores y creencias internalizadas, que sirven como normas que determinan cuándo ciertas conductas y sentimientos son apropiados o no; condicionantes ambientales donde el entorno puede responder a los esfuerzos de afrontamiento del individuo de un modo tal que acabe anulando sus estrategias; o el grado de amenaza, que depende de la evaluación de los recursos de que disponga una persona frente a las demandas internas o externas de una situación determinada y de los condicionantes que limitan su aplicación.

De esta manera, conocer los recursos de afrontamiento no es suficiente para predecir su modo de afrontamiento. Donde la relación entre recursos y afrontamiento se haya mediada por las coacciones personales y ambientales, así como por el grado de amenaza, además de que los recursos de afrontamiento no son constantes en el tiempo y la efectividad de éste considera las características personales y depende de las relaciones entre las demandas de la situación, los recursos del individuo y de los procesos de evaluación y de afrontamiento. Así, para que el afrontamiento sea efectivo debe existir una adaptación entre los esfuerzos de afrontamiento y los aspectos que se refieren a valores, objetivos, compromisos, creencias y estilos de afrontamiento que ocasionan conflicto si se ejecutan las estrategias necesarias en una situación dada.

Por ello la importancia de fomentar en los adultos mayores adecuadas estrategias de afrontamiento ante situaciones que son valoradas como estresantes; de esta manera, se incrementará su capacidad de adaptación para ajustarse a las demandas sociales, familiares y personales que se presentan con la edad, lo cual mejorará su calidad de vida. Donde la socialización en la vida cotidiana de los ancianos es un factor determinante en su vida independiente, ya que a través de ésta va a lograr adquirir y mantener herramientas que le permitan enfrentar los retos del envejecer.

Así, la importancia de dirigir la investigación y con ello la implementación de programas, donde se realicen actividades para adultos mayores, principalmente en asilos. Además, de las actividades es necesario crear una cultura de salud en la población, debido a que no hay que esperar al último momento para atender una enfermedad, sino que exista la prevención, ésto 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. Con ello, se puede mencionar una lista de “recomendaciones para mejorar la calidad de vida en adultos mayores”, la cual se les comento a los adultos que participaron en los Centros Culturales del INAPAM.

- ⊗ Mantener una alimentación adecuada y balanceada. Comer en horarios fijos y de acuerdo a la dieta prescrita por su médico.
- ⊗ Hacer ejercicio físico. Establecer una rutina diaria o semanal, de acuerdo a su condición de salud, sus necesidades, gustos, habilidades y preferencias.
- ⊗ Acudir a su médico oportunamente, seguir las indicaciones de los tratamientos prescritos, asistir a sus revisiones, controles y exámenes periódicos.
- ⊗ Cuidar su apariencia personal, mejorar su autoestima.
- ⊗ Fomentar su independencia en sus actividades cotidianas. Valerse por sí mismo. Dar y solicitar ayuda si es necesario.
- ⊗ Realizar actividades ocupacionales y mentales: leer, escribir, resolver juegos de pasatiempos, juegos de memoria, actividades manuales y recreativas.
- ⊗ Mantener contactos sociales, con gente de su edad y de otras edades. Asistir a reuniones sociales. Pertenecer a grupos con los que se identifique.
- ⊗ Planear su vida, organizar su tiempo libre, sentirse útil y productivo.
- ⊗ Fortalecer su autoeficacia para realizar sus actividades exitosamente. Autoselección de actividades, optimización y compensación de viejas actividades por nuevas actividades.
- ⊗ Proponerse nuevas metas que lo alienten a sentirse bien.

Nombre de archivo: A11
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\ADRIANA PADILLA
FUENTES\doc
Plantilla: C:\WINDOWS\Application
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título: CAPÍTULO 9
Asunto:
Autor: BASE
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 23/01/06 08:59 P.M.
Cambio número: 1
Guardado el: 23/01/06 09:01 P.M.
Guardado por: BASE
Tiempo de edición: 2 minutos
Impreso el: 24/01/06 03:09 P.M.
Última impresión completa
Número de páginas: 5
Número de palabras: 1,290 (aprox.)
Número de caracteres: 7,356 (aprox.)

REFERENCIAS

- Aréchiga, H. & Cereijido, M. (1999). Psicología del envejecimiento. En: *El envejecimiento sus desafíos y esperanzas*. (41-65) México: Siglo XXI.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1993). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En: *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. (1-34). Canada: The European Science Foundation.
- Bazo, M. García, S. Maiztegui, O. & Martínez, P. (1999). Sociología de la vejez. En: *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Madrid: Medica 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). Población adulta mayor. En: *Enfermería Gerontológica*. (1-50) España: Masson.
- García, L. Rodríguez, P. & Toronjo, G. (2001). El envejecimiento como fenómeno poblacional. En: *Enfermería del anciano*. (34-63) España: ediciones DAE.
- González-Celis, R. (2002). *Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos*. Tesis doctoral. México: UNAM.
- González-Celis, R. (2003). ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos?. En: Salinas, B. & Garduño, L. (coord.) En: *Calidad de*

vida y bienestar subjetivo en México. México: Universidad de las Américas-Puebla, Plaza y Valadez.

- González-Celis, R. (2003). Los adultos mayores: un reto para la familia. En: Eguiluz, L. *Dinámica de la familia*. (127-139). México: Pax México.
- González-Celis, R. & Sánchez-Sosa, 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.
- González-Celis, R. (2004). *Aportaciones del enfoque cognitivo-conductual a la psicología del envejecimiento*. Trabajo presentado en la II Reunión de Investigadores en Psicología.
- Guerrero, B. & Vicente, C. (2001). Afrontamiento del estrés. En: *Síndrome de "Burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. (53-75). España: CACERES.
- Guillén, L. & Pérez, M. (2003). Patología del envejecimiento. En: *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. (37-48) España: Masson.
- Häyry, M. (1999). Measuring the quality of life: hwy, how and what?. En Joyce, C. Hannah, M. y O'Boyle, C. *Individual quality of life*. (9-27). Paris: Harwood Academic Publishers.
- 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). Salud física y mental. En: *La vejez*. (71-104) Madrid: Pirámide.
- Kane, R. Ouslander , J. & Abrass, I. (2001). El paciente geriátrico: demografía y epidemiología. En: *Geriatría Clínica*. (17-38). México: McGraw Hill.
- Katschnig, H. (2000). Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría. En: *Calidad de vida en los trastornos mentales*. (3-15). Barcelona: Masson
- Krzemien, D. (2005). *Estilo de afrontamiento cognitivo frente al envejecimiento*. [En Red]. Disponible en: INTERPSIQUIS. 2005 consultado el día 15 de agosto del 2005, en el World Wide Web: <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad>
- Lamas, R. Lara, Lamas, L. F. & Lamas, L. C. (2004). Educación comunitaria del adulto mayor. [En Red]. Disponible en: [ilustrados.com](http://www.ilustrados.com) consultado el día 15 de agosto del 2005, en el World Wide Web: <http://www.ilustrados.com>
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca.
- Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Editorial Herder.
- López-Vásquez, E. & Marván, M. (2004). Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos. *Salud Pública de México*. 46, (3): (216-221).
- Lozang, C. (2000). Geriatría y Gerontología. Envejecimiento del ser humano. En: *Introducción a la Geriatría*. (1-10) (19-30). México: Méndez Editores.

- Lyon, B. (2000). Stress, Coping, and Health. En Hill-Rice, *Handbook of stress, coping, an health*. (3-23). USA: Sage Publications, Inc.
- Montero, M. & López, L. (1998). *Soledad: Desarrollo y validación de un inventario multifacético para su medición*. Tesis doctoral. México: UNAM – Facultad de Psicología.
- National Academy on an Aging Society. (1999). Hearing Loss. *Challenges for the 21st Century: Chronic and Disabling Conditions*. 2. [En Red]. Disponible en: www.agingsociety.org consultado el día 18 de septiembre del 2005, en el World Wide Web: <http://www.agingsociety.org/agingsociety/publications/chronic/index.html>
- National Academy on an Aging Society. (2000). Hypertension. *Challenges for the 21st Century:Chronic and Disabling Conditions*. 12. [En Red]. Disponible en: www.agingsociety.org consultado el día 18 de septiembre del 2005, en el World Wide Web: <http://www.agingsociety.org/agingsociety/pdf/hypertension.pdf>
- Padierna, C. Fernández, R. Pérez, A. Amigo, I. González, M. García, J. Fernández, M. & Peláez, I. (2004). Medida de las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos paliativos: propiedades psicométricas del cuestionario de afrontamiento. *Revista Mexicana de Psicología*. 21, (1): 15-27.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2000). En: <http://www.paho.org/>
- Reig, F. (2000). Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación. En Fernández-Ballesteros, R. *Gerontología social*. (167-200). Madrid: Pirámide.

- Reyes, C. Triana A. Matos P. & Acosta S. (2002). Salud en la tercera edad y calidad de vida. [En Red]. Disponible en: geriatrianet.com vol.4, nº1. consultado el día 9 de agosto del 2005, en el World Wide Web: <http://www.geriatrianet.com>
- Ríos, C. Sánchez, S. Barrios, S. & Guerrero, S. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Medica IMSS*. 42 (2): 109-116.
- Rodríguez, C. Isidro, R. & Martínez, J. (2004). Problemas relacionadas con la edad: un caso clínico. *Revista electrónica de Psicología* 7 (2). [En Red]. Disponible en: Revista Electrónica de psicología, consultado el día 19 de septiembre del 2005, en el World Wide Web: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin
- Rodríguez, M. (2000). Envejecimiento y enfermedad: manifestaciones y consecuencias. En: Fernández-Ballesteros, R. *Gerontología social* (153-168). Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, R. Morales, J. Encinas, J. Trujillo, Z. & D'Hyver, C. (2000). Salud publica gerontológico. En: *Geriatría*. (1-13). México: McGraw Hill
- Rowe, J. & Kahn, R. (1998). *Successful aging*. USA: The trademark Dell.
- Sáiz, R. (2000). Introducción y generalidades: la vejez en la historia. En : *Manual de psicogeriatría clínica*. (1-20) España: Masson.
- Salgado, A. Guillén, F. & Ruipérez, I. (2002). Biología del envejecimiento. En: *Manual de geriatría*. (15-28) España: Masson.
- Sánchez-Sosa, J. & González-Celis, R. (2002). La calidad de vida en ancianos. En: *Psicología y salud*. (191-218). México: UNAM.

- Sánchez-Sosa, J. & González-Celis, R. (2004). Evaluación de la calidad de vida en psicología. En: Caballo, V. E. (Dir.). *Manual para la evaluación cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (En Prensa).
- Setién, S. M. (1993). *Indicadores sociales de calidad de vida. Un sistema de medición aplicado al país vasco*. Madrid: Siglo XXI
- Sotelo, R. (2003). *Análisis de los estilos de afrontamiento de los adultos mayores*. Reporte de investigación. México: UNAM-FES Iztacala.
- Velasco, C. & Sinibaldi, G. (2001). La enfermedad crónica, el paciente y su familia. La enfermedad a través de las diferentes etapas del desarrollo humano. En: *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. (37-46) (47-78). México: Manual Moderno.
- Vellas, P. (1996). Envejecer exitosamente: Concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva. *Salud Pública de México*. 38 (6): 513-522.
- Warner, S. & Sherry, L. (2003). Desarrollo biológico: El cuerpo envejece. En: *Psicología de la edad adulta y la vejez*. (407-450) España: Pearson.
- William, R. & Maric, L. (2001). Health status and health care. En: *Quality of life older people*. (73-104) USA: Prentice Hall.

Nombre de archivo: A12
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\ADRIANA PADILLA
FUENTES\doc
Plantilla: C:\WINDOWS\Application
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título: REFERENCIAS
Asunto:
Autor: BASE
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 23/01/06 09:04 P.M.
Cambio número: 1
Guardado el: 23/01/06 09:05 P.M.
Guardado por: BASE
Tiempo de edición: 0 minutos
Impreso el: 24/01/06 03:09 P.M.
Última impresión completa
Número de páginas: 6
Número de palabras: 1,213 (aprox.)
Número de caracteres: 6,916 (aprox.)

ANEXOS



UNAM

ANEXO "A"

1.

FOLIO _____

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

2. NOMBRE _____

3. SEXO Femenino () Masculino ()

4. EDAD _____ (años cumplidos)

5. ESTADO CIVIL Soltero () Casado () Con pareja () Separado () Divorciado () Viudo ()

6. CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE Solo () Con su pareja o cónyuge () Con sus hijos () Con un familiar () Otro () ¿Quién? _____

7. ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA VIVIENDO ASÍ? Días _____ Meses _____ Años _____

8. ¿CUENTA CON ALGÚN INGRESO ECONÓMICO? Sí () No ()

9. ¿QUIÉN SE LO PROPORCIONA? _____

10. ¿EL INGRESO QUE USTED RECIBE SATISFACE SUS NECESIDADES? Sí () No ()

11. ¿CUÁL ES SU NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS?

Ninguno en absoluto () Primaria () Secundaria o Nivel Técnico () Bachillerato o Profesional ()

12. ¿LA VIVIENDA QUE USTED HABITA ES?

Rentada () Propia () Prestada () Vive en casa de algún familiar () Otra ¿cuál? _____

13. ¿CUÁL ES SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?

Empleado () Trabaja por su cuenta () Retirado, Jubilado o pensionado ()

Labores del hogar () Busca trabajo () Otra ¿cuál? _____

Sólo en caso de que sea retirado, conteste las preguntas 14 y 15, si no pase a la pregunta 16

14. ¿CUÁL ERA SU ACTIVIDAD ANTERIOR?

Empleado () Trabaja por su cuenta () Labores del hogar () Otra ¿cuál? _____

15. FECHA DE SU RETIRO: Días _____

Meses _____

Años _____

16. MENCIONE TRES ACTIVIDADES QUE REALICE EN SU TIEMPO LIBRE.

1 Ver tv/escuchar música _____	5	
Oficios _____		
2 Domésticas _____	6	
Deportivas _____		
3 Manualidades _____	7	
Dormir/descansar _____		
4 Sociales, culturales, educativas _____	8	Otras,
¿cuáles? _____		

17. ¿PERTENECE ALGÚN GRUPO O ASOCIACIÓN? Sí () No ()

18. ¿DE QUÉ TIPO?

Recreativa () Cultural () Educativa ()
Religiosa () Deportiva () Otra ¿cuál?

19. ¿QUÉ TIEMPO LE DEDICA?

Al menos una vez a la semana ()

Al menos una vez al mes ()

Ocasionalmente ()

20. ¿ESTÁ ENFERMO EN ESTE MOMENTO? Sí () No ()

21. ¿CUÁL ES SU ENFERMEDAD?

22. ¿DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO PADECE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA?

Días _____

Meses _____

Años _____

24. MENCIONE LOS TRES PROBLEMAS O PREOCUPACIONES MÁS SIGNIFICATIVOS QUE VIVE EN ESTE MOMENTO:

1. _____

2. _____

3. _____

A CONTINUACIÓN LE HARÉ ALGUNAS PREGUNTAS DE ACUERDO A CIERTOS HÁBITOS DE SU VIDA EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS:

25. ¿CUÁNTAS HORAS DUERME DIARIAMENTE? _____

26. ¿USTED TIENE EL HÁBITO DE FUMAR? Sí lo tengo () No lo tengo ()

27. ¿PIENSA CONSTANTEMENTE EN BEBER Y EN LAS BEBIDAS? Sí ()
No ()

28. ¿BEBE DURANTE EL DÍA? Sí () No ()

29. ¿CUÁNTAS COPAS BEBIÓ LA ÚLTIMA VEZ?

Lo suficiente para sentirse bien () Lo suficiente para perderse ()

Lo suficiente para emborracharse ()

30. REALIZA DIARIAMENTE ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA COMO:

Caminar, trotar, correr () Bailar () Ejercicios físicos () Subir y bajar escaleras ()

Quehaceres domésticos () Otras ¿cuáles? _____

Ninguna _____

31. ¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZA PARA MANTENERSE MENTALMENTE ACTIVO?

Leer () Ir al cine, teatro o espectáculos () Ir al museo () Juegos de mesa ()
Pintar ()

Resolver juegos () Ver tv () Aprender algo nuevo () Otras ¿cuáles? _____
Ninguna__

32. EN RELACIÓN A SU ALIMENTACIÓN, USTED CONSUME:

Productos lácteos al menos una vez al día ()

Huevo 1 ó 2 veces por semana () Frutas y verduras al menos dos veces al día ()

Carne, pescado, aves o leguminosas diariamente ()

Al menos cinco vasos al día con agua u otros líquidos –jugos, te, café, leche, cerveza, vino- ()



UNAM

ANEXO "B"

Folio _____

Cuestionario de Afrontamiento (FONT, 1990)

Las personas mayores suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre diversos temas. A continuación leeré una lista de formas diferentes con las que la gente mayor suele enfrentar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberá señalar una de las tarjetas de respuesta que corresponda a la frecuencia con la que más se acerca a su manera de pensar, reaccionar o actuar ante una situación en particular que actualmente le preocupe. No hay respuestas correctas o erróneas. Por favor recuerde una situación o problema que le ha preocupado últimamente, piense en la última semana, mencione a cuál se refiere _____, muy bien, con base en esta preocupación proporcione una respuesta a la forma de enfrentarla.

	Siempre	Muy Seguido	Moderadamente	A veces	Nunca
1. Pienso en superarlo yo mismo(a)					
2. Pienso en algún aspecto positivo					
3. Pienso que podría ser peor					
4. Busco un sentido					
5. No pienso en ello					
6. Busco una explicación en el pasado					
7. Me preparo para cosas peores					
8. Pienso que ya pasará					
9. Busco información					
10. Busco ayuda en otras personas					
11. Soluciono el problemas yo mismo(a)					
12. Acudo inmediatamente con un profesional					
13. Me distraigo					
14. Cumpló con las indicaciones o recomendaciones que me hagan					
15. Como y bebo lo que me apetece					
16. Disfruto con algunos aspectos positivos					
17. Hablo de ello					
18. Me aísló					
19. Me resigno					
20. Mantengo la esperanza					
21. Me siento culpable					
22. Lo expreso abiertamente					
23. Disimulo mi estado de ánimo					
24. Me siento pesimista					
25. Hago bromas sobre la situación o problema					
26. Otras ¿cuáles?					

ANEXO "C"



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, a 29 de junio de 2005.

Lic. Juan Carlos González Llamas
Director de Gerontología
Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

Por medio de la presente, se solicita su autorización para aplicar una batería de evaluación dirigida a personas adultas mayores que asistan de forma regular a los Centros Culturales del INAPAM. Dicha batería, tiene la finalidad de evaluar la calidad de vida así como otras medidas adicionales, de las personas adultas que asisten a dichos centros. La batería de evaluación, está conformada por los siguientes instrumentos:

Questionario de afrontamiento (Font, 1990)

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Instrumento de Auto-Eficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve) (González-Celis, 2002)

Escala de bienestar subjetivo (PGC) (Paul Lawton)

Inventario de depresión de Beck (BDI)

Inventario multifacético de soledad, IMSOL (Montero, 2000)

Instrumento de Calidad de Vida (WHOQoL-Breve) versión en español de la Organización Mundial de la Salud (traducido y validado por González-Celis & Sánchez-Sosa, 2002).

En cuanto a las condiciones de la aplicación, tomando en cuenta que son instrumentos largos, se pretende realizarla en dos sesiones con una duración aproximada de una hora cada una. Asimismo, sería recomendable, la aplicación de forma individual.

El grupo de trabajo está conformado por los siguientes psicólogos:

Acuña Gurrola María del Refugio

Aguirre Ortuño Nancy

García Ruiz Marisol

García Sandoval Margarita

Gómez Hernández Miriam

Lázaro López Gabriela

López Cueva Karla Araceli

Padilla Fuentes Adriana

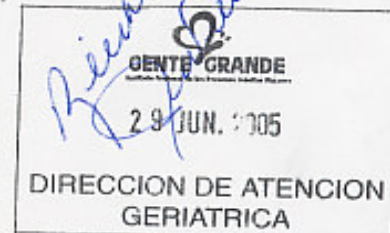
Pérez Díaz Juan Manuel

Pineda Aniceto Maribel Anaís

Reyes Jarquín Karina

Rodríguez Herrera Tomás

Vera Ortega Sandra



Cabe señalar que el trabajo de evaluación será supervisado por la Dra. Ana Luisa González- Celis Rangel. Por otra parte posterior a la evaluación, el grupo de trabajo, se compromete a entregar los resultados de la población evaluada.

En espera de su amable respuesta, reciba un cordial saludo y mi respeto académico.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"

Ana Luisa González-Celis Rangel
DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL

PROFESOR TITULAR DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA, POSGRADO E INVESTIGACIÓN.

MIEMBRO DEL PADRÓN DE TUTORES DEL DOCTORADO EN PSICOLOGÍA.

MIEMBRO DEL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES.

RESPONSABLE DEL PROYECTO "CALIDAD DE VIDA, SALUD Y ENVEJECIMIENTO".

E-mail: algcr@servidor.unam.mx

Tels: 5623-1192 y 5623-1160 Fax: 5623-1193 y 5623-1205

**INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS
ADULTAS MAYORES
DIRECCION DE GERONTOLOGIA**



México D.F., junio 30, 2005
DdG.0929/2005


DRA. ANA LUISA GONZÁLEZ-CELIS RANGEL
Profesora Titular de la
Carrera de Psicología, División de Investigación y
Posgrado de la
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México
Presente

En relación a su atenta comunicación de fecha 29 de junio del presente, me permito informarle que no existe ningún inconveniente para realizar la batería de evaluación que en su escrito menciona, por lo que le suplico de la manera más atenta se ponga en contacto, después del 15 de julio con los Administradores de los Centros Culturales:

- Lic. María de la Cruz Serrano Fragoso, CC Aragón, tel. 5579 83 05
- T.S. Leonardo Flores Santiago, CC Cuauhtémoc, tel. 5669 3104
- Lic. Leticia Chávez Zamudio, CC San Francisco, tel. 5534 9597
- T.S. Isabel Rojas Espíritu, CC Alhambra, tel. 5539 9637

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarte un cordial saludo.

Atentamente,



Lic. Juan Carlos González Uñas
Director de Gerontología

JCGLL:pw



ANEXO "D"



27 de septiembre de 2005

Estimado Lic. Lucio Gutiérrez Tobar

Por medio de la presente pido su autorización para que Adriana Padilla Fuentes, quien se encuentra realizando un reporte de investigación para obtener el grado de Lic. en Psicología, asista a la casa hogar Marillack A. C. Esto con la finalidad de obtener información de las personas de la tercera edad.

Atentamente Dra. Ana Luisa González-Cellis Rangel

Firma

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'Ana', is written over a horizontal line.

Nombre de archivo: A13
Directorio: C:\Mis documentos\TESIS\ADRIANA PADILLA
FUENTES\doc
Plantilla: C:\WINDOWS\Application
Data\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título:
Asunto:
Autor: BASE
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 23/01/06 09:06 P.M.
Cambio número: 1
Guardado el: 23/01/06 09:09 P.M.
Guardado por: BASE
Tiempo de edición: 2 minutos
Impreso el: 24/01/06 03:10 P.M.
Última impresión completa
Número de páginas: 9
Número de palabras: 998 (aprox.)
Número de caracteres: 5,690 (aprox.)