



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

**Plan de trabajo para la realización de la
investigación de pregrado**
Requisito curricular del Plan de Estudios 1989
(O.C.S. 143/89)

Apellido y nombre de los alumnos:

Matrícula y año:

Martínez Festorazzi, Valeria

Mat. 5466/01

Naddeo, Diego Eduardo

Mat. 5171/00

Odriozola, María Belén

Mat. 5482/01

Cátedra o Seminario de Radicación:

**Grupos de Investigación Temas de Psicología del
Desarrollo y Psicología Cognitiva y Educacional
(G.I.P.C.E.)**

Supervisor:

Lic. Deisy Krzemien

Título del proyecto:

**“Relación entre el apoyo social y las estrategias de
enfrentamiento frente al envejecimiento femenino”**

Descripción resumida

La presente investigación se orienta a indagar la relación entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento en el envejecimiento femenino. La literatura científica en este tema concibe al envejecimiento como una crisis del desarrollo que afecta la adaptación vital. Existe evidencia de una relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y el apoyo social.

En este trabajo, mediante un diseño descriptivo correlacional y transversal, se evalúan las relaciones entre estrategias de afrontamiento y apoyo social en una muestra de 212 mujeres ancianas de Mar del Plata.

Se propone describir estilos (adaptativo/desadaptativo) y estrategias de afrontamiento frente a situaciones críticas del envejecimiento en la mujer, y examinar las relaciones entre apoyo social percibido, afrontamiento y satisfacción en dicho afrontamiento. Los datos de esta investigación serían un aporte al avance en el campo teórico e interdisciplinario de la gerontología, a la vez que permitirían diseñar estrategias de intervención en situación de crisis a fin de favorecer la adaptación vital de adultas mayores.

Palabras clave

Estrategias de afrontamiento – apoyo social - satisfacción - situaciones críticas del envejecimiento femenino.

| | |
|-------------------|----------------|
| N° CLASIFICACION: | ADQUISICION: |
| T-pgm | Pape |
| | N° INVENTARIO: |
| | 1491 |



Descripción detallada

Motivos y antecedentes

El envejecimiento se concibe como un proceso de cambios biológicos, psicológicos y sociales sujeto al tiempo vivido (Baltes, Lindenberger y Standinger, 1998). Se considera a la vejez como una crisis del desarrollo donde se producen sucesos críticos tales como cambios y desafíos, por ejemplo el temor por la muerte propia y de familiares, enfermedad, dependencia, aislamiento, soledad y jubilación, entre otros (Erikson, 1963; Menninger, 1999; Murrell, Norris y Grote, 1988; Neugarten, 1977, 1996; Vaillant, 1979). Estos sucesos requieren el uso de estrategias para afrontarlos.

La modalidad de afrontamiento a los sucesos críticos de la vejez permite una oportunidad de desarrollo personal y así alcanzar una adaptación satisfactoria en esta etapa vital (Aldwin y Revenson, 1987; Lazarus y Folkman, 1984; Moos, 1988; Moos y Shaefer, 1993).

El término afrontamiento (coping) fue definido por Lazarus y Folkman (1986) como los esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos de las personas. Si bien existen discrepancias en cuanto a la identificación, clasificación y evaluación de estrategias de afrontamiento, se halla consenso en diferenciar las estrategias según sean adaptativas o desadaptativas (Lazarus y Folkman, 1984, 1986; Carver, C., Scheier, M., y Weintraub, K. 1989; Aldwin y Revenson, 1987; Font Guiteras, 1990). En general, los autores coinciden en que las estrategias de afrontamiento activas se refieren a esfuerzos para manejarse directamente con el suceso conflictivo y son usualmente descritas como exitosas. Las estrategias pasivas consisten en la ausencia de enfrentamiento o conductas de evitación y negación, consideradas como menos exitosas.

La mayoría de los estudios sobre afrontamiento (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Galán Rodríguez y Perona Garcelán, 2001; Lazarus y Folkman, 1986; Moos, 1988; Páez Rovira, 1993) concuerdan en determinar tres dominios de las estrategias, según estén dirigidas a:

- la valoración de la situación (afrentamiento cognitivo),
- la resolución del problema (afrentamiento conductual)
- la emoción resultante (afrentamiento afectivo).

Por otro lado, una de las variables moduladoras o condicionantes del afrontamiento y adaptación en situaciones críticas es el apoyo social. Se ha hallado relación entre el apoyo social y la percepción de la salud y adaptación (Jones, Rapport, Hanks, Lichtenberg, Telmex, 2003). En el caso de la vejez, numerosos estudios se han centrado en los efectos positivos del apoyo social (Berkman y Sime 1979; Heller, Swindle y Dusenbury, 1986; Seidmann, 2001; Thoits, 1995).

El apoyo social es definido como la posición y el modo de relación entre individuo y sociedad, que constituye cierto grado de pertenencia a la estructura social (Páez, 1992) y de apoyo social percibido (Conde y Franch, 1984). Se consideran tres niveles básicos de apoyo social: macro, medio y micro o de relaciones próximas (Gottlieb, 1981; Lin, Dean y Ensel, 1986).

En cuanto al estado actual del tema, en los últimos años se ha acrecentado el estudio acerca de la influencia significativa del papel del apoyo social y recursos sociales sobre el bienestar y adaptación (Litwin y Landau, 2002; Da Silva Calil Guerreiro, L, Rodrigues Pereyra, M, 2004). Las redes sociales representan un importante punto de referencia para la persona en situación de crisis (De Paulo, Nadler y Fisher, 1983). Varios autores coinciden en que el apoyo social recibido por el ambiente familiar es más efectivo en la adaptación que el contacto con personas menos cercanas en la vejez. (Sánchez E., 1998).

Desde el modelo aportado por Fernández Ballesteros (1996) sobre los elementos componentes de la calidad de vida de las personas mayores, las relaciones interpersonales ejercen una notable influencia sobre su bienestar y satisfacción. Se sugiere que el apoyo social es un factor condicionante del bienestar psicológico; y se destaca la importancia de los vínculos sociales y la satisfacción que la persona experimenta en ellos. Esta autora, ha hallado que en la vejez, los familiares, son los principales proveedores de ayuda y apoyo. Si bien la red de apoyo social reviste gran importancia a lo largo de toda la vida del sujeto, dicha importancia se incrementa fuertemente durante la vejez. El

mantenimiento de los vínculos establecidos así como la reconstrucción de nuevos lazos sociales son una necesidad durante esta etapa de la vida, cuando decrece la actividad socio-laboral y se experimentan situaciones de pérdidas. Un estudio en nuestro contexto destaca que las intervenciones en red permiten el desarrollo de estrategias que favorezcan cambios, propicia la participación activa, a la vez que fortalece y revaloriza a los propios actores sociales implicados de manera protagónica en el proceso de optimización de su calidad de vida en la vejez (Arias, 2004).

Asimismo, investigadores coinciden en que el afrontamiento adaptativo de los sucesos críticos de la vida está relacionado con el apoyo social. Así, las personas que poseen mayor nivel de apoyo social afrontan de manera más efectiva los sucesos críticos (Anja, Dirkzwager, Bramsen y Van der Ploeg, 2000). Existe evidencia de que las personas con bajo nivel de apoyo social suelen usar estrategias de afrontamiento evitativas frente a una enfermedad crónica como la insuficiencia cardíaca (Ojeda Pérez, Ramal López, Calvo Frances, Vallespin Montero, 2001). Clínicos e investigadores han hallado una relación significativa entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento usadas ante la exposición a un factor estresante específico en sujetos adultos (Lazarus y Folkman, 1986). Si varía el grado de apoyo social recibido, varían el uso de estrategias de afrontamiento (Mccoll, Hau Lei y Skinner, 2000).

Particularmente, la influencia positiva de los recursos sociales sobre la forma de afrontar los sucesos críticos de la etapa final de la vida ha sido demostrada en el *Duke Longitudinal Study of Aging* (Palmore, Cleveland, Nowlin, Ramm y Sigler, 1985), coincidentemente con otros estudios (Rowe y Kahn, 1998; Menninger, 1999). Moos y Lembe (1985) muestran que las personas de edad con más recursos sociales tienden a usar las estrategias de afrontamiento activo.

Si bien son numerosos los estudios que relacionan apoyo social y adaptación en la vejez, aún resta por conocer la posible relación entre apoyo social y estrategias de afrontamiento en el caso del envejecimiento en la mujer.

Objetivos Generales

- El objetivo general de esta investigación consiste en indagar y describir las relaciones entre apoyo social y estilos y estrategias de afrontamiento frente a las situaciones críticas de la vejez en la mujer.

Objetivos Específicos

- Describir los estilos de afrontamiento (según su naturaleza: cognitiva, conductual o emocional y nivel de adaptabilidad: adaptativo/desadaptativo) y el uso de estrategias de afrontamiento en relación al nivel de apoyo social en la mujer anciana.
- Examinar la relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y la satisfacción percibida en el afrontamiento frente a sucesos críticos de la vejez en la mujer.

Hipótesis

H1: El uso de estrategias de afrontamiento activo se relaciona con un mayor nivel de apoyo social. El uso de estrategias de afrontamiento pasivo o desadaptativo se relaciona con un nivel inferior de apoyo social, en el envejecimiento femenino.

H2: El estilo de afrontamiento adaptativo y emocional se asocia a un mayor nivel de apoyo social.

H3: El uso de estrategias de afrontamiento activas y adaptativas se relaciona con la percepción de satisfacción en el afrontamiento.

Método y técnicas

Diseño: Mediante un diseño descriptivo correlacional y transversal, se evalúan las relaciones entre estilos y estrategias de afrontamiento y nivel de apoyo social.

Muestra: 200 mujeres mayores de 65 años de edad de Mar del Plata, seleccionadas intencionalmente de los siguientes lugares: PAMI, PUAM

(Programa Universitario de Adultos Mayores de la Universidad Nacional de Mar del Plata), Centros de Jubilados, Asociación Cristiana Femenina, Hospital Privado de Comunidad, salas de espera y domicilios particulares. Los sujetos serán distribuidos en tres grupos según el nivel de apoyo social: bajo (aislamiento social o con escasa integración social), medio (pertenencia a ámbitos familiar y/o medio inmediato) y alto (pertenencia al ámbito familiar, medio inmediato y medio socio-comunitario).

Técnicas de recolección de datos:

1) Entrevista individual semi-estructurada para explorar los sucesos críticos del envejecimiento y la satisfacción en el afrontamiento.

2) Escala Multidimensional de Evaluación de Estilos de Afrontamiento (COPE): el cual responde teóricamente al modelo de estrés de Lazarus y Folkman, (1986) y al modelo de autorregulación conductual de Carver y Scheier (1981). Se utilizó la versión situacional abreviada *Brief-COPE* (1997) en español, cuyas propiedades psicométricas muestran buenos índices de confiabilidad y validez, y cuenta con amplia validación en numerosos estudios (Culver JL, Arena P, Wimberly SR, Antoni, MH, Carver CS., 2004; Olley B., 2003; Koopman C., 2000; Perczek R, Carver CS, Price A, Pozo-Kaderman C., 2000). La estructura factorial del inventario es consistente a su versión original completa (Carver CS., 1981). La versión abreviada omite dos escalas de la versión original (*restricción en el enfrentamiento y supresión de actividades competitivas*), reduce otras a dos ítems por escala (*reinterpretación positiva, descarga emocional y autodistracción*) y agrega una nueva escala (*autocrítica*). El inventario consta de 28 ítems que se agrupan por pares en 14 escalas con un rango de puntuaciones que oscila entre cuatro puntos (1: *no me ocurre casi nunca o no lo hago frecuentemente*, y 4: *me ocurre casi siempre o lo hago con mucha frecuencia*). El cuestionario BRIEF-COPE fue validado recientemente en la población de adultas mayores, mediante un estudio piloto, donde se consideraron 60 adultas mayores (Krzemien, Urquijo & Monchiatti, 2004).

3) Escala para la Evaluación del Apoyo Social, *California Department of Mental Health*, en su adaptación española de Conde y Franch, 1984. Esta

escala hace referencia a relaciones sociales de apoyo, a la participación en grupos sociales y a la pertenencia a una familia o grupo social. Este cuestionario consta de seis preguntas con un rango de puntuaciones ordinal de cuatro valores, determinándose tres niveles posibles de integración social: bajo, moderado y alto.

Lugar de realización del trabajo

- Grupo de investigación de Psicología Cognitiva y Educacional (Director: Dr. Jorge Vivas)

Cronograma de actividades

- Octubre-Noviembre 2004: Ingreso al GIPCE, interiorización en el marco teórico y líneas de investigación. Colaboración en el trabajo de campo de investigación en curso. Lectura y búsqueda bibliográfica. (1)
- Diciembre 2004: Selección del tema de investigación. Construcción del plan de trabajo para la realización de la investigación de pregrado: (2)
- Febrero- Marzo 2005: Elaboración del marco teórico. (3)
- Abril-Mayo 2005: Construcción del estado de la cuestión. (4)
- Junio-Julio 2005: Determinación de los objetivos generales y particulares, hipótesis y métodos de investigación a aplicar. (5)
- Agosto 2005: Redacción y presentación del Plan de tesis (6)
- Septiembre-Octubre 2005: Selección de muestra. Administración de instrumentos de evaluación. (7)
- Noviembre: Análisis cuantitativo y cualitativo de los datos. (8)
- Diciembre 2005: Conclusiones y apertura a nuevos problemas de investigación. Redacción del informe final. (9)

| Actividad | Meses | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|
| | 10/04 | 11/04 | 12/04 | 2/05 | 3/05 | 4/05 | 5/05 | 6/05 | 7/05 | 8/05 | 9/05 | 10/05 | 11/05 | 12/05 |
| 1 | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | ■ | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | ■ | ■ | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | ■ | ■ | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | ■ | ■ | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | ■ | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | ■ | ■ | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | ■ | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | ■ |

Bibliografía

- 1) Aldwin, C.M. y Revenson, T.A. (1987). *Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health*. J. Pers Soc Psychol, 53, 237-48.
- 2) Anja, J., Dirkzwager, I., Bramsen, Van der Ploeg, H. (2000) *Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study*. Am J Psychiatry. Vol 157:1115-1119, July 2000.
- 3) Arias, C. (2004) *Redes de apoyo social en las personas de edad*. UNMdP Simposio antropología de la vejez. Grupo SAVYPCE.
- 4) Baltes, P.B., Linderberger, U. y Staudinger, U.M. (1998). *Lifespan theory in developmental psychology*. En W. Damon (ed.) (2000). *Handbook of developmental Psychology: theoretical models of human development*. New York: Academy Press, pp. 1029-1120.
- 5) Barrón, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- 6) Berkman I.F. y Sime, S.L. (1979) *Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County Residents*. American Journal of Epidemiology, 109, 186-204.
- 7) Carver CS., (1997). *You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief-Cope*. Int J Behav Med; 4:94-100.
- 8) Carver CS, Scheier MF., (1981) *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.
- 9) Conde V, Franch JI(1984) *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid, Upjohn
- 10) Culver JL, Arena P, Wimberly SR, Antoni, MH, Carver CS., (2004) *Coping among african-american, hispanic, and non-hispanic white women recently treated for early stage breast cancer*. Psychol Health; 19(2):157-166.
- 11) Da Silva Calil Guerreiro, L., Rodrigues Pereira, M., (2004) *Stressing events in the relationship with the patient and coping strategies: a study*

- with medical students. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. May-Jun 2004; vol.53 (3): 185-196.
- 12) De Paulo, B.M., Nadler, A. y Fisher, J.D. (1983). *New directions in helping* (Vol. II): Help-seeking. Nueva York: Academic Press.
 - 13) Erikson, E., (1963). *Identidad, juventud y crisis*, Taurus Humanidades, Madrid.
 - 14) Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
 - 15) Font Guiteras, A. (1990): "Estrategias de afrontamiento adaptación y calidad de vida". *Revista Comunicaciones*. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. España. Pág.90-96.
 - 16) Galán Rodríguez, A. y Perona Garcelán, S. (2001) Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis. *Psicothema*, 13(4), 563-70.
 - 17) Gottlieb, B., (1981). *Preventive intervention involving social networks and social support*. *Social Networks and Social Support*. (Gottlieb Ed.), Sage ed., Beverly Hills. 1981.
 - 18) Heller, K., Swindle R.W. y Dusenbury, L. (1986) Component social support processes: *Comments and integration*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 466-70.
 - 19) Jones, T., Rapport, L., Hanks, R., Lichtenberg, P., Telmet, K. (2003) Cognitive and psychosocial predictors of subjective well-being in urban older adults. *Clinical Neuropsychologist*. Feb 2003; Vol 17 (1): 3-18.
 - 20) Koopman C., (2000) *Relationships of perceived stress to coping, attachment and social support among HIV-positive persons*. *AIDS Care*; 12 (5):663-672.
 - 21) Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. (New York: Springer)
 - 22) Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
 - 23) Lin, N., Dean, A., Ensel, W. (1986) *Social support, life events and depression*. Academic Press, London 1986.
 - 24) Litwin, H., Landau, R., (2000). *Social network type and social support among the old-age*. *Gerontologist*.2001; 41: 516-524.

- 25) Mccoll, M., Lei, H., Skinner, H., (1995). Structural relationships between social support and coping. *Social Science and Medicine*, Vol 41, Issue 3, 395-407.
- 26) Menninger, W.W. (1999). Adaptational challenges and coping in late life. *Bullet Menninger Clinic*, 63(2), suppl. 1. 4-15.
- 27) Moos, R. y Lambe, S. (1985) *Specialized living environments for older people*. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of Psychology of Aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold, 864-89.
- 28) Moos, R. H. (1988). *Life stressors and coping resources influence health and well being*, *Evaluación Psicológica*, 4, 133-58.
- 29) Moos, R. H. and Schaefer, J.A. 1993. *Coping resources and processes: Current concepts and measures*. In L. Goldberger and S. Breznitz (eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, 13, (pp. 234-257). New York: The Free Press.
- 30) Neugarten, B.L. (1977). *Personality and a ging*. En J.E. Birren y K.W. Schaie (eds.), *H. Psicol. Aging*, New Cork: Van Nostrand Reinhold, 626-49.
- 31) Neugarten, B.L. (1996). *Los significados de la edad*, Barcelona: Editorial Herder.
- 32) Ojeda Perez, B., Ramal Lopaz, J., Calvo Frances, F., Vallespin Montero, R. (2001). Stress coping strategies and social support. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicósomática*. 2001; vol 22 (3): 49-62.
- 33) Olley, B. (2003) Psychological and coping in recently diagnosed HIV-patients: The role of gender. *South African Med J*; 93:928-931.
- 34) Páez Rovira, D. (1993) *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia: Promolibro.
- 35) Paltmore, Cleveland, Nowlin, Ramm y Sigler, (1985) Stress and adaptation in later life. *Journal of Gerontology*, 34, 841-51.
- 36) Perczek R, Carver CS, Price A, Pozo-Kaderman C., (2000) *Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions*, *J Pers Assessment*; 74: 63-87.
- 37) Rokach, A., Bacanlı, H., Ramberan, G., (2000) Coping with loneliness: a cross-cultural comparison. *European Psychologist* Volume 5, No. 4.

- 38) Rowe, J.W. y Kahn R. L. (1998) *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
- 39) Sanchez, E. (1998). Social support, social integration and mental health. *Revista de Psicología Social*. (1998); vol 13 (3): 537-544.
- 40) Seidmann, S. (2001) *Soledad, redes sociales de apoyo y estilos de afrontamiento en diferentes grupos generacionales de mujeres*, Octava Reunión Nacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento, 14-6.
- 41) Thoits, (1995) Social support as doping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 416-23.

Valerie Martínez Fiestas
mi

H. Belén Odrizola

LIC. DEISY KÆERIEN

Firma del Supervisor

Firma de los alumnos

Firma del Co-supervisor

P/Area de investigación

CLAUDIA ARIAS

Resultado de la evaluación (aprobado/rehacer)

APROBADO

Fecha:

06/09/2005




Mar del Plata, 10 de agosto del 2005

A la Sra. Secretaria de Investigación y Postgrado
de la Facultad de Psicología
de la Universidad Nacional de mar del Plata
Lic. Cristina Belloc
S/D _____

Por la presente dejo constancia, en mi carácter de Directora del Grupo de Investigación Temas de Psicología del Desarrollo, que otorgo aval a la supervisión de la Lic. Deisy Krzemien de la Tesis de grado titulada "Relación entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento frente a sucesos críticos de la vejez femenina" perteneciente a los alumnos Diego Naddeo, Belen Odriozola y Valeria Festerazzi.

Sin más, agradezco su atención y le saludo cordialmente.


T.G. ALICIA TRONCHETTI



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

**Plan de trabajo para la realización de la
investigación de pregrado**
Requisito curricular del Plan de Estudios 1989
(O.C.S. 143/89)

Apellido y nombre de los alumnos:

Matrícula y año:

Martínez Festorazzi, Valeria

Mat. 5466/01

Naddeo, Diego Eduardo

Mat. 5171/00

Odriozola, María Belén

Mat. 5482/01

Cátedra o Seminario de Radicación:

**Grupo de Investigación temas de Psicología del
Desarrollo y Psicología Cognitiva y Educacional
(G.I.P.C.E.)**

Supervisor:

Lic. Deisy Krzemien

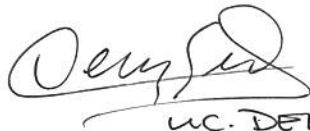
Título del proyecto:

**“Relación entre el nivel de apoyo social y las
estrategias de afrontamiento frente al envejecimiento
femenino”**

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Martínez Festorazzi, Valeria Soledad, Naddeo, Diego Eduardo, Odriozola, María Belén de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores.



"El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Martínez Festorazzi, Valeria S. Mat. 5466/01; Naddeo, Diego Eduardo, Mat. 5171/00 y Odriozola, María Belén Mat. 5482/01, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los.....días del mes dedel año 2006."



U.C. DELSY KRZEMIAN

Firma, aclaración y sello del supervisor:




Mar del Plata, 15 de septiembre del 2006

A la Sra. Secretaria de Investigación y Postgrado
de la Facultad de Psicología
de la Universidad Nacional de Mar del Plata
Lic. Crsitina Belloc
S/D

Por la presente dejo constancia , en mi carácter de Directora del Grupo de Investigación Temas de Psicología del Desarrollo, que otorgo aval a la supervisión de la Lic. Deisy Krzermien de la Tesis de grado titulada "Relación entre apoyo social y las estrategias de afrontamiento frente a sucesos críticos de la vejez femenina" a los alumnos Diego Eduardo Naddeo, Maria Belén Odriozola y Valeria S. Martinez Festorazzi.

Sin más, agradezco y le saludo cordialmente.


Alicia MONCETTI. —

"Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Martínez Festorazzi, Valeria S. Mat. 5466/01; Naddeo, Diego Eduardo, Mat. 5171/00 y Odriozola, María Belén Mat. 5482/01.

Firma y Aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de aprobación:



Resumen

La presente investigación se propone indagar la relación entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento en el envejecimiento femenino. La literatura científica en este tema concibe al envejecimiento como una crisis del desarrollo que afecta la adaptación vital. Existe evidencia de la relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y el apoyo social. En este trabajo, mediante un diseño descriptivo correlacional y transversal, se evalúan las relaciones entre estrategias de afrontamiento y apoyo social en una muestra de 212 mujeres ancianas de Mar del Plata.

Se propone describir el uso de estrategias y estilos de afrontamiento y examinar la relación entre el apoyo social percibido, el afrontamiento y el grado de satisfacción frente a situaciones críticas del envejecimiento. Los datos de esta investigación contribuyen a aumentar el saber teórico en relación a la temática del envejecimiento femenino y permiten diseñar diferentes estrategias de intervención interdisciplinaria orientadas a mujeres ancianas en situación de crisis a fin de favorecer la adaptación en esta etapa vital.

Marco Teórico

El envejecimiento se concibe como un proceso de cambios biológicos, psicológicos y sociales sujetos al tiempo vivido (Baltes, Lindenberger y Standinger, 1998). Se considera a la vejez como una crisis del desarrollo donde se producen sucesos críticos tales como cambios y desafíos como el temor por la muerte propia y de familiares, enfermedad, dependencia, aislamiento, soledad y jubilación entre otros (Erikson, 1963; Menninger, 1999; Murrell, Norris y Grote, 1988; Neugarten, 1977, 1996; Vaillant, 1979). Estos sucesos requieren el uso de estrategias para afrontarlos. La modalidad de afrontamiento a los sucesos críticos de la vejez permite una oportunidad de desarrollo personal y así alcanzar una adaptación satisfactoria en esta etapa vital (Aldwin y Revenson, 1987; Lazarus y Folkman, 1984; Moos, 1988; Moos y Shaefer, 1993).

El término **afrontamiento** (*coping*) fue definido por Lazarus y Folkman (1986) como "los esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos de las personas" (pag. 164). Si bien existen discrepancias en

cuanto a la identificación, clasificación y evaluación de estrategias de afrontamiento existe consenso en diferenciar las estrategias según sea activo o pasivo (Lazarus y Folkman, 1986; Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Aldwin y Revenson, 1987). En general, el afrontamiento activo, considerado teóricamente como adaptativo, comprende actividades directamente dirigidas a la modificación o minimización del impacto de la situación crítica, a la regulación de la emoción y a la interpretación positiva o búsqueda de un significado del suceso, valorándolo de tal manera que resulte menos desagradable. En tanto que el afrontamiento pasivo o evitativo, considerado como desadaptativo, se refiere a conductas de evasión, a la expresión del estado emocional y a la valoración de la situación a través de pensamientos de deseo o de negación de la realidad, afrontamiento que implica un descompromiso con la situación problemática. Por otro lado, la mayoría de los autores en el campo del afrontamiento (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Galán Rodríguez y Perona Garcelán, 2001; Lazarus y Folkman, 1986; Moos, 1988; Páez Rovira, 1993) concuerdan en determinar tres dominios de las estrategias, según estén dirigidas a: la valoración (afrontamiento cognitivo), la situación-problema (afrontamiento conductual) y la emoción (afrontamiento afectivo). Carver, Scheier y Weintraub (1989) definieron las siguientes estrategias de afrontamiento:

- ♦ **Autodistracción:** es una forma de escape, descompromiso conductual, es decir supone la centración en tareas y actividades como modo de pensar menos en el problema y distraer la atención de la situación crítica, puede ser a través de la fantasía, de dormir más de lo habitual, mirar TV, ir de compras, enfocarse en tareas sustitutorias para olvidar la situación-problema.
- ♦ **Afrontamiento conductual activo:** conductas dirigidas a resolver la situación y confrontar las dificultades. Supone una serie de acciones encaminadas a eliminar el problema o bien reducir sus efectos.
- ♦ **Negación:** supone una forma de evitación cognitiva, negándose a creer la realidad de la situación crítica.

- ♦ **Uso de sustancias:** implica un tipo de evitación conductual por el cual se intenta deshacerse de la situación problemática mediante el alcohol o drogas.
- ♦ **Apoyo emocional:** supone la búsqueda de apoyo afectivo, contención emocional y comprensión de otras personas. El apoyo o soporte social es similar a esta forma de afrontamiento, que incluye la comunicación abierta, sosiego y sostén afectivo.
- ♦ **Apoyo instrumental:** intento de contar con una ayuda tangible, material, guías de actuación y consejos acerca de la situación crítica.
- ♦ **Abandono de resolución o renuncia:** se refiere al descompromiso conductual, de tal forma que se dejan que las cosas sigan su curso sin realizar ninguna acción al efecto de la resolución de la situación crítica.
- ♦ **Descarga emocional:** supone la comunicación catártica del estado emocional como forma de eliminación de las emociones negativas elicítadas por el problema.
- ♦ **Reformulación positiva:** reevaluación del suceso crítico como forma de revocación voluntaria, controlable y vinculada a buscar un sentido al problema, mediante la reinterpretación positiva o atribución de un nuevo significado. Supone un aprendizaje a partir de la experiencia de atravesar por la situación, y a la vez un crecimiento personal.
- ♦ **Planificación:** incluye las formas de determinar los pasos de acción, suponiendo que la situación crítica puede ser controlada y sus consecuencias previsibles en alguna medida.
- ♦ **Humor:** se refiere a la consideración de la situación negativa, restándole importancia o aliviando sus efectos críticos.
- ♦ **Aceptación:** supone el reconocimiento de la responsabilidad propia sobre la situación, pudiendo ser una aceptación activa o pasiva.
- ♦ **Religión:** incluye la búsqueda de soporte afectivo y espiritual mediante la depositación de la esperanza en creencias religiosas.
- ♦ **Autocrítica:** implica el reconocimiento de las limitaciones propias para hacerse cargo de la situación, y formas de culpabilización.

Una de las variables modulares o condicionantes del afrontamiento y la adaptación en situaciones críticas es el apoyo social. Históricamente, es en la

década de los años 70 cuando aparecen tres artículos pioneros en el estudio del apoyo social (Cassel, 1974, 1976; Cobb, 1976), asociado a los efectos en el estrés psicosocial. En las últimas décadas, numerosos estudios mostraron la relación existente entre el apoyo social y la percepción de la salud y adaptación (Jones T., Rapport, L., Hanks, R., Lichtenberg, P., Telmex, K., 2003). Sin embargo, actualmente el tema del apoyo social se ha convertido en un área de investigación creciente y en cierta medida independiente.

El concepto de **apoyo social** ha recibido diferentes definiciones debido al carácter multifacético o multidimensional de este constructo. Así, en la literatura científica se distinguen tres aspectos relevantes que diferencian las conceptualizaciones: primero, según el nivel de análisis elegido (nivel comunitario, sistemas sociales formal e informal); segundo, según el aspecto estructural (red social) o funcional (calidad y tipo de apoyo); tercero, según el carácter objetivo o subjetivo (apoyo social percibido). En general, el apoyo social es definido como la posición y el modo de relación entre individuo y sociedad, que constituye cierto grado de pertenencia a la estructura social (Páez, 1992). El apoyo social es el resultado de la interacción en un contexto relacional y sociocultural. Es decir, las relaciones y recursos sociales son el punto de partida del apoyo social (Lin, Dean, and Ensel, 1986), de ahí la importancia de la integración social y la participación en relaciones y actividades sociales. El apoyo social se lo entiende ligado a estar inmerso en relaciones sociales con diferentes niveles de profundidad (Gottlieb, 1981, Sánchez Moreno, 2004). El apoyo social además incluye los “vínculos entre individuos y grupos que sirven para mejorar la adaptación cuando uno se enfrenta a situaciones de estrés, reto o privación” (Caplan, 1979).

Considerando el apoyo social desde los diferentes aspectos mencionados, en este trabajo se considera el apoyo social en relación a la **integración y participación social** (IPS), incluyendo las siguientes categorías de análisis: 1. relaciones y contactos sociales, 2. participación social, y 3. disponibilidad de personas confidentes (Duke University Center for the Study of Aging and Human Development, 1978). Siguiendo a Conde y Franch (1984) se consideran tres niveles de IPS que corresponden a:

1. **bajo: Aislamiento social o escasa integración social:** Se incluyen sujetos con carencia o escasos vínculos familiares y sociales, relaciones

interpersonales circunstanciales o temporarias y sin participación en actividades socio-comunitarias.

2. **medio:** *Pertenencia a ámbitos familiar y/o medio inmediato:* Se incluyen sujetos que mantienen relaciones familiares, de amistad y/o vecinales, reciben apoyo material, emocional y/o social principalmente de la familia y/o vecinos, y no presentan participación en actividades sociocomunitarias.
3. **alto:** *Pertenencia a ámbitos familiar, medio inmediato y medio socio-comunitario:* Se incluyen sujetos que mantienen relaciones familiares y extrafamiliares (relación de amistad, vecinal, ocupacional, institucional y comunitaria), reciben apoyo material, emocional y/o social, y participan en actividades y reuniones sociales.

Estado de la cuestión

La bibliografía psicológica sobre el tema ha generado un intenso debate en torno a diversos aspectos del efecto positivo de los recursos sociales en el bienestar. En los últimos años se ha hallado la influencia significativa del papel del apoyo social y recursos sociales sobre la adaptación en numerosos estudios (Sánchez Moreno, 2004; Litwin y Landau, 2002; Da Silva Calil Guerreiro, L, Rodrigues Pereyra, M, 2004). Las redes sociales representan un importante punto de referencia para la persona en situación de crisis (De Paulo, Nadler y Fisher, 1983). Autores coinciden en que el apoyo social recibido por el ambiente familiar es más efectivo en la adaptación que el contacto con personas menos cercanas (Sánchez E., 1998).

En el caso de la vejez, numerosos estudios se han centrado en los efectos positivos del apoyo social (Berkman y Sime, 1979; Heller, Swindle y Dusenbury, 1986; Moos y Lambe 1985; Seidmann, 2001; Thoits, 1995). Se ha destacado la importancia de los vínculos sociales y la satisfacción que la persona experimenta con ellos. Se ha hallado que en las personas de edad, los familiares, son los principales proveedores de ayuda (Fernández Ballesteros, 1996).

Investigadores coinciden en que el afrontamiento de los sucesos críticos de la vida está relacionado con el apoyo social. Así, las personas que poseen mayor nivel de apoyo social afrontan de manera más efectiva los sucesos críticos (Anja, Dirkzwager, Bramsen y Van der Ploeg, 2000). Una comunidad de científicos comprobaron que las personas con bajo nivel de apoyo social suelen

usar estrategias de afrontamiento evitativas frente a una enfermedad crónica como es un padecimiento cardíaco (Ojeda Pérez, Ramal López, Calvo Frances, Vallespin Montero, 2001). Clínicos e investigadores han hallado una relación significativa entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento usadas ante la exposición a un factor estresante específico en sujetos adultos. Si varía el grado de apoyo social recibido, varían el uso de estrategias de afrontamiento (Mccoll, Hau Lei y Skinner, 2000).

Particularmente, la influencia de los recursos sociales sobre la forma de afrontar los sucesos críticos de la vida ha sido demostrada en el *Duke Longitudinal Study of Aging* (Palmore, Cleveland, Nowlin, Ramm y Sigler, 1985). Moos y Lembe (1985) muestran que las personas de edad con más recursos sociales tienden a usar las estrategias de afrontamiento activo. En el modelo aportado por Fernández Ballesteros (1996) sobre los elementos componentes de la calidad de vida de las personas mayores, las relaciones interpersonales ejercen una notable influencia sobre su bienestar y satisfacción en la vejez. En un estudio realizado a mujeres diagnosticadas con cáncer, se llegó a la conclusión de que el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento activas estaban asociadas con un ajuste positivo y las estrategias de afrontamiento desadaptativas se relacionaron negativamente con el bienestar psicológico (Holland, Holahan, 2002).

Estudios en nuestro contexto destacaron que si bien la red de apoyo social reviste gran importancia a lo largo de toda la vida del sujeto, dicha importancia se incrementa fuertemente durante la vejez. Parece que el mantenimiento de los vínculos establecidos así como la reconstrucción de nuevos lazos son prioritarios durante esta etapa de la vida. Las intervenciones en red permiten el desarrollo de estrategias que favorezcan cambios, propicia la participación activa, a la vez que fortalece y revaloriza a los propios actores sociales implicados de manera protagónica en el proceso de optimización de su calidad de vida (Arias, 2004).

Sin embargo, aún resta por conocer la posible relación entre apoyo social y estrategias de afrontamiento frente a la crisis propia del envejecimiento en el caso de la mujer.

Objetivos generales y objetivos particulares

Generales

- El objetivo general de esta investigación consiste en indagar y describir las relaciones entre apoyo social y estilos y estrategias de afrontamiento frente a las situaciones críticas del envejecimiento femenino.

Específicos

- Describir el uso de estrategias y estilos de afrontamiento (según la naturaleza: cognitiva, conductual o emocional y el nivel de adaptabilidad: adaptativo/desadaptativo) en relación a los diferentes niveles de apoyo social en mujeres adultas mayores.
- Examinar la relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y la satisfacción percibida en el afrontamiento frente a sucesos críticos de la vejez en la mujer.

Hipótesis

H1: Las adultas mayores que utilizan estrategias de afrontamiento activo presentan un nivel alto de apoyo social. Por el contrario, aquellas mujeres que usan estrategias de afrontamiento pasivo o desadaptativo muestran un nivel bajo de apoyo social.

H2: El estilo de afrontamiento adaptativo y el afrontamiento emocional se asocian con un nivel alto de apoyo social en la mujer mayor.

H3: El uso de estrategias de afrontamiento adaptativas y activas se asocia con mayor satisfacción percibida frente a los sucesos críticos de la vejez en la mujer.

Métodos y técnicas

Diseño:

Mediante un diseño descriptivo correlacional y transversal se evalúan las relaciones entre estilos y estrategias de afrontamiento y apoyo social en la vejez femenina.

Sujetos:

Se conformó una muestra estratificada no probabilística de 212 sujetos de sexo femenino residentes de la ciudad de Mar del Plata entre 60 y 99 años de edad ($m=71,75$), distribuidos en tres grupos según el nivel de IPS. Los sujetos se seleccionaron intencionalmente de instituciones dedicadas a la tercera edad: Salas de espera (consultorios, servicios sociales y asistenciales), 9.4%; PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados), 50%; HPC (Hospital Privado de la Comunidad), 14.2%; PUAM (Programa Universitario para Adultos Mayores), 14.2%; ACF (Asociación Cristiana Femenina), 3.3%; Centro de Jubilados, Centro Gallego y Centro Asturiano, 7.1%; y hogares particulares, 1.9%. Se incluyeron sujetos exentos de sintomatología neurológica, invalidez cognitiva o inmovilidad física y se excluyeron sujetos institucionalizados (Tabla 1).

Técnicas de recolección de datos:

1. Entrevista semidirigida para evaluar los sucesos críticos del envejecimiento femenino. Para ello, se les pidió a las participantes que reportaran la situación más crítica relativa al envejecer que habían afrontado en los últimos dos años. Este lapso de tiempo fue deliberadamente determinado ya que es suficientemente largo para incluir la exposición a ciertos eventos críticos que requieren del paso del tiempo y, a la vez, suficientemente corto para recordar la percepción del impacto del evento. Además, se indagó el grado de satisfacción percibido como resultado del modo de afrontar las crisis en términos: nada, medianamente y mucho.
2. Cuestionario para indagar datos socio-ocupacionales y educativos.
3. Escala de apoyo social de Conde y Franch, (1984), consta de una serie de preguntas que proporcionan información sobre estructura familiar, frecuencia de contactos sociales, participación en grupos o actividades sociales, reuniones sociales y disponibilidad de personas confidentes. Se interpreta en función de una escala de puntuaciones, la cual oscila entre 10 y 30 puntos, y permite describir tres niveles de IPS: 1. bajo, 2. moderado y 3. alto.
4. Escala Multidimensional de Evaluación de Estilos de Afrontamiento, *COPE*, (Carver, Scheier & Weintraub, 1989), el cual responde teóricamente al modelo

de estrés de Lazarus y Folkman (1986) y al modelo de autorregulación de Carver (Carver, et.al., 1989) y cuyas propiedades psicométricas muestran buenos índices de consistencia interna, validez y fiabilidad test-retest. Se utilizó la versión situacional abreviada *Brief-COPE* (Carver, 1997) en español, cuyas propiedades psicométricas muestran buenos índices de confiabilidad y validez, y cuenta con amplia validación en numerosos estudios (Culver, Arena, Wimberly, Antoni & Carver, 2004; Koopman, 2000; Perczek, Carver, Price & Pozo-Kaderman, 2000; Olley, 2003). La estructura factorial del inventario es consistente a su versión original completa (Carver et.al., 1989). La versión abreviada consta de 28 ítems que se agrupan por pares en 14 estrategias agrupadas en cuatro escalas según análisis factorial: 1. *afrentamiento orientado al problema: afrontamiento activo, búsqueda de apoyo instrumental, reinterpretación positiva, planificación, aceptación, renuncia, humor*; 2. *afrentamiento orientado a la emoción: apoyo emocional, descarga emocional*; 3. *afrentamiento evitativo: autodistracción, religión, negación, uso de sustancias*; 4. *autocrítica*. El afrontamiento es evaluado en relación a las estrategias que los participantes usan para ajustar su comportamiento y responder a una situación. Puntualmente, los participantes fueron entrenados en evaluar la frecuencia en que usaron cada estrategia descrita por los ítems de la escala frente al evento de crisis específico que reportaron padecer en los dos últimos años, sobre una escala ordinal de cuatro puntuaciones (1: nada frecuente a 4: muy frecuente).

Procedimiento: Se realizó la adaptación de los instrumentos metodológicos en la población anciana femenina, mediante un estudio piloto. Se aplicaron los instrumentos a los sujetos que expresaron su consentimiento de participación, en una entrevista individual de una sesión de 35 minutos. Se realizó un análisis cuantitativo de los datos a través de técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales mediante el paquete estadístico SPSS versión 11.5. La interpretación de los datos integró aportes de la Psicología Cognitiva, Psicología Social y Psicología del Desarrollo en el marco de la Gerontología.

Resultados

Características sociodemográficas de la muestra

Con el objetivo de describir las características sociodemográficas de las mujeres incluidas en el estudio (n=212), se realizó un análisis estadístico de frecuencia, de tendencia central y desvío estándar, como se muestra en la tabla 2 del apéndice.

La media de edad de la muestra es de 72 años con un desvío de 6,848.

En cuanto al estado civil el 52.4% de la muestra eran viudas, el 35.8% casadas, en tanto que un 7.1% de la muestra eran solteras y un 4.7% divorciadas.

Respecto a la ocupación principal, casi la totalidad de la muestra son amas de casa (97.2%), mientras que un 2.8% realizan otras ocupaciones (servicios a terceros, docentes, secretaria, vendedora, etc.). El 78.3% de la muestra se halla jubilada y 21.7% no jubiladas.

En relación a la variable nivel de instrucción, la mayoría presenta estudios primarios completos (73.1%), el 18.9% presenta secundario completo, terciario completo 4.7% y universitario 3.3%.

En referencia al lugar de residencia, casi la mitad de la muestra vive en el centro (47.2%) y la otra mitad en barrios de la ciudad (52.8%).

La mayoría de la muestra vive sola (47.6%), un 30.7% convive con su esposo, aproximadamente un 10% convive con sus hijos, y otro tanto con un familiar, mientras que es casi insignificante aquellas mujeres que conviven con un amigo (0.9%).

Apoyo social

Se describe el apoyo social en función de las tres dimensiones mencionadas:

1. Relaciones sociales:

En cuanto a las relaciones familiares, la gran mayoría de la muestra tiene hijos (83.5%), mientras que existe un 16.5% que no tienen hijos. De aquellos que tienen hijos, el 61.3% mantiene contactos continuos o frecuentes con ellos, mientras que un 12.7% mantiene contactos esporádicos, en tanto que un 9.4% casi nunca mantiene relación con sus hijos; a su vez, la gran mayoría cuenta

con parientes, y casi el 37.3% se relaciona frecuentemente con ellos, el 28.3% de la muestra se relaciona a veces, y un 21.2% casi nunca. Casi la totalidad de la muestra 92.9% posee amistades. En cuanto a la frecuencia de la relación se ha encontrado que un 55,2% de la muestra se relacionan en una alta frecuencia con ellos, un 29,7% se relacionan a veces con amigos y solo un 8% de la muestra que casi nunca se relacionan con los mismos (Tabla 3)

2. Pertenencia y Participación social

La mayoría de la muestra no asiste a cursos (59.4%), un 11.3% asiste solo a veces y un 29.2% asiste asiduamente a ellos. Casi la mitad de la muestra (45.3%) tampoco integra grupos o realiza alguna actividad grupal frecuentemente, en tanto que el 28.8% asiste a grupos con una frecuencia relativa, y un 25.9% asiste casi siempre. El 40.6% participa continuamente en reuniones sociales, mientras que un 35.4% participa a veces de las mismas, y un 24.1% asiste casi nunca (Tabla 4). Aquí se observa que mayoritariamente, la muestra no asiste asiduamente ni a cursos ni integra grupos o realiza alguna actividad grupal. Solo casi la mitad de la misma participa continuamente en reuniones sociales.

3. Disponibilidad con personas confidentes

En cuanto a contar con personas confidentes para comunicar un problema o asunto personal, el 58.0% cuenta con una o dos personas confidentes, un 13.7% con tres o más, y el 28.3% de la muestra afirmó no contar con ninguna persona, como se evidencia en a tabla 5.

Nivel de integración y participación social (IPS)

Considerando las tres variables mencionadas relativas al apoyo social y el puntaje alcanzado por los sujetos en cada nivel, la mayoría de las personas se encuentra en un nivel medio de IPS (2), 40, 5%, mientras que un 31,6% se encuentra en el nivel bajo de IPS (1) y una minoría (27,8%) se encuentra en el nivel alto de IPS (3), (Tablas 6 y 7).

Estrategias de afrontamiento

Con el objetivo de analizar la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento utilizadas por la muestra, se presentan las medidas de tendencia central y desviación típica obtenidas. (Tabla 8)

Se observa que las estrategias de afrontamiento predominantes en esta muestra son: Autodistracción ($m=3.316$; $ds=.7904$), Aceptación ($m=3.252$; $ds=.6666$), Reformulación positiva ($m=2.830$; $ds=.7151$), Religión ($m=2.830$; $ds=1.0335$), Afrontamiento activo ($m=2.733$; $ds=.8740$); luego, le siguen en orden decreciente: Descarga emocional ($m=2.583$; $ds=.8648$), Apoyo emocional ($m=2.434$; $ds=.8559$), Planificación ($m=2.198$; $ds=1.0867$), Autocrítica ($m=2.167$; $ds=.8440$) y Apoyo instrumental ($m=2.064$; $ds=.8512$). Por último, las menos frecuentes corresponden a Humor ($m=1.906$; $ds=.8629$), Renuncia ($m=1.552$; $ds=.6437$), Negación ($m=1.462$; $ds=.7227$) y Uso de sustancias ($m=1.458$; $ds=.7058$).

Con respecto a la modalidad de afrontamiento, según la clasificación de Carver (1989), el afrontamiento *orientado al problema* ($m=2.5840$; $ds=.52296$) predomina por sobre el *afrontamiento hacia la emoción* ($m=2.3623$; $ds=.68925$), mientras que el *afrontamiento evitativo* ($m=2.1236$; $ds=.39211$) es el de menor frecuencia. Por otro lado, siguiendo la clasificación de mayor consenso que discrimina tres dominios del afrontamiento, predomina el afrontamiento cognitivo ($m=2.4082$; $ds=.36261$), seguido por el afectivo ($m=2.3603$; $ds=.68834$) y por último, el conductual ($m=2.2514$; $ds=.38373$).

Sucesos críticos de la vejez

Los sucesos críticos de la vejez reportados por los sujetos entrevistados fueron los siguientes, según orden de frecuencia descendente: enfermedad física (19.34%), viudez (13.20%), soledad o desamparo (11.79%), muerte de seres queridos (11.32 %), preocupación por bienestar familiar (8.49 %), cuidar a un familiar enfermo (8.02 %), temor a la invalidez, dependencia o enfermedad crónica (8.02%) y deterioro físico o estético (7.07 %). Los sucesos menos referidos fueron: discriminación social o maltrato (0.47%), enfermedad mental o pérdida de habilidades cognitivas (0.95%), temor a la muerte (1.41%) y jubilación (1.8%), (tabla 9).

Satisfacción con el uso de estrategias de afrontamiento:

La mayoría de la muestra de adultos mayores (50.9%) se halló satisfecha con el uso de estrategias de afrontamiento implementado, mientras que el 36,2% se halló medianamente satisfecha y un 10.8% se mostró insatisfecha. (Tabla 10)

Relación entre apoyo social (AS) y estrategias de afrontamiento

Con el objetivo de describir las estrategias de afrontamiento según el nivel de apoyo social, se realizó un análisis de varianza unidireccional sobre las medias de puntuaciones en el afrontamiento, verificando previamente el cumplimiento de los supuestos paramétricos (tablas 11 y 12) Se hallaron diferencias significativas entre los distintos niveles de AS en la mayoría de las estrategias de afrontamiento: Afrontamiento activo, $F(2, 209) = 14.744, p < .01$; Uso de sustancias, $F(2, 209) = 7.038, p < .01$; Apoyo emocional, $F(2, 209) = 13.387, p < .01$; Descarga emocional, $F(2, 209) = 7.342, p < .01$; Apoyo instrumental $F(2, 209) = 7.466, p < .01$; Reformulación positiva, $F(2, 209) = 6.453, p < .01$; Planificación, $F(2, 209) = 6.629, p < .01$; Humor, $F(2, 209) = 3.571, p < .01$; Aceptación, $F(2, 209) = 4.004, p < .01$; y Autocrítica, $F(2, 209) = 3.480, p < .01$; y en los estilos de afrontamiento orientado al problema, $F(2, 209) = 19.127, p < .01$; afrontamiento orientado a la emoción, $F(2, 209) = 14.894, p < .01$; afrontamiento conductual, $F(2, 209) = 4.120, p < .01$; cognitivo, $F(2, 209) = 8.763, p < .01$; y emocional, $F(2, 209) = 14.845, p < .01$. No se hallaron diferencias significativas sólo en cuatro estrategias: Autodistracción, Negación, Abandono de resolución y Religión. Es decir, en general, la frecuencia de utilización de estrategias de afrontamiento varía de acuerdo al nivel de integración y participación social.

Considerando los niveles de AS, el nivel alto (3) se correspondió con la mayor frecuencia de uso de las siguientes estrategias de afrontamiento: Activo, Apoyo emocional, Apoyo instrumental, Reformulación positiva, Planificación, Humor y Aceptación. Como se observa, el uso de estrategias de afrontamiento de carácter activo y adaptativo se asoció a un importante nivel de apoyo social.

La frecuencia de uso moderada y escasa de las mencionadas estrategias se correspondió con los niveles medio (2) y bajo (1) de AS respectivamente.

Por otro lado, se determinó que la mayor frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento pasivas se correspondió con un bajo nivel de apoyo social, como en el caso de Uso de sustancias. Sin embargo, en el nivel alto de AS también se halló la mayor frecuencia de uso de una estrategia pasiva: Descarga emocional.

Con respecto a los estilos de afrontamiento, se observa que la mayor frecuencia de uso de todos los estilos correspondió al nivel alto de AS (3); excepto en el caso del afrontamiento evitativo nuevamente, cuya frecuencia más elevada se halló en el nivel inferior de AS. Es decir, el uso preponderante de estrategias de afrontamiento desadaptativas y pasivas correspondió al caso de sujetos con escaso apoyo social, mientras que la mayor frecuencia de uso del afrontamiento adaptativo, especialmente cognitivo y emocional, se correspondió con una alta integración y participación social.

Discusión y Conclusiones

La presente investigación se orientó a indagar y describir las relaciones entre apoyo social y estilos y estrategias de afrontamiento frente a las situaciones críticas del envejecimiento femenino.

Coincidentemente con la literatura científica, los resultados muestran que el uso de estrategias de afrontamiento se asoció con el apoyo social en la muestra de adultas mayores estudiada. La selección y uso de estrategias de afrontamiento varió de acuerdo al nivel de integración y participación social que presentaban las mujeres ancianas. Específicamente, el uso preponderante de estrategias de afrontamiento activo y adaptativo, especialmente cognitivo, se correspondió con una alta integración y participación social; mientras que la mayor frecuencia de uso del afrontamiento desadaptativo y pasivo correspondió al caso de mujeres con escasa integración y participación social.

Dentro de los estilos de afrontamiento, los más preponderantes fueron el Afrontamiento al problema y a la emoción, ambos dados en un nivel alto de AS.

Las estrategias de afrontamiento predominantes en esta muestra fueron autodistracción, aceptación, reformulación positiva, religión y afrontamiento

activo, mientras que las menos frecuentes fueron uso de sustancias, negación, renuncia y humor. Es decir, el *afrontamiento evitativo* es el de menor frecuencia, a excepción del uso de la autodistracción (estrategia considerada teóricamente como evitativa). A su vez, predominó el estilo de afrontamiento cognitivo, por sobre el afectivo y el conductual. Las mujeres adultas mayores de la muestra se valen predominantemente de un estilo de afrontamiento cognitivo como un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de manera que resulte menos desagradable.

Los resultados hallados permiten confirmar las hipótesis planteadas, evidenciando que:

- Las adultas mayores que utilizaron estrategias de afrontamiento activo (Activo, Apoyo emocional, Apoyo instrumental, Reformulación positiva, Planificación, Humor y Aceptación) presentaron un nivel alto de apoyo social. Por el contrario, aquellas mujeres que usaron estrategias de afrontamiento pasivo o desadaptativo (Uso de sustancias y afrontamiento evitativo) mostraron un nivel bajo de apoyo social, con la única excepción de la estrategia Descarga emocional.
- El estilo de *afrontamiento emocional* se asoció con un nivel alto de apoyo social. Las mujeres que presentaron alta integración y participación social, tendieron a utilizar el estilo de afrontamiento emocional, tanto activo como pasivo (estrategias de apoyo emocional y descarga emocional). Cabe destacar que en el nivel alto de AS se observó una mayor disponibilidad de recursos de afrontamiento y flexibilidad del uso de estrategias ya que se implementaron los tres estilos de afrontamiento en mayor medida, y no sólo el afrontamiento emocional.
- El estilo de afrontamiento adaptativo se asoció con un nivel alto de apoyo social, descendiendo la frecuencia de uso de estas a medida que se considera los niveles inferiores de AS. Sin embargo, en este nivel alto de AS también se halló el uso frecuente de la siguiente estrategia calificada desadaptativa: descarga emocional. La descarga emocional supone la comunicación catártica del estado emocional como forma de eliminación de las emociones negativas elicidadas por el problema, dentro de las relaciones grupales. La posibilidad de comunicar y compartir las problemáticas del envejecimiento con sus pares para deshacerse de las emociones negativas es de relevante importancia y valor en esta muestra, y puede convertirse en un refuerzo positivo del apoyo social.

- Para explicar el uso frecuente de la estrategia de autodistracción, se considera que si bien existe acuerdo entre los investigadores en que las respuestas evitativas a menudo impiden el afrontamiento adaptativo, Carver (1989) sostiene que es importante conocer el rol que tales estrategias tienen en la efectividad del afrontamiento. Así, considerando que los sucesos propios del proceso del envejecimiento (por su naturaleza) no son susceptibles de ser controlados, cambiados o resueltos con acciones directas de confrontación, sino más bien, se trata de sucesos vitales propios del paso del tiempo que deben ser aceptados e integrados al curso de la vida, el hecho de realizar actividades de autodistracción no es necesariamente un "escape" o evitación, sino que puede ser una forma de afrontamiento activo con un valor adaptativo frente a estos sucesos inevitables o de escaso control. La autodistracción supone la centración en tareas y actividades como modo de pensar menos en el problema y distraer la atención de la situación crítica. Es decir, esta estrategia le permite a la mujer anciana realizar actividades relegadas por las ocupaciones cotidianas y mantenerse apegada a tareas y a relaciones sociales, favoreciendo la adaptación a la realidad en esta etapa vital.
- Por último, el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas y activas se asoció con una mayor satisfacción percibida en el afrontamiento frente a los sucesos críticos de la vejez.

En conclusión, en base a los datos obtenidos, se evidencia que el estilo de afrontamiento adaptativo y emocional se asoció a un alto nivel de apoyo social en el envejecimiento femenino, ya que se observó que las mujeres adultas mayores con mayor integración y participación social, tendieron a utilizar preferentemente estrategias de afrontamiento adaptativas para intentar resolver las situaciones.

Considerando el predominio de estrategias de afrontamiento activas o adaptativas, los resultados del presente estudio muestran que estas mujeres mayores presentan conductas dirigidas a intentar resolver las situaciones críticas y confrontar las dificultades, se orientan a la búsqueda de apoyo afectivo, contención emocional y comprensión de otras personas, intento de contar con una ayuda tangible, material, guías de actuación y consejos acerca de la situación crítica. También tienden a reevaluar el suceso crítico como

forma de revocación voluntaria, vinculada a buscar un sentido positivo a la crisis, mediante la reinterpretación o atribución de un nuevo significado, restándole importancia o aliviando sus efectos críticos. En el caso en que la situación crítica puede ser controlada y sus consecuencias previsibles en alguna medida, estas mujeres tienden a determinar los pasos de acción, reconocen la responsabilidad propia sobre la situación, y aceptan la realidad de los sucesos vividos y valoran el aprendizaje a partir de la experiencia de atravesar por la situación. Muchas veces, el uso de estas estrategias supone un a la vez un crecimiento personal.

En definitiva, de acuerdo a los resultados los sujetos que participan en actividades y relaciones que suponen estimulación y participación social tienden a afrontar de manera diferente las situaciones críticas que los sujetos que no asisten frecuentemente a dichas actividades, es decir, predomina el uso de estrategias de afrontamiento activas y adaptativas, principalmente de carácter cognitivo y emocional.

A la vez, en estas adultas mayores socialmente integradas, predomina un afrontamiento orientado al problema. Este estilo de afrontamiento hallado contradice los estudios previos que apoyan la hipótesis tradicional de un estilo primitivo y pasivo-dependiente de afrontamiento como característico de la vejez.

Más aún, al examinar la relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y la satisfacción percibida en el afrontamiento frente a sucesos críticos de la vejez en la mujer, se observó que la mayoría de la muestra de adultas mayores estaba satisfecha con el uso de estrategias de afrontamiento implementado.

Finalmente, los resultados de este trabajo contribuyen a destacar la importancia del apoyo social en el uso de estrategias de afrontamiento frente a los sucesos críticos del envejecimiento femenino.

Sería de interés, en el campo de la gerontología, impulsar la intervención mediante redes de apoyo social orientadas a la integración social de la mujer anciana, con el objetivo de promover un afrontamiento adaptativo y, por ende, reducir el grado de vulnerabilidad y aislamiento de las personas de edad avanzada como consecuencia del prejuicio social predominantemente negativo hacia la vejez que subsiste en nuestra sociedad actual.

Bibliografía

- 1) Aldwin, C.M. y Revenson, T.A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *J. Pers Soc Psychol*, 53, 237-48.
- 2) Anja, J., Dirkzwager, I., Bramsen, Van der Ploeg, H. (2000) Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Am J Psychiatry*. Vol 157:1115-1119, July 2000.
- 3) Arias, C. (2004) Redes de apoyo social en las personas de edad. UNMdP Simposio antropología de la vejez. Grupo SAVYPCE.
- 4) Baltes, P.B., Linderberger, U. y Staudinger, U.M. (1998). Lifespan theory in developmental psychology. En W. Damon (ed.) (2000). *Handbook of developmental Psychology: theoretical models of human development*. New York: Academy Press, pp. 1029-1120.
- 5) Barrón, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- 6) Berkman I.F. y Sime, S.L. (1979) Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- 7) Carver CS., (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief-Cope. *Int J Behav Med*; 4:94-100.
- 8) Carver CS, Scheier MF., (1981) *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.
- 9) Culver JL, Arena P, Wimberly SR, Antoni, MH, Carver CS., (2004) Coping among african-american, hispanic, and non-hispanic white women recently treated for early stage breast cancer. *Psychol Health*; 19(2):157-166.
- 10) Da Silva Calil Guerreiro, L., Rodrigues Pereira, M., (2004) Stressing events in the relationship with the patient and coping strategies: a study with medical students. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. May-Jun 2004; vol.53 (3): 185-196.

- 11) De Paulo, B.M., Nadler, A. y Fisher, J.D. (1983). *New directions in helping (Vol. II): Help-seeking*. Nueva York: Academic Press.
- 12) Erikson, E., (1963). *Identidad, juventud y crisis*, Taurus Humanidades, Madrid.
- 13) Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- 14) Font Guiteras, A. (1990): "Estrategias de afrontamiento adaptación y calidad de vida". *Revista Comunicaciones*. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. *España*. Pág.90-96.
- 15) Galán Rodríguez, A. y Perona Garcelán, S. (2001) Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis. *Psicothema*, 13(4), 563-70.
- 16) Gottlieb, B., (1981). *Preventive intervention involving social networks and social support*. *Social Networks and Social Support*. (Gottlieb Ed.), Sage ed., Beverly Hills. 1981.
- 17) Heller, K., Swindle R.W. y Dusenbury, L. (1986) *Component social support processes: Comments and integration*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 466-70.
- 18) Jones, T., Rapport, L., Hanks, R., Lichtenberg, P., Telmet, K. (2003) Cognitive and psychosocial predictors of subjective well-being in urban older adults. *Clinical Neuropsychologist*. Feb 2003; Vol 17 (1): 3-18.
- 19) Koopman C., (2000) Relationships of perceived stress to coping, attachment and social support among HIV-positive persons. *AIDS Care*; 12 (5):663-672.
- 20) Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. (New York: Springer)
- 21) Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- 22) Lin, N., Dean, A., Ensel, W. (1986) *Social support, life events and depression*. Academic Press, London 1986.
- 23) Litwin, H., Landau, R., (2000). Social network type and social support among the old-age. *Gerontologist*. 2001; 41: 516-524.

- 24) Mccoll, M., Lei, H., Skinner, H., (1995). Structural relationships between social support and coping. *Social Science and Medicine*, Vol 41, Issue 3, 395-407.
- 25) Menninger, W.W. (1999). Adaptational challenges and coping in late life. *Bullet Menninger Clinic*, 63(2), suppl. 1. 4-15.
- 26) Moos, R. y Lambe, S. (1985) Specialized living environments for older people. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of Psychology of Aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold, 864-89.
- 27) Moos, R. H. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well being, *Evaluación Psicológica*, 4, 133-58.
- 28) Moos, R. H. and Schaefer, J.A. 1993. Coping resources and processes: Current concepts and measures. In L. Goldberger and S. Breznitz (eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, 13, (pp. 234-257). New York: The Free Press.
- 29) Neugarten, B.L. (1977). Personality and aging. En J.E. Birren y K.W. Schaie (eds.), *H. Psicol. Aging*, New Cork: Van Nostrand Reinhold, 626-49.
- 30) Neugarten, B.L. (1996). *Los significados de la edad*, Barcelona: Editorial Herder.
- 31) Ojeda Perez, B., Ramal Lopaz, J., Calvo Frances, F., Vallespin Montero, R. (2001). Stress coping strategies and social support. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicósomática*. 2001; vol 22 (3): 49-62.
- 32) Olley, B. (2003) Psychological and coping in recently diagnosed HIV-patients: The role of gender. *South African Med J*; 93:928-931.
- 33) Páez Rovira, D. (1993) *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia: Promolibro.
- 34) Paltmore, Cleveland, Nowlin, Ramm y Sigler, (1985) Stress and adaptation in later life. *Journal of Gerontology*, 34, 841-51.
- 35) Perczek R, Carver CS, Price A, Pozo-Kaderman C., (2000) Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions, *J Pers Assessment*; 74: 63-87.
- 36) Rokach, A., Bacanlı, H., Ramberan, G., (.....) Coping with loneliness: a cross-cultural comparison. *European Psychologist Volume 5, No. 4, 2000*

- 37) Sanchez, E. (1998). Social support, social integration and mental health. *Revista de Psicología Social*. (1998); vol 13 (3): 537-544.
- 38) Sánchez Moreno, E. (2004) Collectivize Social Support? Elements for Reconsidering the Social Dimension in the Study of Social Support. *The Spanish Journal of Psychology*. 2004, Vol. 7, No. 2, 124-134
- 39) Seidmann, S. (2001) Soledad, redes sociales de apoyo y estilos de afrontamiento en diferentes grupos generacionales de mujeres, Octava Reunión Nacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento, 14-6.
- 40) Thoits, (1995) Social support as doping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 416-23.

APÉNDICE

Tabla 1. Conformación de la muestra según el sitio de procedencia

| | N | % |
|---------------------|------------|--------------|
| Salas de espera | 20 | 9.4 |
| PAMI | 106 | 50.0 |
| HPC | 30 | 14.2 |
| PUAM | 30 | 14.2 |
| ACF | 7 | 3.3 |
| Centro de jubilados | 15 | 7.1 |
| Hogar particular | 4 | 1.9 |
| N | 212 | 100.0 |

Tabla 2. Características socioeducativas, ocupacionales y demográficas de la muestra de adultas mayores.

| | | N | % |
|--------------|--------------------|-------------------------|------|
| Edad | 60-69 | 85 | 40.1 |
| | 70-79 | 97 | 45.8 |
| | 80-89 | 28 | 13.2 |
| | 90-99 | 2 | 0.9 |
| | | m = 71.75 ds = 6.848 | |
| Estado civil | soltera | 15 | 7.1 |
| | casada | 76 | 35.8 |
| | divorciada | 10 | 4.7 |
| | viuda | 111 | 52.4 |
| Ocupación | ama de casa | 206 | 97.2 |
| | otros ^a | 6 | 2.8 |
| Jubilación | jubilada | 166 | 78.3 |
| | no jubilada | 46 | 21.7 |
| Instrucción | primario | 155 | 73.1 |
| | secundario | 40 | 18.9 |
| | terciario | 10 | 4.7 |
| | universitario | 7 | 3.3 |
| Residencia | centro | 100 | 47.2 |
| | periferia | 112 | 52.8 |
| Convivencia | esposo | 65 | 30.7 |
| | hijos | 23 | 10.8 |
| | familiar | 21 | 9.9 |
| | amigo | 2 | 0.9 |
| | soía | 101 | 47.6 |

N = 212

Nota: ^a Servicios a terceros: docente, secretaria, vendedora, etc.

Tabla 3. Frecuencia de las relaciones y contactos sociales

| | FRECUENCIA DE LA RELACIÓN | | | | | | | | | |
|-----------|---------------------------|------|----|------|------------|------|---------|------|--------------|------|
| | SI | | NO | | a veces | | | | | |
| | N | % | N | % | casi nunca | | a veces | | casi siempre | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Hijos | 177 | 83.5 | 35 | 16.5 | 20 | 9.4 | 27 | 12.7 | 130 | 61.3 |
| Parientes | 184 | 86.8 | 28 | 13.2 | 45 | 21.2 | 60 | 28.3 | 79 | 37.3 |
| Amigos | 197 | 92.9 | 15 | 7.1 | 17 | 8.0 | 63 | 29.7 | 117 | 55.2 |



Tabla 4. Frecuencia de la pertenencia a grupos y participación social

| | FRECUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN | | | | | |
|--------------------|--------------------------------|------|---------|------|--------------|------|
| | casi nunca | | a veces | | casi siempre | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Cursos | 126 | 59.4 | 24 | 11.3 | 62 | 29.2 |
| Grupos | 96 | 45.3 | 61 | 28.8 | 55 | 25.9 |
| Reuniones sociales | 51 | 24.1 | 75 | 35.4 | 86 | 40.6 |

Tabla 5. Disponibilidad de personas confidentes

| Personas significativas: | N | % |
|--------------------------|-----|------|
| Nadie | 60 | 28.3 |
| 1 – 2 | 123 | 58.0 |
| 3 – más | 29 | 13.7 |

Tabla 6. Frecuencia del nivel de integración y participación social.

| Nivel de IPS: | N | % |
|---------------|----|------|
| 1: bajo | 67 | 31.6 |
| 2: medio | 86 | 40.6 |
| 3: alto | 59 | 27.8 |

Tabla 7. Descriptivos estadísticos de la variable integración y participación social según los niveles 1: alto, 2: medio y 3: bajo.

| | | |
|----------------------------|----|--------|
| N | | 212 |
| Medía | | 1,9623 |
| Mediana | | 2 |
| Modo | | 2 |
| Desviación estándar | | ,77183 |
| Skewness | | ,065 |
| Error estándar de Skewness | | ,167 |
| Curtosis | | -1,314 |
| Error estándar de Curtosis | | ,333 |
| Mínimo | | 1 |
| Máximo | | 3 |
| Suma | | 416 |
| Percentiles | 25 | 1 |
| | 50 | 2 |
| | 75 | 3 |

Tabla 8. Medidas de tendencia central y desviación típica en las estrategias y estilos de afrontamiento obtenidas en el cuestionario Brief-Cope.

| Estrategias de afrontamiento | Media | Desvio |
|----------------------------------|--------|--------|
| 1 Autodistracción | 3.316 | .7904 |
| 2 Afrontamiento activo | 2.733 | .8740 |
| 3 Negación | 1.462 | .7227 |
| 4 Uso de sustancias | 1.458 | .7058 |
| 5 Apoyo emocional | 2.434 | .8559 |
| 6 Apoyo instrumental | 2.064 | .8512 |
| 7 Renuncia | 1.552 | .6437 |
| 8 Descarga emocional | 2.583 | .8648 |
| 9 Reformulación positiva | 2.830 | .7151 |
| 10 Planificación | 2.198 | 1.0867 |
| 11 Humor | 1.906 | .8629 |
| 12 Aceptación | 3.252 | .6666 |
| 13 Religión | 2.830 | 1.0335 |
| 14 Autocrítica | 2.167 | .8440 |
| Estilos de afrontamiento: | | |
| Orientado al problema | 2.5840 | .52296 |
| Orientado a la emoción | 2.3623 | .68925 |
| Evitativo | 2.1236 | .39211 |
| Conductual | 2.2514 | .38373 |
| Cognitivo | 2.4082 | .36261 |
| Emocional | 2.3603 | .68834 |

Nota: N = 212

Tabla 9. Frecuencia de los sucesos críticos de la vejez

| Sucesos críticos del envejecimiento | N | % |
|--|-----|-------|
| Enfermedad física | 41 | 19.34 |
| Enfermedad mental o pérdida de habilidades cognitivas | 2 | 0.95 |
| Deterioro físico y estético | 15 | 7.07 |
| Temor a la invalidez, dependencia o enfermedad crónica | 17 | 8.02 |
| Temor a la muerte | 3 | 1.41 |
| Viudez | 28 | 13.21 |
| Muerte parental | 7 | 3.30 |
| Muerte de seres queridos | 24 | 11.32 |
| Soledad o desamparo | 25 | 11.79 |
| Relaciones interpersonales conflictivas o negativas | 6 | 2.83 |
| Cuidadora principal de familiar enfermo | 17 | 8.02 |
| Preocupación por bienestar familiar | 18 | 8.49 |
| Jubilación | 4 | 1.89 |
| Dificultad socioeconómica | 4 | 1.89 |
| Discriminación social o maltrato | 1 | 0.47 |
| Total | 212 | 100.0 |

Tabla 10. Frecuencia de la satisfacción con el uso de estrategias de afrontamiento

| | N | % |
|---------|-----|------|
| Si | 108 | 50.9 |
| A veces | 81 | 36.2 |
| No | 23 | 10.8 |




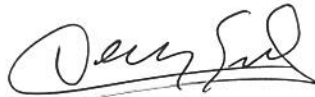
Tabla 11. Análisis de varianza de valores de afrontamiento según el nivel de integración y participación social.

| Estrategias y estilos de afrontamiento | | Suma de cuad. | Grados de libert. | Medias cuadrát. | F | Sig. |
|--|--------------|---------------|-------------------|-----------------|--------|------|
| Autodistracción | Entre grupos | 1,245 | 2 | ,623 | ,996 | ,371 |
| | Intragrupos | 130,580 | 209 | ,625 | | |
| | Total | 131,825 | 211 | | | |
| Afrontamiento activo | Entre grupos | 19,930 | 2 | 9,965 | 14,744 | ,000 |
| | Intragrupos | 141,262 | 209 | ,676 | | |
| | Total | 161,192 | 211 | | | |
| Negación | Entre grupos | ,179 | 2 | ,089 | ,170 | ,844 |
| | Intragrupos | 110,020 | 209 | ,526 | | |
| | Total | 110,198 | 211 | | | |
| Uso de sustancias | Entre grupos | 6,633 | 2 | 3,316 | 7,038 | ,001 |
| | Intragrupos | 98,485 | 209 | ,471 | | |
| | Total | 105,118 | 211 | | | |
| Apoyo emocional | Entre grupos | 17,553 | 2 | 8,776 | 13,387 | ,000 |
| | Intragrupos | 137,023 | 209 | ,656 | | |
| | Total | 154,575 | 211 | | | |
| Apoyo instrumental | Entre grupos | 10,195 | 2 | 5,098 | 7,488 | ,001 |
| | Intragrupos | 142,695 | 209 | ,683 | | |
| | Total | 152,890 | 211 | | | |
| Renuncia | Entre grupos | ,647 | 2 | ,323 | ,779 | ,460 |
| | Intragrupos | 86,782 | 209 | ,415 | | |
| | Total | 87,429 | 211 | | | |
| Descarga emocional | Entre grupos | 10,360 | 2 | 5,180 | 7,342 | ,001 |
| | Intragrupos | 147,446 | 209 | ,705 | | |
| | Total | 157,805 | 211 | | | |
| Reformulación positiva | Entre grupos | 6,275 | 2 | 3,137 | 6,453 | ,002 |
| | Intragrupos | 101,612 | 209 | ,486 | | |
| | Total | 107,887 | 211 | | | |
| Planificación | Entre grupos | 14,863 | 2 | 7,432 | 6,629 | ,002 |
| | Intragrupos | 234,316 | 209 | 1,121 | | |
| | Total | 249,179 | 211 | | | |
| Humor | Entre grupos | 5,191 | 2 | 2,596 | 3,571 | ,030 |
| | Intragrupos | 151,922 | 209 | ,727 | | |
| | Total | 157,113 | 211 | | | |
| Aceptación | Entre grupos | 3,458 | 2 | 1,730 | 4,004 | ,020 |
| | Intragrupos | 90,289 | 209 | ,432 | | |
| | Total | 93,749 | 211 | | | |
| Religión | Entre grupos | ,215 | 2 | ,108 | ,100 | ,905 |
| | Intragrupos | 225,172 | 209 | 1,077 | | |
| | Total | 225,387 | 211 | | | |
| Autocrítica | Entre grupos | 4,844 | 2 | 2,422 | 3,480 | ,033 |
| | Intragrupos | 145,462 | 209 | ,696 | | |
| | Total | 150,305 | 211 | | | |
| Afrontamiento al problema | Entre grupos | 8,928 | 2 | 4,464 | 19,127 | ,000 |
| | Intragrupos | 48,778 | 209 | ,233 | | |
| | Total | 57,705 | 211 | | | |
| Afrontamiento a la emoción | Entre grupos | 12,504 | 2 | 6,252 | 14,894 | ,000 |
| | Intragrupos | 87,734 | 209 | ,420 | | |
| | Total | 100,238 | 211 | | | |
| Afrontamiento evitativo | Entre grupos | ,305 | 2 | ,152 | ,990 | ,373 |
| | Intragrupos | 32,138 | 209 | ,154 | | |
| | Total | 32,442 | 211 | | | |
| Afrontamiento conductual | Entre grupos | 1,179 | 2 | ,589 | 4,120 | ,018 |
| | Intragrupos | 29,891 | 209 | ,143 | | |
| | Total | 31,070 | 211 | | | |
| Afrontamiento cognitivo | Entre grupos | 2,147 | 2 | 1,073 | 8,763 | ,000 |
| | Intragrupos | 25,597 | 209 | ,122 | | |
| | Total | 27,744 | 211 | | | |
| Afrontamiento emocional | Entre grupos | 12,436 | 2 | 6,218 | 14,845 | ,000 |
| | Intragrupos | 87,539 | 209 | ,419 | | |
| | Total | 99,975 | 211 | | | |

Tabla 12. Medidas de tendencia y desvío de las escalas de afrontamiento según el nivel de integración y participación social.

| Estrategias de afrontamiento | IPS | N | Media | Desvío |
|----------------------------------|-------|-----|--------|--------|
| Autodistracción | 1 | 67 | 3,209 | ,9052 |
| | 2 | 86 | 3,390 | ,6962 |
| | 3 | 59 | 3,531 | ,7602 |
| | Total | 212 | 3,316 | ,7904 |
| Afrontamiento activo | 1 | 67 | 2,448 | ,9290 |
| | 2 | 86 | 2,628 | ,8196 |
| | 3 | 59 | 3,212 | ,6836 |
| | Total | 212 | 2,733 | ,8740 |
| Negación | 1 | 67 | 1,455 | ,7820 |
| | 2 | 86 | 1,494 | ,6996 |
| | 3 | 59 | 1,424 | ,8998 |
| | Total | 212 | 1,462 | ,7227 |
| Uso de sustancias | 1 | 67 | 1,672 | ,8942 |
| | 2 | 86 | 1,459 | ,6696 |
| | 3 | 59 | 1,212 | ,3820 |
| | Total | 212 | 1,458 | ,7059 |
| Apoyo emocional | 1 | 67 | 2,075 | ,8495 |
| | 2 | 86 | 2,448 | ,8332 |
| | 3 | 59 | 2,822 | ,7238 |
| | Total | 212 | 2,434 | ,8559 |
| Apoyo instrumental | 1 | 67 | 1,813 | ,8341 |
| | 2 | 86 | 2,041 | ,8548 |
| | 3 | 59 | 2,381 | ,7731 |
| | Total | 212 | 2,064 | ,8512 |
| Renuncia | 1 | 67 | 1,604 | ,6716 |
| | 2 | 86 | 1,570 | ,6781 |
| | 3 | 59 | 1,466 | ,5560 |
| | Total | 212 | 1,552 | ,6437 |
| Descarga emocional | 1 | 67 | 2,336 | ,8993 |
| | 2 | 86 | 2,552 | ,8846 |
| | 3 | 59 | 2,907 | ,7039 |
| | Total | 212 | 2,583 | ,8648 |
| Reformulación positiva | 1 | 67 | 2,657 | ,6810 |
| | 2 | 86 | 2,785 | ,7338 |
| | 3 | 59 | 3,093 | ,6590 |
| | Total | 212 | 2,830 | ,7151 |
| Planificación | 1 | 67 | 1,978 | 1,1528 |
| | 2 | 86 | 2,081 | 1,0540 |
| | 3 | 59 | 2,619 | ,9484 |
| | Total | 212 | 2,198 | 1,0867 |
| Humor | 1 | 67 | 1,789 | ,7849 |
| | 2 | 86 | 1,843 | ,8618 |
| | 3 | 59 | 2,153 | ,9109 |
| | Total | 212 | 1,906 | ,8629 |
| Aceptación | 1 | 67 | 3,127 | ,7248 |
| | 2 | 86 | 3,215 | ,6797 |
| | 3 | 59 | 3,449 | ,5309 |
| | Total | 212 | 3,252 | ,6698 |
| Religión | 1 | 67 | 2,813 | 1,1242 |
| | 2 | 86 | 2,938 | ,9687 |
| | 3 | 59 | 2,881 | 1,0058 |
| | Total | 212 | 2,830 | 1,0335 |
| Autocrítica | 1 | 67 | 2,112 | ,9848 |
| | 2 | 86 | 2,047 | ,7014 |
| | 3 | 59 | 2,407 | ,8534 |
| | Total | 212 | 2,167 | ,8440 |
| Estilos de afrontamiento: | | | | |
| Afrontamiento al problema | 1 | 67 | 2,3955 | ,50615 |
| | 2 | 86 | 2,5105 | ,47888 |
| | 3 | 59 | 2,9051 | ,46179 |
| | Total | 212 | 2,5840 | ,52296 |
| Afrontamiento a la emoción | 1 | 67 | 2,0761 | ,68359 |
| | 2 | 86 | 2,3488 | ,68903 |
| | 3 | 59 | 2,7068 | ,53397 |
| | Total | 212 | 2,3623 | ,66925 |
| Afrontamiento evitativo | 1 | 67 | 2,1507 | ,41792 |
| | 2 | 86 | 2,1442 | ,39723 |
| | 3 | 59 | 2,0827 | ,35228 |
| | Total | 212 | 2,1238 | ,39211 |
| Afrontamiento conductual | 1 | 67 | 2,1821 | ,46578 |
| | 2 | 86 | 2,2256 | ,34647 |
| | 3 | 59 | 2,3878 | ,30425 |
| | Total | 212 | 2,2514 | ,36373 |
| Afrontamiento cognitivo | 1 | 67 | 2,3228 | ,40758 |
| | 2 | 86 | 2,3852 | ,30944 |
| | 3 | 59 | 2,5676 | ,33462 |
| | Total | 212 | 2,4082 | ,36261 |
| Afrontamiento emocional | 1 | 67 | 2,0748 | ,68252 |
| | 2 | 86 | 2,3471 | ,68592 |
| | 3 | 59 | 2,7037 | ,53826 |
| | Total | 212 | 2,3903 | ,68834 |


H. Belén Ochozola



U.C.D. KRZEMIAN
Firma del supervisor

Firma del co-supervisor



Valeria Martínez Feste
Firma de los alumnos

P/ Área de investigación

Resultado de la evaluación (aprobado / rehacer)

Fecha:

