

Originales

Afrontamiento del estrés institucional en la vejez

Coping of the institutional stress in the elderly

C. Gago Herrera*, J. F. Rodríguez-Testal**

Resumen

Se entrevistaron a un total de 41 ancianos (56,1% mujeres) de una residencia para válidos de la provincia gaditana para analizar las estrategias de afrontamiento sobre el estrés residencial. Los resultados mostraron que la religión es el recurso de afrontamiento más frecuentemente utilizado junto con la reinterpretación positiva y refrenar el afrontamiento. Los recursos menos utilizados fueron el alcohol-drogas, el humor y la negación. Conforme transcurre el tiempo desde el ingreso en la residencia descende el uso de estrategias activas y aparecen algunas más pasivas y evitadoras. Los cambios en el afrontamiento parecen deberse a varios factores como la adaptación al centro, la presencia creciente de enfermedades y medicación, el paulatino incremento de la sintomatología depresiva y la cesión del control a la institución. Las estrategias de afrontamiento estuvieron relacionadas y fueron predichas por el bienestar subjetivo (PGC) en mayor medida que por la depresión (GDS), destacando claramente el factor de la ansiedad (agitación).

Palabras clave: Afrontamiento. Institucionalización. Estrés. Depresión. Ansiedad. Vejez.

Summary

Forty one elderly (56,1% of women) of a residential home for valid people from Cádiz province were interviewed to analyze the coping's strategies about the institutional stress. The outputs show that religion is the most frequently coping's resource used together with the positive reinterpretation and with the strategy of restrain the coping. The less used resources were alcohol-drugs, mood and negation. The active strategies' use goes down when some time past from the admission to the residential context and some more passive and avoidance strategies appear. The coping changes seems to be on account of several factors: the adaptation to the center, the growing presence of illness and medication, the gradual rise of the depressive symptomatology and the cession of the control to the institution. The coping's strategies were related to the well-being and they were predicted by its (PGC) more than for the depression (GDS), the anxiety's factor (agitation) clearly pointed up.

Key words: Coping. Institutionalization. Stress. Depression. Anxiety. Elderly.

Introducción

El estudio del estrés durante el envejecimiento resulta extraordinariamente prolijo. Sin embargo todavía hay desacuerdo acerca de lo que debe ser considerado estresante en esta etapa vital. Para algunos autores se trata tan sólo de diferenciar lo que es normativo (no estresante) de lo inesperado o no normativo (estresante) (1). Esta visión sigue en realidad la perspectiva clásica del estímulo en el análisis del estrés (2). En este sentido, hay coincidencia

* PSICOLOGA. PROFESORA DE PSICOGERONTOLOGIA. DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES. ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL DE JEREZ.

** DOCTOR EN PSICOLOGIA. PROFESOR DE PSICOPATOLOGIA. DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION Y TRATAMIENTO PSICOLOGICOS. FACULTAD DE PSICOLOGIA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA. (ESPAÑA). GRUPO DE INVESTIGACION CTS-301.

en que los sucesos vitales más habituales entre los viejos guardan relación con la enfermedad propia o de personas cercanas, el fallecimiento de alguien próximo, dificultades o conflictos interpersonales y la institucionalización (3). Pero aun tratándose de sucesos normativos, afrontar tales situaciones presenta un verdadero desafío a su salud física y psicológica para muchos ancianos.

Es posible que a lo largo de la literatura se haya sobredimensionado la noción del estresor (mayor) por su acción acumulativa durante el envejecimiento y como desencadenante ineludible de patología. Sin embargo, también se ha puesto de relieve que son las molestias cotidianas o dificultades diarias (estresores menores) los que exhiben una poderosa conexión con el bienestar físico y psicológico (4, 5). Reese y Smyer (6) ya indicaron que este problema procedía de tomar a los estresores como un producto, un resultado o un marcador (visión unidimensional o atomista-discreta), frente a una concepción del estresor como un proceso, o mejor, inserto en una dinámica (punto de vista multidimensional o dialéctico), en la que se realiza una apreciación objetiva y subjetiva según diversas dimensiones, propiedades o atributos. Sería más exacto decir entonces que, algunos eventos, pueden ser normativos (o no) frente a otras situaciones que pueden ser aparentemente irrelevantes, pero ambos son generadores potenciales de estrés, dependiendo de la valoración y el significado otorgado por el sujeto a los sucesos con los que se enfrenta (7, 8), y sobre todo, de si esta presión ambiental percibida supera el nivel de competencia del anciano (9-12).

De este modo, la consideración de Karel (13) acerca del incremento global del estrés en estas edades puede ser acertado, mas no puede hacerse sin tener presente si los recursos personales pierden (o no) consistencia y eficacia con el paso de los años. Además, diversos problemas calificados de característicos durante el envejecimiento pueden proceder en realidad de etapas anteriores, como sucede con los conflictos personales o la enfermedad, por ejemplo (1). Así, lejos de aminorar su influjo, para algunos mayores estos sucesos pueden consolidarse o agravarse ante una hipotética menor disponibilidad de recursos personales.

Al hilo de lo señalado, el afrontamiento en la vejez se ofrece como un ámbito de estudio de gran relevancia. Supone analizar un proceso dinámico y complejo consistente en la aplicación de los recursos personales para manejar y controlar las demandas sobre el organismo (7, 14). Conocer este funcionamiento detalladamente permitiría intervenir y contribuir a superar las dificultades con las que se enfrentan los ancianos delimitando más precisamente la dinámica del estrés en esta etapa vital (15).

En la concepción del afrontamiento interesa recalcar varios aspectos de interés. En primer lugar, se diferencia entre recursos de afrontamiento inter-

nos (estrategias de afrontamiento, estilos cognitivos y factores de personalidad, principalmente) y recursos externos (red y apoyo social, finanzas o calidad de vida, por ejemplo) (12, 14, 16, 17, 18). En segundo lugar, cabe destacar la separación tan debatida entre estrategias y estilos de afrontamiento. Esto pone de relieve simplemente que, por un lado, el afrontamiento es diverso, multidimensional y cambiante dependiendo de la situación (5, 7, 19, 20). Por otro lado, y no necesariamente incompatible con lo anterior, que algunas personas tienden a usar más unas estrategias que otras, es decir, exhiben una regularidad, estabilidad o estilo de afrontamiento (14, 18, 21).

Tradicionalmente se ha asumido la naturaleza del afrontamiento en la vejez de forma polarizada: bien se consideran típicas las estrategias rígidas o mecanismos primitivos (regresión), bien el uso de la experiencia como reflejo de la madurez (sabiduría y serenidad). Es posible, señalan Costa y McCrae (22), que los viejos afronten de forma directa o activa en menor medida que en otras edades, utilizando los recursos resultantes de la socialización, pero no queda claro hasta dónde llegan las diferencias generacionales y hasta dónde las madurativas. Patterson et al. (19) comprobaron que, en efecto, la tendencia al afrontamiento era inferior en los grupos de ancianos más longevos y se reflejaba claramente en el número menor de estrategias utilizadas. Estos resultados eran dependientes del tipo de suceso, del grado de amenaza que implicaba, la expectativa de modificabilidad del suceso y la valoración a lo largo del curso de la acción (pero sin conexión con el estatus socioeconómico). Sin embargo la cuestión no queda zanjada. La modalidad de sucesos es claramente relevante para estudiar el afrontamiento y ya se ha mencionado que los mayores exhiben eventos más o menos específicos: la salud propia o del cónyuge, por ejemplo, mientras que para otros grupos de adultos son los sucesos de ámbito laboral (22). Por consiguiente, recupera relevancia el comentario de Lazarus y DeLongis (5) en el sentido de que si se controla el tipo de eventos no se hallan diferencias de edad en el estudio del afrontamiento.

Costa y McCrae (22) demarcaron tres grupos de estresores en función de los significados de amenaza, pérdida o desafío. Los dos primeros eventos eran los que habitualmente se daban entre los mayores; con estrategias de los tipos creencias-religión, fatalismo, fantasía-ilusión y descarga emocional, bastante más reducidas en número y limitadas en variedad al ser comparadas con las utilizadas en las situaciones de desafío. Concluyen estos autores que la propia modalidad de suceso puede limitar la respuesta de afrontamiento, ya que no hallaron que los viejos presentaran significativamente formas más inmaduras ("neuróticas") de respuestas al estrés.

Zautra y Wrabetz (15) señalan que el estado anímico influye decisivamente sobre el afrontamiento y viceversa. En los sucesos de pérdida suele darse un mejor afrontamiento (que denominan exitoso) pues la evaluación de eficacia se aplica sobre los esfuerzos cognitivos realizados, de modo que el estado emocional no llega a bloquear la respuesta. Sin embargo cuando se trata de una enfermedad crónica puede producirse resignación (falta de esfuerzo para el afrontamiento), dados los fracasos anteriores en el afrontamiento activo. Por consiguiente, cuando los sucesos son valorados como graves (tal vez irreversibles), el proceso de adaptación es altamente cognitivo y requiere una regulación emocional intensa. En este sentido, Catanzaro, Horaney y Creasey (23) observaron que los esfuerzos por realizar el afrontamiento se relacionaba con la sintomatología depresiva sugiriendo que, aunque los esfuerzos de afrontamiento sean efectivos, puede darse el caso de no llegar a reducir el humor disfórico. Por tanto, es esperable que ciertas reacciones y estados emocionales formen parte del propio proceso de afrontamiento (14), posiblemente dificultando que éste se lleve a cabo o dando paso a estrategias más centradas en la emoción en un intento de manejarlas. En otras palabras, el afrontamiento no consiste únicamente en solventar un problema concreto o en el esfuerzo por hallar una solución, sino también en regular las emociones suscitadas (18).

Como complemento de lo señalado, Brandtstädter y Renner (24) proponen una visión diferente del afrontamiento por la relación entre las estrategias de asimilación y acomodación y su evolución en esta etapa del ciclo vital. En un estudio secuencial observan una tendencia general en las personas de edad avanzada en el mayor uso de la acomodación (ajustar las preferencias personales a las demandas situacionales) sobre la asimilación (ajustar las situaciones a las preferencias personales). Esto permite mantener una sensación de bienestar y satisfacción, incrementando la flexibilidad y disminuyendo la tenacidad. El paso de un afrontamiento asimilativo a uno acomodativo sin consecuencias adversas va a depender de la percepción de modificabilidad de las situaciones negativas, la capacidad de abandonar las metas no factibles y la de construir nuevos compromisos.

Se han estudiado diversas estrategias de afrontamiento en las personas de edad avanzada, principalmente en relación con algunos sucesos concretos como la salud o las pérdidas. Existe gran coincidencia, con independencia del suceso analizado, que la religión es una de las modalidades más ampliamente utilizadas por esta población y valorada por su eficacia elevada (25-29). Sin embargo, resulta paradójico que la religiosidad haya sido tan poco explorada en gerontología (30). De hecho, en la revisión bibliográfica de Sherril, Larson y Greenwold (31), de 2.127 estudios contenidos en tres revistas

de psicogerontología de prestigio sólo 78 contenían una variable religiosa. Mathews, Larson y Barry (32) señalan que es a partir de los años 90 cuando se observa un incremento en el interés por la religiosidad y típicamente considerada como estrategia de afrontamiento. Tal vez esta ausencia notable se deba a las dificultades de investigación en este ámbito, principalmente de orden metodológico, en cuanto a la definición y la medida de esta variable. Como destacaba Moody (33), posiblemente caben tantas definiciones de religiosidad como autores la estudien. Para analizar la religiosidad Berger (34) planteaba separar entre la perspectiva sustantiva (religiosidad intrínseca, que da sentido a los aspectos desconocidos de la vida y posee un efecto estabilizador en el individuo y el grupo) y la funcional (la relacionada con los aspectos de manifestaciones externas). Sin embargo, no finalizan aquí las dificultades en su estudio. Por ejemplo, Koenig, Cohen, Blazer, Pieper et al. (35) distinguieron entre las creencias y las conductas religiosas en ancianos físicamente enfermos (creer en Dios, rezar, leer la Biblia y contactos con la iglesia). El efecto de esta estrategia era claramente positivo pero iba asociado a dos componentes difíciles de independizar: se daba característicamente en una población de escasos recursos económicos y culturales e implicaba una actividad social indiferenciable del propio apoyo social emocional e instrumental (36). De hecho, los autores concluyen que tal vez la religión tiene más una función de amortiguación que de ser un verdadero recurso de afrontamiento.

Diversas investigaciones reconocen la contribución positiva de la religión, por ejemplo, sobre el bienestar, la disminución de la sintomatología depresiva, ansiosa, el suicidio o el abuso de alcohol (35-41). Por ello se asume que la religiosidad es un importante recurso de afrontamiento que protege de los efectos nocivos del estrés. La esperanza y el optimismo que emanan de las creencias, actitudes y prácticas religiosas son factores que protegen el sistema inmunológico reduciendo la carga negativa de un suceso (42). Sin embargo, esta acción favorable está limitada por la naturaleza del estresor, es decir, siempre que se trate de un evento puntual. No se observa el mismo resultado si la fuente de estrés es crónica, pues se pierde la esperanza al experimentar dificultades en las que parece como si su problema no tuviese alivio o fin (43).

Con independencia del estresor, no todos los autores coinciden en los efectos favorables de la religiosidad. Pruyser (44), por ejemplo, subraya las limitaciones que ocasiona la religión en el crecimiento personal dada la rigidez de sus preceptos o normas. Otros autores se han centrado en el papel desempeñado por las dudas religiosas en la edad avanzada, por un lado, porque muestran la plasticidad de estas edades y son un indicador de desarrollo personal (45), por otro lado, porque esta insegura

ridad puede tener efectos negativos sobre el bienestar (46, 47); posturas que para otros investigadores no son necesariamente contrapuestas (48).

En el presente trabajo se lleva a cabo una aproximación a las estrategias de afrontamiento personales (cognitivas, emotivas y conductuales) de los viejos ante una situación como la institucionalización que es específica, duradera y de naturaleza cambiante (en esta investigación se toma en función del tiempo de internamiento). Se considera que este punto es crucial dado que, durante todo el periodo de estancia en una residencia se dan dificultades o tensiones, de mayor o menor magnitud, siendo conocido que son los primeros meses desde el internamiento los más difíciles para los ancianos o con más consecuencias psicopatológicas (3, 49), lo que debe movilizar en mayor medida los recursos de adaptación del anciano. Conocer y delimitar estos procesos puede permitir acciones de intervención y/o prevención sobre la población institucionalizada. Ello contribuiría a mejorar la calidad de vida de estos ancianos e incrementar la eficacia de la asistencia por parte de los profesionales a su cuidado. El análisis de las estrategias de afrontamiento ante la institucionalización, con atención especial a la religión, se lleva a cabo con independencia de su efectividad y dominio, siguiendo la definición clásica de Lazarus y Folkman (7). No se han tomado otras variables como los recursos sociales o las variables de personalidad aunque se considera que operan directa o indirectamente con las respuestas de afrontamiento participando en todo el proceso (17, 18).

Objetivos

- 1) especificar las modalidades de estrategias de afrontamiento en una muestra de mayores institucionalizados con relación al internamiento en una residencia;
- 2) determinar las estrategias más comunes, sean o no eficaces;
- 3) comprobar si hay diferencias en el afrontamiento en función del sexo de los internos y el nivel educativo;
- 4) establecer si las estrategias de afrontamiento se modifican con el tiempo, es decir si van cambiando conforme el anciano se adapta al centro y
- 5) verificar la relación de las estrategias de afrontamiento con las medidas de depresión y bienestar.

Hipótesis

- 1) Las personas de edad avanzada utilizarán mayoritariamente la religiosidad como estrategia de afrontamiento en la situación de institucionalización.
- 2) Las estrategias de afrontamiento se modifica-

rán en función del tiempo de internamiento, lo que indica que se trata de un elemento situacional, en línea con el modelo de Lazarus y Folkman (7).

3) Las estrategias de afrontamiento permanecen bastante estables con independencia del tiempo de internamiento, por lo que se trata de un componente disposicional en el individuo, en línea con el modelo de Taylor (18).

4) El menor uso de estrategias de afrontamiento activo (resolución de problemas) y la aplicación de estrategias centradas en la emoción se vinculará con la depresión y el bajo bienestar, de forma positiva y negativa, respectivamente.

Material y métodos

Sujetos

Se entrevistó a un total de 41 ancianos institucionalizados de una residencia para válidos de la provincia gaditana. La muestra se seleccionó en función del tiempo de institucionalización, tratando de equilibrar a los participantes en cuatro categorías: hasta seis meses, más de seis hasta 12 meses, más de 12 hasta 18 meses y por encima de los 18 meses desde la entrada en la residencia. El promedio del tiempo de institucionalización fue algo superior al año. La muestra definitiva quedó constituida por 18 varones y 23 mujeres. La edad media fue ligeramente por encima de los 77 años (5,43 de desviación típica). En cuanto al nivel de estudios, el 22% eran analfabetos; el 70,7% alfabetizados sin estudios; el 4,9% poseían estudios primarios y el 2,4%, estudios secundarios o superiores.

Instrumentos

Cuestionario Breve Portable de Estado Mental (SPMSQ) (50; adaptación española en 51 y 52). Se trata de un cuestionario de cribado o filtrado de deterioro cognoscitivo. Consta de 10 ítems, que evalúan orientación espacial y temporal, memoria remota y a corto plazo, habilidades de supervivencia para la vida independiente en la comunidad, y la capacidad de realizar tareas seriales matemáticas. Permite determinar el nivel de deterioro en función de los siguientes puntos de corte: 3-4 errores para deterioro leve, 5-7 para deterioro moderado, y 8-10 para deterioro severo.

Escala Geriátrica de Depresión (GDS) (53; adaptación y validación española en 54 y 55). Consta de 30 cuestiones dicotómicas, se puede presentar en forma escrita u oral, pero siempre respetando el formato de autoinforme. Habitualmente se toma el punto de corte en 14 respuestas para indicar la presencia de sintomatología depresiva significativa. Se considera que de 14 a 20 respuestas significativas

representa sintomatología depresiva media (depresión posible) y de 21 a 30 sintomatología grave (depresión probable). En cualquier caso, no se trata de un instrumento que permita formalizar diagnósticos.

Escala de Bienestar Subjetivo Filadelfia (PGC) (56; adaptación y validación española en 57 y 58). Se trata de una prueba para evaluar el bienestar subjetivo especialmente diseñada para la población anciana. Tiene 16 elementos y 4 factores: aceptación de la vejez o actitud hacia el envejecimiento, disforia/satisfacción, agitación/tranquilidad y aprensión/seguridad. La puntuación máxima que puede obtenerse en el global de la escala es de 16 puntos, y por factores, respectivamente, 4,5; 4; 3,5 y 4. Estos factores se ajustan a la concepción acerca del bienestar y sus componentes de Diener, Suh, Lucas y Smith (59).

Escala de Afrontamiento COPE (60; versión castellana en 14). Es un instrumento que permite valorar las estrategias de afrontamiento utilizadas, en este caso, para manejar específicamente las dificultades o estrés residencial por parte de los ancianos. Consta de 60 ítems, con 15 factores o estrategias diferenciadas. Cada factor está conformado por cuatro preguntas, valoradas de 1 a 4 puntos en función de la frecuencia con la que realiza determinada conducta de afrontamiento. Por tanto, para cada factor o estrategia la puntuación oscila entre 4 y 16 puntos. Los modos de afrontamiento evaluados son: Afrontamiento activo, Planificación, Búsqueda de apoyo social instrumental, Búsqueda de apoyo social emocional, Supresión de actividades distractoras, Religión, Reinterpretación positiva y crecimiento personal, Refrenar el afrontamiento, Aceptación, Centrarse en las emociones y desahogarse, Negación, Desconexión mental, Desconexión conductual, Consumo de drogas o alcohol y Humor. Catanzaro, Horaney y Creasey (23) ofrecen datos de fiabilidad de la escala COPE que oscilan de 0,44 a 0,90 y que consideran adecuados para su empleo con ancianos.

Diseño, variables y condiciones de control

Se empleó un diseño transversal (una única medida) dentro de un método correlacional (multivariado) de comparación de grupos. La muestra se reclutó de forma incidental, partiendo del criterio del tiempo de institucionalización.

Variables predictivas

Sexo. 1. varones, 2. mujeres.

Nivel de estudios. 1. analfabetos; 2. sabe leer/escribir; 3. primarios; 4. medios/superiores.

Tiempo de internamiento. 1. hasta 6 meses; 2. más de 6 hasta 12 meses; 3. más de 12 hasta 18 meses; 4. más de 18 meses. También se ha considerado esta variable de manera cuantitativa: tiempo total en meses desde el ingreso en la residencia.

Deterioro cognoscitivo. Errores en el cuestionario SPMSQ. 1. intacto (0-2); 2. leve (3-4); 3. moderado (5-7); 4. severo (8-10). También se ha considerado de manera cuantitativa: número total de errores.

Sintomatología depresiva. 1. ausente (0-13); 2. media (14-20); 3. grave (21-30). A lo largo de los análisis esta variable fue recodificada en dos niveles: 1. ausencia de sintomatología (0-13); 2. presencia de sintomatología (14-30). Además esta variable se ha considerado de manera cuantitativa: número de respuestas al cuestionario GDS.

Bienestar subjetivo y factores (PGC). Variable cuantitativa de la puntuación global en la escala. Factores, variables igualmente cuantitativas: Aceptación de la vejez o actitud hacia el envejecimiento; Disforia/satisfacción; Agitación/tranquilidad y Aprensión/seguridad.

Edad. Variable cuantitativa expresada en años.

Medicamentos. Variable cuantitativa del número de medicamentos prescritos que tiene el anciano.

Enfermedades. Variable cuantitativa del número de enfermedades diagnosticadas en el anciano.

Variables criterio

Factores de la Escala de Afrontamiento COPE. 15 variables cuantitativas representando cada uno de los modos de afrontamiento: Afrontamiento activo, Planificación, Búsqueda de apoyo social instrumental, Búsqueda de apoyo social emocional, Supresión de actividades distractoras, Religión, Reinterpretación positiva y crecimiento personal, Refrenar el afrontamiento, Aceptación, Centrarse en las emociones y desahogarse, Negación, Desconexión mental, Desconexión conductual, Consumo de drogas o alcohol y Humor.

De entre las variables criterio, no se tomó la puntuación global de la escala COPE, salvo para ofrecer los descriptivos de esta muestra, pues se consideró que se unirían estilos o modos de afrontamiento muy diferentes e incluso contrarios, pareciendo más claro mantener separados cada uno de los factores.

Condiciones de control

Para la realización de este estudio se consideró criterio de exclusión a los participantes que tuvieran diagnosticada alguna forma de demencia o al menos sospecha de la misma. En cualquier caso, al tratarse de una población de internos válidos, entre la muestra reclutada no hubo de excluirse a ningún sujeto.

La selección de los participantes en función del tiempo de institucionalización requería una limitación en el margen superior de 24 meses. Sin embargo, al tratarse de una muestra incidental y, posiblemente por ser una residencia exclusivamente para válidos, la última categoría hubo de completarse

con ancianos que superaron dicho tiempo de estancia. Con todo, se impuso una limitación en el rango superior de 30 meses.

Dado que se iba a dedicar atención a la estrategia de afrontamiento de religión, conviene destacar que los ítemes de la escala COPE se centran en los elementos más vinculados con las creencias, por lo que no cabe la posibilidad de confusión con otros aspectos como la actividad religiosa en común o en grupo (más de orden social), como se señalaba en la introducción. Asimismo, no se adscribe a ninguna doctrina concreta, por lo que puede considerarse interesante para acercarse a una visión más genérica o espiritual de la religión que a una práctica determinada. Los ítemes son: 7. Confío en Dios, 18. Busco la ayuda de Dios, 48. Intento buscar alivio en mi religión, 60. Rezo más de lo habitual.

Procedimiento

Los sujetos fueron seleccionados en función del tiempo de permanencia en la institución, para lo cual se utilizó la base de datos del propio centro. Una vez segmentados los ancianos en los cuatro grupos antes mencionados, se les pidió su consentimiento para participar en la investigación y responder a una serie de preguntas. La aplicación de las pruebas fue individual, en situación de entrevista heteroaplicada, leyendo las preguntas para homogeneizar el formato de respuesta y eludir problemas habituales en esta población (escasa formación cultural, dificultades en la vista o problemas articulatorios en las manos para escribir). En esta entrevista se potenciaba un clima agradable para la realización del protocolo, se registraban datos personales como la edad y estado civil y se explicaba el formato de respuestas que se pedía. Posteriormente se administraron las cuatro escalas, en el siguiente orden: SPMSQ, para medir el deterioro cognoscitivo; GDS, para evaluar la sintomatología depresiva; PGC, para evaluar el grado de bienestar subjetivo percibido por el anciano (más la delimitación en sus factores) y la escala COPE para la valoración de las estrategias de afrontamiento. Posteriormente, el centro facilitaba información acerca de la medicación, las enfermedades y la posibilidad o no de desarrollo de un cuadro demencial (criterio de exclusión).

Para la aplicación de la escala COPE a los sujetos se les planteó que se centraran en las dificultades que experimentan actualmente en el contexto de la institucionalización. Se subrayó que estas dificultades podían darse o no, independientemente de que se solucionaran o persistieran en el tiempo, de que fueran menores o más graves, de que las produjera la propia residencia o no. Se evitó utilizar el término de *estrés* a lo largo de la entrevista, para que no se confundiera la consecuencia emocional con el afrontamiento y para que no se aplicara un

significado vulgarizado o comodín por parte de los mayores. De este modo, se preguntó *acerca de lo que hacían o de cómo resolvían las dificultades que surgen en el día a día de una residencia*.

Se tomaron todos los sujetos seleccionados y, aunque en dos casos el deterioro era pronunciado, ningún dato de los disponibles en el centro sugería que se atentara contra la validez de las pruebas. No pudo igualarse el número de sujetos por cada categoría de tiempo de institucionalización, pues en todo momento, también trató de equipararse en función del sexo y la edad, quedando el nivel de internos por encima de los 18 meses con 9 ancianos en lugar de los 10 previstos.

El procedimiento estadístico, realizado con el paquete estadístico SPSSwin 9.0, siguió una secuencia determinada, manteniendo un Nivel de Confianza mínimo del 95% ($p < 0.05$). En primer lugar, en los descriptivos, se presenta la frecuencia, porcentaje, media y desviación típica, según la naturaleza de la variable y la matriz de correlaciones (r de Pearson a dos colas). En segundo lugar, para la estadística inferencial, se realizaron análisis unidireccionales de la varianza teniendo en cuenta la homocedasticidad de la varianza (F de Levene) dado que, al ser desiguales los grupos en sus componentes se podía incrementar el error tipo I y distorsionar la distribución de F. Cuando la desigualdad de la varianza lo requirió se aplicó el anova de una vía de Kruskal-Wallis. Para no redundar en los resultados, únicamente se citarán los productos significativos. También se llevaron a cabo análisis multifactoriales de la varianza ($2 \times 4 \times 2$) sexo, nivel de estudios y presencia/ausencia de sintomatología depresiva teniendo presente la participación de covariedades, principalmente el tiempo de institucionalización, medicamentos, enfermedades y deterioro cognoscitivo. Para los análisis *post hoc* se utilizó la t de Student (en función a su vez de igualdad o desigualdad de la varianza). Finalmente, se realizaron análisis de regresión lineal múltiple (por pasos) sobre cada uno de los factores de afrontamiento, tomando los valores del estadístico T, la puntuación Beta y el porcentaje de varianza explicada a partir de la R^2 ajustada.

Resultados

Tal y como se pretendía en el apartado de método, la muestra quedó caracterizada por una gran homogeneidad. Puede observarse en la tabla 1 que la muestra en función del sexo no presenta diferencias en cuanto a la edad, tiempo de institucionalización, deterioro cognoscitivo (SPMSQ), número de medicamentos o número de enfermedades. Además, todos estos contrastes se caracterizaron por cumplir el principio de homocedasticidad de la varianza (F de Levene). Idéntico comentario ha de

TABLA I

Descriptivos de las variables consideradas en el estudio para toda la muestra (N = 41)

Variabes	Categorías	Frecuencia (%)	Contrastes	
Sexo	varones mujeres	18 (43,9) 23 (56,1)	$t_{\text{sexo} \times \text{edad}} = -1,94;$ $t_{\text{sexo} \times \text{Tinter}} = 0,15;$ $t_{\text{sexo} \times \text{SPMSQ}} = -1,35$	$t_{\text{sexo} \times \text{medicación}} = -1,35$ $t_{\text{sexo} \times \text{enfermedades}} = -0,54$
Nivel estudios	1. analfabetos 2. sabe leer/escribir 3. primarios 4. medios/superiores	9 (22,0) 29 (70,7) 2 (4,9) 1 (2,4)	$t_{1,2 \times \text{edad}} = 0,51;$ $t_{1,3 \times \text{edad}} = 1,08;$ $t_{1,4 \times \text{edad}} = 1,56;$	$t_{2,3 \times \text{edad}} = 1,45$ $t_{2,4 \times \text{edad}} = 2,15^*$ $t_{3,4 \times \text{edad}} = 0,30$
Tiempo de internamiento en la residencia en meses	1. hasta 6 meses 2. más de 6 hasta 12 3. más de 12 hasta 18 4. más de 18 meses $\bar{x} = 12,04,$ mínimo: 1,13;	10 (24,4) 10 (24,4) 12 (29,3) 9 (21,9) Sx = 7,22 máximo: 29,56	$t_{1,2 \times \text{edad}} = 1,06;$ $t_{1,3 \times \text{edad}} = -0,71;$ $t_{1,4 \times \text{edad}} = -1,17;$ $t_{2,3 \times \text{edad}} = -1,72;$ $t_{2,4 \times \text{edad}} = -2,16^*;$ $t_{3,4 \times \text{edad}} = -0,47;$	$t_{1,2 \times \text{SPMSQ}} = -0,88$ $t_{1,3 \times \text{SPMSQ}} = -0,95$ $t_{1,4 \times \text{SPMSQ}} = -1,36$ $t_{2,3 \times \text{SPMSQ}} = -0,22$ $t_{2,4 \times \text{SPMSQ}} = -0,56$ $t_{3,4 \times \text{SPMSQ}} = -0,25$
Deterioro cognoscitivo (SPMSQ)	1. intacto (0-2) 2. leve (3-4) 3. moderado (5-7) 4. severo (8-10)	20 (48,8) 10 (24,4) 9 (22,0) 2 (4,9)	$\bar{x} = 3,00$ Sx = 2,34	mínimo: 0 máximo: 8
Sintomatología depresiva (GDS)	1. ausente (0-13) 2. media (14-20) 3. grave (21-30)	27 (65,9) 11 (26,8) 3 (7,3)	$\bar{x} = 10,73$ Sx = 5,76	mínimo: 1 máximo: 24
Bienestar (PGC)	Escala PGC global Actitud envejecimiento Disforia/satisfacción Agitación/tranquilidad Aprensión/seguridad	$\bar{x} = 8,26;$ $\bar{x} = 1,84;$ $\bar{x} = 2,07;$ $\bar{x} = 1,92;$ $\bar{x} = 2,42;$	Sx = 3,99; Sx = 1,20; Sx = 1,19; Sx = 1,24; Sx = 1,11;	mín: 1; máx: 15 mín: 0; máx: 4,5 mín: 0; máx: 3,5 mín: 0; máx: 3,5 mín: 0; máx: 4,0
Edad	$\bar{x} = 77,41$ desviación típica: 5,43		mínimo: 64	máximo: 87
Medicamentos	$\bar{x} = 2,82$ desviación típica: 1,93		mínimo: 0	máximo: 8
Enfermedades	$\bar{x} = 1,95$ desviación típica: 1,79		mínimo: 0	máximo: 7

* Significativo $p < 0,05$; ** Significativo $p < 0,01$

hacerse para la variable nivel de estudios, tanto en función de la edad como del nivel de deterioro, aunque con tres aspectos a tener en cuenta: con respecto a la edad, el contraste $t_{2,3}$ no resultó homogéneo, por lo que se tomó la t asumiendo la desigualdad de la varianza (sin resultar estadísticamente significativo). En segundo lugar, que la prueba de Levene, evidentemente no pudo aplicarse a los análisis con la categoría de estudios medios/superiores por tratarse de un único caso y, por último, que la comparación entre los que saben leer y escribir con respecto a los que tienen estudios superiores mostró diferencias estadísticamente significativas dada la mayor edad de los primeros.

La variable tiempo de institucionalización es, desde luego, clave tanto en la selección como en los resultados de este trabajo de investigación. En la Tabla I se recogen sus descriptivos, con un promedio de un año de internamiento entre los participantes. Asimismo, aunque desigual el número de componentes entre sus categorías, se observa una gran homogeneidad en la muestra tanto si se compara con respecto a la edad como al deterioro cognoscitivo. Únicamente se aprecia una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la edad, entre las categorías de más de 6 hasta los 12 meses y más de 18 meses (mayor promedio de edad entre los primeros).

En la Tabla I se presentan los descriptivos relati-

TABLA II

Descriptivos de la medida COPE de afrontamiento

Estrategias de Afrontamiento	Total de la muestra			Media (d.t.) según tiempo institucionalización			
	Media (d.t.)	mín.	máx.	hasta 6 meses	de 6 a 12	de 12 a 18	más 18
Afrontamiento activo	9,48 (2,38)	4	13	11,30 (1,63)	8,90 (0,99)	9,66 (2,77)	7,88 (2,52)
Planificación	8,95 (2,99)	4	16	9,00 (2,58)	7,90 (1,10)	9,58 (3,67)	9,22 (3,89)
Apoyo social instrumental	7,51(2,86)	4	14	9,00 (2,90)	6,90 (2,28)	7,58 (3,28)	6,44 (2,50)
Apoyo social emocional	8,51 (2,95)	4	16	8,30 (2,40)	8,00 (1,82)	8,83 (3,56)	8,88 (3,88)
Supresión distracción	9,17 (2,76)	4	15	9,30 (2,40)	7,70 (1,33)	10,25 (2,59)	9,22 (3,99)
Religión	11,80 (4,19)	4	16	13,20 (2,57)	14,90 (2,84)	10,08 (4,46)	9,11 (4,13)
Reinterpretación	10,17 (1,97)	7	14	10,80 (1,93)	9,30 (1,25)	10,75 (2,37)	9,66 (1,87)
Refrenar afrontamiento	10,09 (2,87)	4	15	11,10 (3,31)	9,30 (2,54)	10,41 (3,14)	9,44 (2,35)
Aceptación	9,14 (1,94)	6	14	9,30 (1,15)	8,30 (1,15)	9,66 (2,49)	9,22 (2,43)
Centrarse emociones	9,04 (2,99)	4	16	8,80 (1,87)	8,10 (3,51)	9,83 (3,24)	9,33 (3,20)
Negación	6,53 (2,74)	4	14	5,40 (1,89)	6,50 (2,06)	7,25 (3,49)	6,88 (3,10)
Desconexión mental	7,53 (2,41)	4	13	6,10 (2,23)	7,10 (1,10)	9,08 (2,57)	7,55 (2,60)
Desconexión conductual	7,56 (2,54)	4	13	6,60 (2,59)	7,70 (1,94)	8,08 (3,26)	7,77 (2,04)
Alcohol-drogas	4,17 (0,66)	4	8	4,00 (0,00)	4,00 (0,00) 1	4,50 (1,16)	4,11 (0,33)
Humor	6,48 (3,04)	4	16	4,60 (1,07)	7,30 (2,21)	8,08 (4,46)	5,55 (1,42)
Total COPE	125,31 (21,04)	79	178	126,80 (10,04)	121,90 (12,31)	132,83 (30,99)	117,44 (20,92)

TABLA III

Correlaciones de Pearson (dos colas) entre los factores de la escala COPE de afrontamiento con la edad, el deterioro cognoscitivo (SPMSQ), el tiempo de institucionalización, la escala de depresión (GDS), de bienestar subjetivo (PGC), los medicamentos y enfermedades

Factores escala COPE	Edad	SPMSQ	Tintern	GDS	PGC	Medic.	Enferm
Afrontamiento activo	-0,06	-0,16	-0,42**	0,12	-0,14	-0,07	0,01
Planificación	-0,04	-0,09	0,08	0,24	-0,41**	0,11	0,05
Apoyo social instrumental	0,22	0,02	-0,28	0,10	-0,05	-0,16	-0,13
Apoyo social emocional	0,04	0,02	0,08	0,20	-0,26	0,14	-0,06
Supresión distracción	-0,18	-0,11	0,09	0,33*	-0,34*	0,22	0,08
Religión	0,25	0,25	-0,39*	0,06	-0,01	-0,09	-0,30
Reinterpretación	-0,28	-0,32*	-0,09	-0,00	-0,09	0,12	0,09
Refrenar afrontamiento	0,04	-0,15	-0,18	0,00	0,01	0,08	-0,06
Aceptación	-0,15	-0,20	0,01	0,06	-0,08	0,26	0,34*
Centrarse emociones	0,04	-0,05	0,11	0,35*	-0,34*	0,13	0,04
Negación	-0,12	-0,08	0,27	0,31*	-0,42**	0,10	-0,13
Desconexión mental	0,16	0,14	0,26	0,35*	-0,33*	0,41**	0,18
Desconexión conductual	-0,20	-0,13	0,19	0,29	-0,52**	0,27	0,00
Alcohol-drogas	-0,01	0,08	0,18	-0,11	0,00	-0,07	-0,20
Humor	0,00	-0,11	0,15	-0,05	0,01	0,16	0,16

* Significativo $p < 0,05$; ** Significativo $p < 0,01$

vos al deterioro cognoscitivo (SPMSQ), con un promedio de tres errores, lo que es esperable en una población institucionalizada y con escasa formación cultural. La variable sintomatología depresiva (GDS) indica que en casi un 66% están ausentes los valores significativos de este criterio, mientras que un

7,3% se hacen patentes en forma grave. Asimismo, se observan los descriptivos generales del bienestar subjetivo (PGC), la edad y el número de medicamentos (próximo a tres de promedio) y de enfermedades (rozando una media de dos).

En la Tabla II se reúnen los principales descripti-

vós de la escala COPE de afrontamiento para toda la muestra, tanto en cada uno de sus factores como globalmente, e igualmente en función del tiempo de institucionalización. Deben destacarse los factores de religión, reinterpretación positiva y refrenar el afrontamiento como las estrategias más utilizadas sobre el estrés residencial considerando los promedios de toda la muestra. Por el contrario, los recursos menos utilizados fueron el alcohol-drogas (el factor más bajo con diferencia y con menor desviación típica), el humor y la negación. Para cada una de las categorías del tiempo de institucionalización y tomando los tres promedios más elevados (en negrita en la Tabla II), sobresale refrenar el afrontamiento que aparece en las cuatro categorías, la reinterpretación positiva que lo hace en tres y la religión que lo hace en dos. Considerando el global de la prueba COPE, la mayor aplicación de recursos de afrontamiento se registra en el periodo de 12 a 18 meses y en la categoría de hasta seis meses desde el internamiento.

En la Tabla III pueden observarse los valores de las correlaciones entre los factores de afrontamiento y las demás medidas. En primer lugar, cabe destacar que no se obtiene ninguna relación estadísticamente significativa de las estrategias de afrontamiento con respecto a la edad. En el caso del deterioro (SPMSQ) tan sólo se muestra de forma significativa que los sujetos con mayores puntuaciones (indicadores de fallos cognoscitivos) son los que menos emplean la estrategia de reinterpretación. En cuanto al tiempo de internamiento se comprueba de forma paralela que, los viejos que llevan más tiempo institucionalizados son los que menos recurren al afrontamiento activo o la religión como formas de manejar el estrés residencial.

A continuación se pueden observar las relaciones entre las medidas relativas al estado de ánimo y las estrategias de afrontamiento (Tabla III). Se hallan correlaciones significativas y positivas entre las puntuaciones de sintomatología depresiva (GDS) y la tendencia a la supresión de la distracción, a centrarse más en las emociones, a negar y a utilizar la desconexión mental. Este resultado es coincidente en el caso de los factores de la escala COPE que correlacionan (negativamente) con la medida de bienestar subjetivo (PGC), ampliándose a la planificación y a la desconexión conductual (planifican y tienden a desconectarse conductualmente en mayor medida los que exhiben menor bienestar subjetivo). Si atendemos a los factores de la escala PGC destacan principalmente las correlaciones significativas (y negativas) de la agitación/tranquilidad con respecto a la supresión de la distracción ($-0,39$; $p = 0,012$), centrarse en emociones ($-0,32$; $p = 0,039$), negación ($-0,44$; $p = 0,004$), desconexión mental ($-0,37$; $p = 0,017$) y desconexión conductual ($-0,52$, $p = 0,001$). Es decir, los sujetos más agitados o ansiosos son los que tienden a suprimir las distraccio-

nes en mayor medida, a centrarse en las emociones y desahogarse, a negar, y a desconectarse mental o conductualmente. Secundariamente pueden mencionarse la relación significativa alcanzada entre el mayor empleo de la negación con la peor actitud hacia el envejecimiento ($-0,33$; $p = 0,035$) y con la mayor aprensión ($-0,32$; $p = 0,038$), así como la desconexión conductual con una baja actitud hacia el proceso de envejecer ($-0,52$; $p = 0,0001$), baja satisfacción vital ($-0,39$; $p = 0,011$) y una mayor tendencia a la aprensión ($-0,35$; $p = 0,022$).

Finalmente, con respecto a los medicamentos y enfermedades, se registran dos resultados dotados de significación estadística: los sujetos con un mayor número de medicamentos tienden a la mayor desconexión mental; así como los internos con más enfermedades exhiben una relación significativa con la estrategia de aceptación (Tabla III).

En la Tabla IV se recogen los análisis unidireccionales de la varianza de las variables predictivas que resultaron significativas. En primer lugar, cabe destacar diferencias en función del sexo de los participantes de modo que, los varones, tienden a emplear tanto la reinterpretación como el refrenar el afrontamiento ante el estrés residencial, ambos resultados con homogeneidad de la varianza (F de Levene $> 0,05$).

En el caso de la variable nivel de estudios (Tabla IV) se comprueban relaciones significativas con tres estrategias de afrontamiento, todas con homogeneidad de la varianza (F de Levene $> 0,05$). Destacan en el empleo del afrontamiento activo los mayores que saben leer/escribir, claramente diferenciados de los que tienen estudios primarios ($t < 0,05$). La supresión de la distracción parece ser más utilizada significativamente por las personas con menor formación educativa, tanto en el caso de los analfabetos como los que sabían leer/escribir ($t < 0,05$). Finalmente, la desconexión mental parece ser una estrategia principalmente utilizada por los viejos sin formación educativa alguna, diferenciándose significativamente tanto de los que al menos sabían leer/escribir como de los que tenían estudios primarios ($t < 0,05$).

Los análisis de la varianza de la variable predictiva tiempo de internamiento en la residencia (Tabla IV) resultó más prolífica en resultados. En primer lugar, el afrontamiento activo fue más claramente utilizado por los sujetos que llevaban hasta 6 meses institucionalizados. Como la prueba de Levene mostró diferencias significativas ($F = 6,93$; $p < 0,01$), se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis con idéntico resultado. Asumiendo la desigualdad de la varianza, la prueba *post hoc* diferenció significativamente a la categoría de hasta 6 meses de los que llevaban hasta el año o por encima del año y medio.

En el caso del factor religión (Tabla IV), se observa una caída en su uso según aumenta el tiempo de institucionalización (algo que ya se verificaba a

TABLA IV

Análisis unidireccionales de la varianza entre las variables predictivas sexo, nivel de estudios, tiempo de institucionalización y sintomatología depresiva (GDS) sobre los factores de la escala COPE de afrontamiento

Predictivas	Afrontamiento (COPE)	Estadístico	categorías	media (Sx)	Post hoc
Sexo	Reinterpretación	F = 6,435*	varones mujeres	11,00 (1,74) 9,52 (2,52)	t = 2,53*
	Refrenar afrontamiento	F = 6,762*	varones mujeres	11,33 (1,92) 9,13 (2,81)	t = 2,60*
Nivel estudios	Afrontamiento activo	F = 3,921*	1. analfabetos 2. sabe leer/escribir 3. primarios 4. medios/superiores	8,66 (2,50) 9,89 (2,09) 5,50 (0,70) 13,00	t _{2,3} = 2,91**
	Supresión distracción	F = 3,855*	1. analfabetos 2. sabe leer/escribir 3. primarios 4. medios/superiores	10,44 (2,83) 8,79 (2,45) 6,00 (0,00) 15,00	t _{1,3} = 4,70** t _{2,4} = -2,48*
	Desconexión mental	F = 3,805*	1. analfabetos 2. sabe leer/escribir 3. primarios 4. medios/superiores	9,44 (2,50) 7,20 (2,12) 5,00 (1,41) 5,00	t _{1,2} = 2,64* t _{3,1} = 2,36*
Tiempo de internamiento en la residencia	Afrontamiento activo	F = 4,367* Chi = 10,55*	1. hasta 6 meses 2. más de 6 hasta 12 3. más de 12 hasta 18 4. más de 18 meses	11,30 (1,63) 8,90 (0,99) 9,66 (2,77) 7,88 (2,52)	t _{1,4} = -3,53** t _{2,1} = -3,96**
	Religión	F = 5,459**	1. hasta 6 meses 2. más de 6 hasta 12 3. más de 12 hasta 18 4. más de 18 meses	13,20 (2,57) 14,90 (2,84) 10,08 (4,46) 9,11 (4,13)	t _{1,4} = -2,61* t _{2,4} = -3,58** t _{3,2} = -3,06**
	Desconexión mental	F = 3,456*	1. hasta 6 meses 2. más de 6 hasta 12 3. más de 12 hasta 18 4. más de 18 meses	6,10 (2,23) 7,10 (1,10) 9,08 (2,57) 7,55 (2,60)	t _{1,3} = 2,87** t _{2,3} = 2,41*
	Humor	F = 3,432* Chi = 10,03*	1. hasta 6 meses 2. más de 6 hasta 12 3. más de 12 hasta 18 4. más de 18 meses	4,60 (1,07) 7,30 (2,21) 8,08 (4,46) 5,55 (1,42)	t _{1,2} = 3,47** t _{3,1} = 2,61*
Sintomatología depresiva (GDS)	Humor	F = 4,520* Chi = 3,57	1. ausencia (0-13) 2. presencia (14-30)	7,18 (3,45) 5,18 (1,25)	t = 2,72*

* Significativo p < 0,05; ** Significativo p < 0,01

través de las correlaciones en la Tabla III). El nivel de mayor tiempo de internamiento se diferencia significativamente en las pruebas *post hoc* tanto de la categoría de hasta 6 meses como en la de 6 a 12 meses. El contraste a posteriori también separa significativamente la categoría de 12 a 18 meses de su antecesora. Estos análisis se caracterizaron por

presentar homogeneidad de varianza (F de Levene > 0,05).

Para el factor de desconexión mental se observan diferencias estadísticamente significativas esencialmente marcadas por la categoría de 12 a 18 meses en su comparación con las dos que abarcan menos del año de internamiento (Tabla IV). Pa-

TABLA V

Análisis de regresión múltiple (por pasos) significativos de las estrategias de afrontamiento

Factor de afrontamiento	Variable y paso de entrada	% Varianza	BETA	T	p de T
Afrontamiento activo	1. Tiempo de institucionalización	20,1	-0,48	-3,49	0,01
	2. Disforia/Satisfacción (PGC)	28,9	-0,30	-2,14	0,039
	CONSTANTE			13,97	0,0001
Planificación	1. PGC global	17,6	-0,41	9,43	0,005
	2. Sexo	28,9	-0,33	-2,95	0,021
	CONSTANTE			9,43	0,0001
Supresión distracción	1. Agitación/Tranquilidad (PGC)	15,6	-0,39	-2,64	0,012
	CONSTANTE			14,39	0,0001
Religión	1. Tiempo de institucionalización	16,6	-0,40	-2,74	0,009
	CONSTANTE			12,19	0,0001
Reinterpretación	1. Sexo	19,9	-0,44	-3,07	0,004
	CONSTANTE			14,22	0,0001
Refrenar afrontamiento	1. Sexo	16,4	-0,4	-2,73	0,009
	CONSTANTE			9,83	0,0001

rece, al contrario que en las dos estrategias anteriores que, para la desconexión mental, se produce cierto aumento en su uso conforme pasa el tiempo desde el ingreso en la residencia. Este análisis se caracterizó también por la homogeneidad de la varianza (F de Levene $> 0,05$).

El factor de afrontamiento del humor (Tabla IV) se caracterizó por carecer de homogeneidad de la varianza ($F = 9,99$, $p < 0,01$), pero el anova de Kruskal-Wallis sugirió diferencias significativas entre sus categorías, y la prueba a posteriori (para varianzas desiguales), señaló que es la categoría de hasta 6 meses la que se diferencia significativamente del nivel de 6 a 12 meses y de 12 a 18 meses. Da la impresión, por tanto, que el humor, como estrategia de afrontamiento del estrés residencial, incrementa su aparición desde los 6 meses del internamiento.

La última variable predictiva se refiere a la consideración de la ausencia/presencia de sintomatología depresiva (GDS) (Tabla IV). Aunque el análisis de la varianza mostró diferencias estadísticamente significativas, la falta de homogeneidad ($F = 7,15$; $p < 0,05$) indica la aplicación de la prueba de Kruskal-Wallis, sin mostrarse entonces diferencias entre las categorías ($p = 0,059$). Con todo, y asumiendo la desigualdad de la varianza en la prueba *t post hoc*, se sugieren diferencias entre sus categorías. De este modo, la mayor utilización del humor como afrontamiento del estrés residencial procede de los mayores que no exhiben sintomatología depresiva aunque, eso sí, con gran variabilidad en comparación con los que tienen sintomatología depresiva.

Para complementar los análisis unidireccionales se realizaron comparaciones multifactoriales de la varianza con el control de las covarianzas tiempo de institucionalización, deterioro cognoscitivo (SPMSQ), número de medicamentos y enfermedades. Se aplicaron tres factores siguiendo los resultados unidireccionales: sexo, nivel de estudios y presencia/ausencia de sintomatología depresiva ($2 \times 4 \times 2$). Sólo tres productos resultaron de interés, entre los que son significativos, nuevamente, el nivel de estudios para la supresión de la distracción ($F = 3,400$, $p = 0,031$) y la desconexión mental ($F = 3,265$, $p = 0,033$) sin interacciones significativas. En el caso del primer criterio (supresión de actividades distractoras) sin covarianzas significativas. En la segunda medida (desconexión mental) resultó significativa la covarianza número de medicamentos ($F = 6,449$, $p = 0,016$). El tercer análisis significativo se refiere a la medida del afrontamiento por medio del humor (con la limitación ya mencionada de falta de homogeneidad de la varianza). Una vez excluidos los factores sexo, nivel de estudios y las covarianzas (todos sin significación) quedó únicamente la presencia/ausencia de sintomatología depresiva como variable estadísticamente significativa ($F = 5,004$, $p = 0,033$).

En las Tablas V y VI se presentan los análisis de regresión significativos (11 factores) para cada una de las 15 estrategias de afrontamiento, incorporando las variables consideradas en el estudio (y los factores de la escala PGC). En general, los resultados son bastante discretos, pues únicamente en el caso de la desconexión mental se supera el 30% de

TABLA VI

Análisis de regresión múltiple (por pasos) significativos de las estrategias de afrontamiento (continuación)

Factor de afrontamiento	Variable y paso de entrada	% Varianza	BETA	T	p de T
Aceptación	1. Enfermedades CONSTANTE	11,8	0,34	2,25	0,03
				19,12	0,0001
Centrarse emociones	1. Agitación/Tranquilidad (PGC) CONSTANTE	11,9	-0,34	-2,26	0,029
				13,11	0,0001
Negación	1. Agitación/Tranquilidad (PGC) CONSTANTE	22,2	-0,47	-3,29	0,002
				12,1	0,0001
Desconexión mental	1. Medicamentos 2. Edad 3. Agitación/Tranquilidad (PGC) CONSTANTE	17,3 28,5 37,8	0,48 0,36 -0,31	3,42	0,002
				2,56	0,015
				-2,32	0,026
				-1,07	0,291
Desconexión conductual	1. PGC global CONSTANTE	27,3	-0,52	-3,77	0,001
				12,71	0,0001

explicación de la varianza y, sólo otros dos factores, afrontamiento activo y planificación, se aproximan a dicha cifra. El tiempo de institucionalización se incorpora en dos de las rectas (afrontamiento activo y religión), prediciendo el descenso en su uso conforme transcurre el tiempo desde el ingreso en la residencia. La medida de bienestar, bien globalmente o por factores, principalmente la agitación/tranquilidad, interviene como predictora en 7 de los 11 factores en los que pudo aplicarse la regresión. Esto es interesante por cuanto en ningún análisis se incorporó la medida de sintomatología depresiva (GDS).

En resumen, en la Tabla V se observa que el afrontamiento activo puede predecirse cuanto menos tiempo lleva el anciano en la residencia y entre los viejos menos satisfechos. La planificación se da entre los viejos con menores indicadores de bienestar y entre los varones. La supresión de la distracción sólo queda predicha entre los viejos más ansiosos o agitados. La religión como recurso de afrontamiento del estrés residencial, se predice entre los mayores que llevan menos tiempo en una residencia. La reinterpretación y el refrenar el afrontamiento se predicen entre los varones. En la Tabla VI se comprueba que la aceptación se da entre los ancianos con un mayor número de enfermedades. Las estrategias de centrarse en las emociones y la negación se observan en los viejos más ansiosos o agitados. La desconexión mental se predice entre los viejos con un mayor número de medicamentos, los de mayor edad y más agitados o ansiosos. Finalmente, la desconexión conductual se observa entre los mayores con un menor nivel de bienestar.

Discusión

Desde un punto de vista descriptivo, las variables sexo, edad y nivel de estudios se pueden considerar parejas a otras investigaciones llevadas a cabo en la misma Comunidad Autónoma (3). El tiempo de institucionalización es claramente inferior a la mayoría de las investigaciones con internos en residencias, dado que interesaba concentrar a los participantes en categorías que no superaran los tres años. En cuanto al deterioro cognoscitivo, el promedio es el esperable en instituciones (61, 62), tal vez algo elevado tratándose de una residencia para válidos. Con respecto a la sintomatología depresiva significativa, un 34,1% de los participantes la exhibieron, considerándose esperable entre el 21 y el 35% de los sujetos en residencias (3, 54, 63, 64, 65, 66). En cuanto a la medida del bienestar subjetivo, el promedio alcanzado es superior al obtenido en la provincia de Sevilla por Rodríguez-Testal (3), lo que puede explicarse porque la presente investigación es una muestra de ancianos válidos exclusivamente y, por tanto, prácticamente idéntica a la obtenida por Montorio (57) con una población similar. La media de enfermedades hallada en la muestra va de acuerdo con las obtenidas por otros autores (3, 52, 62, 67). En el caso de los fármacos es tal vez ligeramente más alta que en otros trabajos con ancianos válidos y/o asistidos (3, 52) aunque por debajo de la media de la investigación de Guillén Llera et al. (62).

Los hallazgos alcanzados en este trabajo de investigación informan acerca de las estrategias de afrontamiento aplicadas por los ancianos ante el estrés residencial. Desde un punto de vista meramen-

te descriptivo, la religión es el recurso más citado o utilizado por los ancianos institucionalizados; ello sin que se aprecien diferencias significativas entre hombres y mujeres o por niveles de estudios. Este resultado confirma la hipótesis planteada en primer lugar, tal y como aparecía refrendado por las investigaciones en la literatura científica (25, 28, 29, 35, 36, 38-41). Posiblemente, el papel tan destacado que desempeña esta estrategia de afrontamiento guarda relación con la educación, valores y costumbres de la época en la que estas personas fueron socializadas, principalmente en nuestro contexto geográfico.

Junto con la religión, las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la reinterpretación positiva y refrenar el afrontamiento, de modo que sobresalen estrategias de naturaleza cognitiva y pasiva (68) o, de acuerdo con lo observado por Brandtstädter y Renner (24), un estilo de afrontamiento tendente hacia la acomodación en mayor medida que hacia la asimilación. Los recursos de afrontamiento menos utilizados fueron el alcohol-drogas, el humor y la negación. Ha de subrayarse la escasa relevancia de las estrategias de apoyo social tanto emocional como instrumental. Sin embargo, este resultado tiene la ventaja de minimizar la confusión y separar la actividad religiosa de la propiamente social, como se señaló en la introducción de este trabajo (35, 36).

Otro de los hallazgos indica que el nivel de formación educativa parece estar ligado con el tipo de estrategias que adoptan los mayores. Así, se puede constatar que las personas con formación educativa más escasa o limitada, máxime entre los analfabetos, tienden a utilizar estrategias típicamente evitadoras (desconexión mental) más que de naturaleza activa (afrontamiento activo). Esto es así independientemente del sexo, el deterioro cognoscitivo e incluso el tiempo transcurrido desde el internamiento en una residencia. En este sentido, Ruth y Coleman (1) subrayaban que las personas con mayor nivel educativo se caracterizan por centrarse directamente en la solución del problema, la aplicación de la lógica y la flexibilidad. Este resultado coincide en gran medida con el alcanzado por Koenig et al. (35) referido a la religión (estrategia pasiva) al verificar que, claramente entre los ancianos con menos recursos culturales y económicos cuando se hallan en situaciones con escaso control, las creencias y conductas religiosas se constituyen en el afrontamiento por excelencia. Esto alivia sus sentimientos de infelicidad, proporcionando sentido a sus vidas y aportando con ello cierta sensación de control sobre la situación.

Junto con el resultado anterior se constató que el declive cognoscitivo puede limitar el uso de ciertas estrategias de afrontamiento como la reinterpretación positiva. Ambos resultados parecen relevantes y sugieren la conveniencia de intervenir, sobre todo

en los primeros momentos del ingreso en una institución, teniendo presente tanto el nivel educativo como el deterioro cognoscitivo con el fin de facilitar una mejor y rápida adaptación al centro residencial.

Uno de los resultados más interesantes concierne a la variable a partir de la cual se recluta la muestra, el tiempo de internamiento pues, asumiendo las limitaciones propias de un diseño transversal, se observa una transformación del tipo de estrategias de afrontamiento aplicadas por los ancianos (se confirma pues la hipótesis 2) (7). De este modo, conforme transcurre el tiempo desde el ingreso, y con ello muchas situaciones que conciernen a la institucionalización, los recursos de afrontamiento se van modificando: una estrategia activa (y conductual) como el afrontamiento activo y otra pasiva (y cognitiva) como la religión, pierden relevancia en su presencia (Fig. 1), resultados que además se confirmaron en los análisis de regresión. Podría interpretarse en el sentido de que tras el estrés institucional inicial se movilizan unos recursos principalmente activos que luego no son tan necesarios, bien porque ya hay adaptación, porque el afrontamiento obtiene el efecto deseado, porque desaparece el estresor (fin de la respuesta de estrés), o bien porque el sujeto queda superado por la demanda y ya no puede hacer nada (agotamiento y resignación).

Complementariamente, parece que dos estrategias de naturaleza cognitiva tienden a incrementar su presencia: el humor y la desconexión mental (ver Figura 1). Siguiendo el hilo argumental anterior, si decae el uso de estrategias activas, pueden aparecer algunas más pasivas y evitadoras (por ejemplo empiezan a descollar la reinterpretación positiva y refrenar el afrontamiento), tal vez porque los recursos se agotan y/o porque, objetivamente, poco se

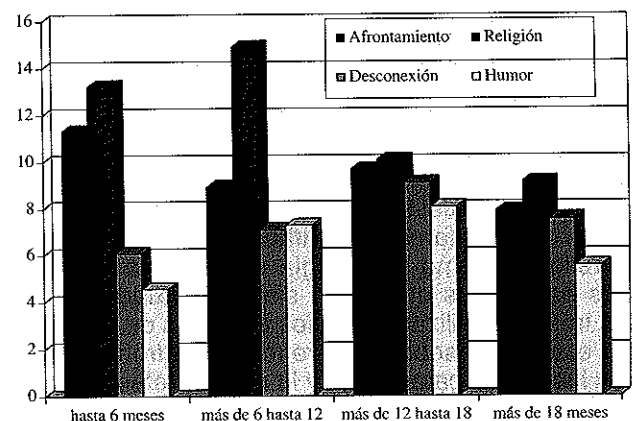


Fig. 1. Estrategias de afrontamiento significativas (COPE) en función del tiempo de institucionalización en la residencia.

puede hacer ante ciertos sucesos estresantes. Además de lo dicho, se observa un aumento paulatino en el promedio de la medida de depresión (y descenso en la de bienestar) en las tres primeras categorías consideradas del tiempo de institucionalización. Coincide este alza en el intervalo de 12 a 18 meses desde el ingreso con el promedio más alto en cuanto al conjunto de estrategias de afrontamiento aplicadas (global de la escala COPE). Por tanto, se movilizan más recursos de afrontamiento, lo que suele venir acompañado de consecuencias anímicas (23). Es interesante recordar aquí las correlaciones y regresiones significativas entre los medicamentos con la desconexión mental ($r = 0,41$; $p < 0,01$) o de las enfermedades con la aceptación ($r = 0,34$; $p < 0,05$). Asimismo, se comprueban correlaciones positivas y significativas del tiempo de institucionalización con respecto al número de enfermedades ($r = 0,36$; $p < 0,05$) y el número de medicamentos ($r = 0,43$; $p < 0,01$), sin que se confunda o pueda estar sesgado el tiempo de institucionalización por la presencia de deterioro cognoscitivo ($r = -0,20$; $p > 0,05$) o por la sintomatología depresiva ($r = 0,10$; $p > 0,05$). Por consiguiente, cabe la posibilidad de que la situación de institucionalización, estresante en sus primeros momentos, se complique con la aparición (o agravamiento) de las enfermedades y sus tratamientos (3), forzando estrategias menos activas, más cognitivas y vinculadas con la acomodación, toda vez que se supera el nivel de competencia del sujeto o cuando el anciano considera que las situaciones están en los márgenes de su control (1, 9, 10, 15, 24, 26).

A lo dicho puede añadirse que resulta llamativa la escasa presencia en el uso de las estrategias de afrontamiento de apoyo social (emocional e instrumental). Si, como se ha dicho, descienden los recursos activos de afrontamiento, se incrementan los de corte más pasivo y, por ejemplo, la posibilidad de utilizar recursos de apoyo social instrumental con los miembros del personal de un centro no se lleva a efecto (o no son factibles), se desplaza la responsabilidad a la institución y se retroalimenta la pasividad (49, 65, 69, 70, 71).

En cuanto a si puede hacerse referencia o no a un estilo en el afrontamiento (18), hay tres estrategias que se repiten de manera sobresaliente en los cuatro niveles del tiempo de institucionalización: refrenar el afrontamiento, reinterpretación positiva y la religión. Como se recogía en la Tabla II, estas tres estrategias quedaban siempre situadas entre las tres más utilizadas por los ancianos de la muestra estudiada, sobre todo refrenar el afrontamiento (en las cuatro categorías) y la reinterpretación positiva (en tres categorías). Por tanto, y admitiendo las salvedades impuestas por el diseño aplicado en esta investigación, puede considerarse válida la hipótesis 3 en el sentido de un estilo en el afrontamiento aceptando al menos dos aspectos: que se trata

de un estilo típicamente pasivo considerando al grupo globalmente, no al sujeto individualmente, y que se aplica o refiere a la situación de institucionalización.

Con respecto a las medidas de sintomatología depresiva (GDS) y el bienestar subjetivo (PGC y factores) se observó una relación (y predicción) principalmente con estrategias pasivas y ligadas a la emoción, como centrarse en la emoción y desahogarse, negación, desconexión mental y desconexión conductual. Destacaron también la supresión de la distracción y la planificación (esta última sólo en conexión con el bienestar) como las únicas estrategias más centradas en la solución de problemas. Los análisis multifactoriales de la varianza únicamente rubricaron que los sujetos con puntuaciones significativas en la medida de depresión exhibieron significativamente una estrategia específica de afrontamiento: el humor. Este recurso de afrontamiento era claramente infrautilizado por las personas con valores relevantes en el criterio de depresión. Para el caso de los análisis de regresión, los resultados de las estrategias citadas guardaron relación principalmente con la ansiedad (agitación) pero no con la medida de depresión. Por tanto, se confirma parcialmente la hipótesis 4 y, como habíamos observado en trabajos anteriores (analizando el impacto de la enfermedad en los ancianos), se observa un afecto desagradable relevante (en términos de Diener et al., 59), posiblemente producto de un gran esfuerzo cognitivo y de regulación emocional (15, 23) pero no lo suficientemente grave como para desarrollar un cuadro depresivo completo o con toda su intensidad (72, 73).

De forma tentativa, y en aras de dar una visión de conjunto a los resultados alcanzados, podrían tomarse los productos de los diferentes análisis estadísticos en tres grandes grupos. Por un lado, algunas estrategias de afrontamiento parecen relacionadas directamente con el estrés residencial y el paso del tiempo en la misma, de modo que podrían considerarse recursos determinados propiamente por la institución: religión, aceptación, afrontamiento activo y desconexión mental (los dos últimos predichos en la regresión con varianza explicada adecuada). En un segundo grupo podrían incluirse aquellas estrategias que reflejan más una condición derivada de un estado anímico interviniendo, esperablemente, algunas estrategias de naturaleza emocional: supresión de la distracción, centrarse en las emociones y desahogarse, negación y desconexión conductual. Estas estrategias pueden ser consecuencia o efecto de la institución, pero también cabe la posibilidad de que el sujeto ingresase en la institución con una percepción personal deficiente (de ahí la baja actitud hacia el envejecimiento obtenida) o con un bajo estado de ánimo. Un tercer grupo, podría sugerir más que estrategias de afrontamiento puntuales un estilo, por cuanto van ligadas a variables

más estáticas como el sexo: reinterpretación positiva o refrenar el afrontamiento.

Cabe señalar algunas consideraciones a este trabajo de investigación. En primer lugar, el diseño realizado puede limitar las conclusiones de los cambios en las estrategias de afrontamiento a posibles diferencias de grupo. Sería preciso un diseño longitudinal en el que se siguieran a los participantes para apreciar, individual y grupalmente, si los recursos de afrontamiento se transforman en función de una variable cronológica. En segundo lugar, el tamaño de la muestra limita la generalización de los resultados, así como también sería muy adecuado contar con idéntico número de ancianos por cada categoría considerada. En tercer lugar, sería recomendable en sucesivos trabajos incluir una medida de deseabilidad social junto con la aplicación de la variable de afrontamiento para ver en qué medida altera o afecta a este criterio. En cuarto y último lugar, tras este estudio exploratorio, consideramos relevante analizar los recursos externos, como el apoyo social, al igual que otros recursos internos (variables disposicionales, por ejemplo), de modo que se pueda representar un panorama amplio y dinámico del afrontamiento al estrés (1, 14, 22).

Por último, los resultados de esta investigación proporcionan una línea de estudio a seguir por sus implicaciones prácticas. Del mismo modo que en otro trabajo pusimos de relieve la importancia de una preparación para la transición a una institución que minimice las consecuencias psicopatológicas (3), en la presente investigación constatamos la relevancia de facilitar a los viejos el manejo de las situaciones estresantes, conociendo las limitaciones de cada anciano y fomentando la participación y actividad entre los mayores; ello les permitiría adquirir control sobre la situación, mejorar la propia valoración personal y superar una pasividad que fácilmente se convierte en un círculo vicioso (74).

Conclusiones

1° La religión es el recurso de afrontamiento más frecuentemente utilizado por los ancianos ante el estrés institucional, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres ni por nivel de estudios.

2° Otras estrategias de afrontamiento ampliamente utilizadas fueron la reinterpretación positiva y refrenar el afrontamiento, es decir, estrategias de naturaleza cognitiva y pasiva. Los recursos menos utilizados fueron el alcohol-drogas, el humor y la negación.

3° Las personas con formación educativa escasa o limitada tendieron a utilizar estrategias típicamente evitadoras (p.ej. desconexión mental) más que de naturaleza activa (p.ej. afrontamiento activo) con independencia del sexo, el deterioro cognoscitivo e incluso el tiempo transcurrido desde el internamiento en una residencia.

4° El declive cognoscitivo puede limitar el uso de ciertas estrategias de afrontamiento como la reinterpretación positiva.

5° Conforme transcurre el tiempo desde el ingreso en la residencia, los recursos de afrontamiento se modifican. Decae el uso de estrategias como la religión y el afrontamiento activo (ambas predichas por el tiempo de institucionalización) mientras aparecen algunas más pasivas y evitadoras (como el humor y la desconexión mental).

6° Los cambios en el afrontamiento pueden deberse al efecto y retroalimentación de varios factores como la adaptación al centro, la presencia creciente de enfermedades y su medicación, el paulatino incremento de la sintomatología depresiva y la cesión del control a la institución.

7° Es posible hablar de estilos en el afrontamiento ante estrés residencial caracterizado por el refrenar el afrontamiento, reinterpretar positivamente y emplear la religión, es decir, más por la acomodación que por la asimilación.

8° Las estrategias de afrontamiento del estrés residencial estuvieron relacionadas y fueron predichas por el bienestar subjetivo (PGC) en mayor medida que por la depresión (GDS). Más específicamente, el bienestar (y sus factores) intervino en 7 de los 11 análisis de regresión significativos, destacando claramente la ansiedad (agitación).

9° El humor fue el recurso de afrontamiento utilizado significativamente en menor medida por los sujetos que puntuaron en la escala de depresión.

10° Los factores de afrontamiento mejor predichos fueron: la desconexión mental (37,8% de la varianza), el afrontamiento activo (28,9%) y la planificación (28,9% de explicación de la varianza), si bien no fueron las estrategias mayormente utilizadas por la muestra analizada.

CORRESPONDENCIA:

DR. J. F. Rodríguez-Testal
Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Facultad de Psicología
Universidad de Sevilla
C/ Camilo José Cela, s/n
E-41018 Sevilla
E-mail: testal@wanadoo.es
catyago@basb.com