

## COPING EN ANCIANOS CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Juliana Nery de Souza<sup>1</sup>

Eliane Corrêa Chaves<sup>2</sup>

Paulo Caramelli<sup>3</sup>

*La elaboración de estrategias de ataque a las situaciones estresantes depende de la evaluación cognitiva hecha por el individuo. Considerando el déficit cognitivo de los ancianos con la enfermedad de Alzheimer (DA), este estudio tuvo por objetivo verificar el estilo de coping predominantemente utilizado por ellos. Para esto, fue aplicado el inventario de Coping de Jalowiec en 60 ancianos, de los cuales 30 individuos eran cognitivamente saludables (grupo control) y 30 individuos con DA. Se observó un predominio del coping enfocado en la emoción en el grupo DA y enfocado en el problema en el grupo control, aunque no hubo una diferencia significativa. Así, parece haber una tendencia, en los ancianos con demencia, a elegir estrategias evasivas y de control emocional, en detrimento de la tentativa de solucionar el problema o minimizar sus consecuencias.*

**DESCRIPTORES:** enfermería; anciano; adaptación psicológica; estrés; cognición; enfermedad de Alzheimer

## COPING IN AGED PEOPLE WITH ALZHEIMER'S DISEASE

*The intensity of stress experiences and elaboration of coping essentially depend on individuals' cognitive assessment. Considering the cognitive impairment of elderly persons with Alzheimer's disease (DA), this study aimed to identify their coping style. The Jalowiec Coping Inventory was applied to 60 elderly, 30 in the control group and 30 in the DA group. The results demonstrated a predominance of emotion-focused coping in the DA group and problem-focused coping in the control group, but the difference was not statistically significant ( $p=0.124$ ). In addition, it was observed that individuals with better cognitive development in the DA group selected problem-focused coping strategies ( $p=0.0074$ ). Thus, it seems there is a tendency to select evasive and emotional control strategies in demented elderly with worsened cognitive performance, rather than attempting to solve the problem or minimize its consequences.*

**DESCRIPTORS:** nursing; aged; adaptation psychological; stress; cognition; Alzheimer disease

## COPING EM IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

*A intensidade da experiência do estresse e a elaboração do coping dependem, fundamentalmente, da avaliação cognitiva feita pelo indivíduo. Considerando o déficit cognitivo de idosos com doença de Alzheimer (DA), este estudo teve por objetivo identificar o estilo de coping utilizado por eles. Para isso, foi aplicado o Inventário de Coping de Jalowiec em 60 idosos, sendo 30 do grupo controle e 30 com DA. Os resultados evidenciaram o predominio do coping focado na emoção no grupo DA e focado no problema no grupo controle, porém, não houve diferença significativa ( $p=0,124$ ). Além disso, observou-se que, quanto melhor o desempenho cognitivo dos idosos com DA, maior a tendência em utilizar estratégias de coping focadas no problema ( $p=0,0074$ ). Assim, parece haver tendência à seleção de estratégias evasivas e de controle emocional nos idosos dementes com pior desempenho cognitivo, em detrimento da tentativa de solucionar o problema ou minimizar suas consequências.*

**DESCRIPTORES:** enfermagem; idoso; adaptação psicológica; estresse; cognição; doença de Alzheimer

<sup>1</sup> Enfermeira, Maestranda, e-mail: juli3@bol.com.br; <sup>2</sup> Enfermeira, Profesor Doctor, e-mail: eccsp@yahoo.com. Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo; <sup>3</sup> Médico Neurologista. Profesor Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, e-mail: caramelp@usp.br

## INTRODUCCIÓN

Las innumerables transformaciones en la vida diaria producto de las alteraciones cognitivas, sean de origen físico, psíquico o social, vividas por los ancianos con la Enfermedad de Alzheimer (EA), pueden representar una amenaza en su vida biopsicosocial; estos factores de estrés requieren de estrategias de adaptación<sup>(1)</sup> pues producen un fuerte impacto emocional<sup>(2)</sup>.

El estrés psicológico se da por "una relación particular entre la persona y su medio ambiente, la cual sobrepasa su capacidad para enfrentarla y amenaza su bienestar"<sup>(2)</sup>. De esta definición surge el concepto de "evaluación cognitiva"<sup>(2)</sup> como un mediador no biológico capaz de intervenir frente a la respuesta del estrés. Esta evaluación es compuesta por dos etapas interdependientes (primaria y secundaria) y es un proceso que define porque y en que medida la relación entre el individuo y el ambiente que lo rodea es estresante<sup>(2)</sup>. En esta relación no importa la calidad del evento, y sí la forma de percibirlo para ser clasificado como estresante. Posterior a las etapas de evaluación, se inicia una fase de juzgamiento, en la cual la persona analiza si las demandas ambientales o internas (miedo, ansiedad) son mayores que los esfuerzos personales para enfrentar el estrés. Este conflicto entre las demandas y los esfuerzos emanados para actuar sobre ella se denomina de *coping*<sup>(2)</sup>.

Según el Modelo de Interacción Cognitiva<sup>(2)</sup>, el *coping* consiste en "un constante cambio y esfuerzos del comportamiento para afrontar demandas específicas externas y/o internas que son consideradas como excesivas y que sobrepasan la capacidad de la persona", las cuales pueden ser clasificadas en dos divisiones distintas: centrado en el problema y centrado en la emoción<sup>(2)</sup>. El *coping* centrado en el problema se refiere a todas las formas de sustituir o regular el impacto emocional del estrés en el individuo, y que derivan principalmente de procesos defensivos, provocando que la persona evite enfrentar, de forma realista, la amenaza<sup>(2)</sup>.

En la EA el comportamiento cognitivo y funcional es progresivo, siendo producto de un proceso fisiopatológico y neurodegenerativo, las estrategias de *coping* y la percepción de eventos conflictivos pueden percibirse de forma diferente, considerando que la función cognitiva se encuentra afectada, por lo tanto, la planificación, el pensamiento

abstracto y el juicio se encuentran progresivamente comprometidos.

Así, de acuerdo con el supuesto teórico presentado<sup>(2)</sup>, los ancianos con EA posiblemente encuentran dificultades o impedidos, para depender de la fase evolutiva de la enfermedad, de evaluar el potencial de amenaza de una determinada situación estresante, así como de juzgar si los recursos personales para afrontar las demandas ambientales o internas son suficientes para enfrentar el estrés, toda vez que para esto es necesario ingresar al sistema límbico y áreas corticales donde la cognición, emoción y comportamiento, se encuentran comprometidos.

De esta forma, no se sabe si la evaluación con relación a la capacidad de desempeño está accesible para identificar los recursos internos y externos disponibles, permitiendo la elaboración de estrategias para enfrentar eficientemente las situaciones conflictivas, o si el *coping* pasa a ser predominantemente defensivo, donde el individuo evita enfrentar conscientemente la realidad amenazadora.

Considerando la influencia que el comportamiento cognitivo, en individuos con demencia, puede ocasionar durante la evaluación, reacción y enfrentamiento en situaciones adversas, se considera la hipótesis que el *coping* en los individuos con EA de intensidad leve está predominantemente centrada en la emoción, cuyas estrategias de enfrentarlo derivan principalmente, de procesos defensivos, disminuyendo el potencial de acción sobre el problema.

La carencia significativa de estudios enfocando las posibilidades que los ancianos en proceso degenerativo disponen para enfrentar situaciones estresantes, así como de las reacciones de ellas originadas, se constituyen en un factor relevante para la exploración del tema.

Así, este estudio tiene por objetivo identificar el estilo de *coping*, el cual es utilizado por individuos con EA comparándolos con ancianos cognitivamente saludables, con la finalidad de buscar de forma indirecta y explorar la capacidad del individuo con EA para acceder al arsenal de posibilidad que poseen durante su existencia, para poder enfrentarla.

## MÉTODO

El estudio fue realizado en el servicio de Neurología Cognitiva y del Comportamiento del

Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (HC-FMUSP), siendo los datos recolectados posterior al análisis y aprobación de los Comités de Ética en Investigación del mencionado servicio y de la Escuela de Enfermería de la USP.

Fueron incluidos en el estudio 60 individuos, subdivididos en dos diferentes grupos: **Grupo control:** compuesto por treinta (30) ancianos con autonomía cognitivo – funcional escogidos de forma aleatoria, a partir de un grupo de ancianos registrados en la Secretaría de Cultura y Extensión Universitaria de la Escuela de Enfermería de la USP (SCEU – EEUSP), pues ellos ya habían participado en algún momento de por lo menos una actividad cultural en esta institución; **Grupo EA:** compuesto por treinta (30) ancianos con diagnóstico médico de EA de intensidad leve, escogidos de forma aleatoria de una población de ancianos con EA seguidos clínicamente por el Grupo de Neurología Cognitiva y del Comportamiento del HC – FMUSP (GNCC – HC – FMUSP), siendo incluidos en el estudio solo aquellos cuya intensidad de la enfermedad, fuese clasificada como leve; grupos que finalmente constituyeron la muestra por conveniencia.

Se resalta que el diagnóstico de EA, así como la determinación de la intensidad de los síntomas fueron realizados por el equipo médico de GNCC-HCFMUSP, en base a los criterios establecidos por el National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association (NINCDS – ADRDA)<sup>(3)</sup> y por el DSM-III-R<sup>(4)</sup>.

Fueron excluidos del estudio, ancianos con diagnóstico de cualquier otra enfermedad neurológica o neurodegenerativa, historia de abuso de alcohol o drogas en el último año o por un largo periodo de tiempo, individuos analfabetos, ancianos del grupo control con uso de medicamentos psicoactivos, diagnóstico médico de trastorno depresivo o de ansiedad o aquellos que presentaran evidencias de alteraciones cognitivas incompatibles con lo normal para la edad.

Inicialmente, posterior a la recolección de datos de las historias clínicas de los pacientes con EA leve en el ambulatorio y los ancianos inscritos en la Secretaría SCEU-EEUSP, fue aplicado durante una entrevista individual a ambos grupos, un cuestionario sobre las características personales, un instrumento de evaluación cognitiva (MEM)<sup>(5-6)</sup> y *coping* (Inventario

de *Coping* de Jalowiec)<sup>(7)</sup>. A los ancianos del grupo control, también se les aplicó una escala de evaluación funcional (IQCODE)<sup>(8)</sup>, para la exclusión de alteraciones cognitivas y/o presencia de demencia, una vez que, la asociación de un instrumento de evaluación cognitiva y funcional, esta última aplicada a un cuidador o responsable, es muy sensible y específica para la detección de un cuadro de demencia<sup>(9)</sup>.

El MEM<sup>(5-6)</sup> es un instrumento compuesto por diversos aspectos, típicamente agrupados en siete categorías, con el objetivo de evaluar globalmente la función cognitiva. El score del MEM puede variar de un mínimo de 0 hasta un máximo de 30 puntos. Las puntuaciones de corte para individuos sin quejas cognitivas son: <sup>3</sup> 28 para sujetos con escolaridad mayor a siete años, <sup>3</sup>24 para aquellos que estudiaron de 4 a 7 años, <sup>3</sup>23 para los que tuvieron entre uno y tres años de estudio<sup>(10)</sup>. Este instrumento tuvo como finalidad evaluar el desempeño cognitivo de los ancianos normales, así como confirmar y fundamentar la inclusión de pacientes solo con EA leve.

El inventario de *Coping*<sup>(7)</sup>, tiene por objetivo identificar las características individuales que determinan las estrategias para enfrentar a los estresantes. Es compuesto por 60 afirmaciones, divididas en ocho estilos *coping* basados en la elaboración cognitiva y de comportamientos, siendo ellos: de confrontación, evasión, optimista, fatalista, emotivo, paliativo, de afirmación y con autoconfianza.

El Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE)<sup>(8)</sup> es un instrumento que evalúa la declinación cognitiva a partir de una entrevista con el cuidador u otra personas próxima al paciente. Es compuesta por 26 preguntas, en las cuales el informante analiza el desempeño actual del paciente en diversas situaciones de actividades diarias comparándolo con el desempeño observado hace 10 años.

Las respuestas de los items de todos los instrumentos de evaluación fueron obtenidos a partir de una entrevista individual, realizada siempre por el mismo investigador, conteniendo preguntas dirigidas para cada uno de los individuos del grupo control y del grupo con EA.

Resaltando la importancia de los aspectos éticos involucrados en cualquier investigación, para todos los individuos y/o respectivo responsable legal, se presentó el término de consentimiento, en el cual los participantes podrían optar por su inclusión o no

en el estudio, estando conscientes de que el rechazo no les causaría ningún perjuicio.

## RESULTADOS

El grupo con EA fue constituido por 30 ancianos, con predominio del sexo femenino (70%), edad media de 78,9 años, edades entre 83 y 90 años, con escolaridad media 5,5 correspondientes a 1 a 6 años de estudio. El grupo control fue formado por 30 ancianos, siendo 25 del sexo femenino (83,3%), con edad promedio de 72,6 años, entre las edades de 69 y 75 años, escolaridad media de 6,5 años distribuidos entre 1 y 6 años (Tabla 1 y 2).

Tabla 1 – Distribución de los grupos de ancianos según la edad, São Paulo 2005

Edad	Grupo			
	Enfermedad de Alzheimer		Control	
	N	%	N	%
62 – 69	2	6,7	8	26,7
69 – 76	9	30,0	12	40,0
76 – 83	9	30,0	9	30,0
83 – 90	10	33,3	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Tabla 2 – Distribución del grupo de ancianos según la escolaridad São Paulo, 2005

Escolaridad	Grupo			
	Enfermedad de Alzheimer		Control	
	N	%	N	%
1 – 6	20	66,7	16	53,4
6 – 12	8	26,7	10	33,3
12 – 18	1	3,3	3	10,0
18 – 22	1	3,3	1	3,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

A pesar que, se haya observado la distribución de ancianos, en diferentes grupos de edad y escolaridad; se optó por analizar los datos utilizando las medias de estas variables, pues en algunos grupos había un número reducido de individuos dificultando las comparaciones y correlaciones estadísticas de los datos.

De esta forma, comparando las medias de las variables sexo, edad y escolaridad, no fueron encontradas diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, excepción hecha solo en la edad ( $p < 0.001$ ), lo que permitió considerar que los mismos fueron prácticamente homogéneos en relación a las características socio-demográficas; lo que representó mayor confiabilidad en las comparaciones y correlaciones realizadas.

Con relación al desempeño cognitivo, se observó un score medio de 20,6 en el grupo EA, con una puntuación mínima de 14 y máxima de 28. En el grupo control, la media obtenida fue de 27,4 puntos, con un score mínimo de 23 y máximo de 30. La diferencia encontrada entre los dos grupos fue estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ), lo que era de esperarse una vez que la distribución de los ancianos en las dos categorías fue dada por la diferencia en la habilidad cognitiva.

Con respecto al estilo de coping, los ancianos que fueron capaces de responder a las preguntas del instrumento, el grupo con EA tuvo predominio del estilo optimista, lo que significa que estos individuos utilizan pensamientos optimistas, elaboración mental y comparaciones positivas sobre el problema. En el grupo control, se observó la presencia del estilo de confrontación, mostrando que los ancianos sin alteraciones cognitivas patológicas resuelven la situación de forma combativa, enfrentándose a la situación estresante. No obstante, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (Tabla 3).

Tabla 3 – Distribución del grupos de ancianos según los estilos de coping. São Paulo, 2005

Estilo de coping	Grupo			
	Enfermedad de Alzheimer		Control	
	N	%	N	%
Confrontación	4	19,2	12	40,0
Evasivo	0	0,0	1	3,3
Optimista	7	33,4	7	23,4
Fatalista	0	0,0	1	3,3
Emotivo	1	4,8	3	10,0
Paliativo	1	4,8	0	0,0
Afirmativo	2	9,3	1	3,3
Autoconfianza	4	19,2	1	3,3
Autoconfianza y paliativo	0	0,0	1	3,3
Confrontación, emotivo y afirmativo	0	0,0	1	3,3
Confrontación y afirmativo	2	9,3	2	6,8
<b>Total</b>	<b>21*</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

$p = 0.341$ . \* De los 30 individuos de este grupo, 09 presentaron dificultad en la comprensión de las preguntas dirigidas, por lo tanto, no fue posible continuar con la aplicación del inventario durante la entrevista.

Considerando que gran parte de los estilos de coping fue dada de forma poco frecuente entre los dos grupos, se optó por reagrupar las ocho formas diferentes de enfrentar el estrés, clasificándolas a partir de las características del foco de acción del coping (emoción y problema). En esta nueva división, se torna posible el análisis estadístico apropiado para el análisis comparativo con las demás variables.

Posterior a este reagrupamiento se obtuvo un predominio del coping enfocado en la emoción

dentro del grupo con EA (61,9%) y enfocado en el problema por el grupo control (40%), sin embargo no se obtuvo resultados estadísticamente significativos ( $p=0.124$ ).

Al comparar los estilos de *coping* utilizados por los individuos con escolaridad, se pudo observar que, en ambos grupos, los ancianos con escolaridad media mayor, utilizan el problema como foco estratégico con la intención de administrar o modificar la condición estresante, sin embargo esta diferencia no ha sido significativa para ninguno de los grupos (Tabla 4).

Tabla 4 – Distribución de las medianas de escolaridad de los grupos según el estilo de *coping*, São Paulo, 2005

Escolaridad	Estilo de Coping (grupo EA)		Estilo de Coping (grupo control)	
	Emoción	Problema	Emoción	Problema
Frecuencia	13,0	8,0	12,0	18,0
Media	4,2	7,3	5,3	7,7
Desviación standart	2,2	6,9	3,1	4,7
Mediana	4,0	4,0	4,0	7,5

Test no paramétrico de Mann-Whitney,  $p = 0.5207$  grupo EA;  $p = 0.1376$  grupo control

Considerando la influencia de la cognición en la elaboración de estrategias para enfrentar la situación y la definición del estilo de *coping*, se optó por analizar el comportamiento de esta variable en los individuos con EA, cuyo desempeño cognitivo se encuentra patológicamente comprometido en comparación con el grupo control.

Así, se observó diferencia significativa entre el desempeño cognitivo y el estilo de *coping* solamente en el grupo con EA.

Tabla 5 – Distribución de las medianas de los escores del MEM de los grupos según el estilo de *coping*. São Paulo, 2005

MEEM	Estilo de Coping (grupo EA)		Estilo de Coping (grupo control)	
	Emoción	Problema	Emoción	Problema
Frecuencia	13,0	8,0	12,0	18,0
Media	19,4	23,5	26,7	27,8
Desviación standart	3,0	2,7	2,0	1,4
Mediana	20,0	23,0	27,0	28,0

Test no paramétrico de Mann-Whitney,  $p = 0.0074$  grupo EA;  $p = 0.1602$  grupo control.

La Tabla 5 muestra que dentro del grupo de ancianos con demencia, aquellos con mejor desempeño cognitivo tienden a elegir la propia situación estresante como foco de acción dentro de las estrategias para enfrentarla.

## DISCUSIÓN

La "evaluación cognitiva" está asociada a las experiencias vividas y el aprendizaje. Así mismo, la afectividad y la calidad del *coping* también establece relaciones directas, teóricamente con la capacidad de aprendizaje y la elaboración mental de los individuos. Así, la elección por el estilo de *coping* enfocado en el problema o en la emoción dependerá no solo de la interpretación del individuo sobre la amenaza, sino también sobre los medios disponibles para establecer estrategias coherentes con su capacidad individual para luchar y enfrentar determinada situación adversa.

De esta forma, hipotéticamente, considerando estos supuesto teóricos, los ancianos con EA tienden a establecer estrategias con predominio defensivo y de resignación, una vez que, el compromiso cognitivo producto de la enfermedad puede perjudicar el enfrentamiento de confrontación con la situación estresante.

En este estudio, el análisis de las estrategias de enfrentamiento mencionadas por los individuos para enfrentar las situaciones conflictivas, tienen predominio de *coping* enfocados en la emoción para los individuos con EA, y el *coping* enfocado en el problema para el grupo control, a pesar que esta diferencia no sea estadísticamente significativa.

Así mismo, se encontraron en los dos grupos predominio de una estrategia mas de *coping*, resultado apoyado con un estudio realizado con ancianos sin alteraciones cognitivas, cuyos resultados muestran una red de relaciones entre los diversos estilos con predominio de algunos, sin la utilización de un único estilo<sup>(11)</sup>.

En el presente estudio, se verificó el predominio del estilo de *coping* optimista (con foco en la emoción) dentro del grupo con EA y de confrontación (foco en el problema) en el grupo control.

Esta diferencia en la selección de la estrategia de enfrentamiento, a pesar de que no sea estadísticamente significativa, nos permite reflexionar sobre el esfuerzo en el comportamiento que este grupo tiene para enfrentar demandas específicas que son analizadas como algo que amenaza su integridad personal. De esta forma, el elegir prioritariamente el *coping* enfocado en la emoción, el grupo con EA explica su dificultad para reclutar medios que le ayuden al cambio de la situación, con la intención de

eliminar el problema o disminuir su capacidad de impacto como fuente estresante.

Frente a esta limitación neuropsicológica para elaborar estrategias de combate, estos ancianos eligen, como estrategia de coping, procesos defensivos y de alejamiento del problema, enfocando su acción en la regulación o sustitución del impacto emocional del estrés. Por otro lado, en el grupo control ocurrió lo contrario. Frente a la posibilidad de elegir estrategias de adaptación que enfrentan una situación estresante, estos ancianos utilizan el *coping* enfocado en el problema.

Un determinado estilo de *coping* adoptado no es bueno o malo. Al contrario, la evaluación de la eficacia del estilo de coping, adoptado por un individuo, requiere ser analizado considerando el contexto en el que la situación estresante se da, una vez que, un determinado estilo para enfrentarlo puede ser eficaz en una situación, pero no necesariamente en otra. En la preparación de una prueba por ejemplo, es la adaptación que enfoca la acción para enfrentar el problema. No obstante, al esperar el resultado es interesante dirigir las acciones del *coping* al control del impacto emocional producto de la espera. De la misma forma, el enfrentar con situaciones inexorables como por ejemplo, la muerte de un compañero, puede ser más factible que inicialmente se utilice un *coping* paliativo para enfrentar la situación enfocada en la emoción, y así después de restaurar el equilibrio emocional, se elija un *coping* más instrumental para elaborar planes futuros<sup>(12-13)</sup>.

Además de la evaluación de la eficacia del coping, es necesario no solo verificar la posibilidad de solucionar el problema, sino también controlarla<sup>(13-14)</sup>. Este enfoque se refiere principalmente a situaciones sin solución y siempre estresantes, como el caso de las enfermedades crónicas, en las cuales la ausencia de perspectivas de cura requieren de muchas más estrategias de control de la emoción y de la situación, en vez de acciones de confrontación<sup>(13-15)</sup>.

Existen datos en la literatura que indican al control emocional, obtenido a partir del *coping* enfocado en la emoción, como una estrategia favorable y eficaz para enfrentar situaciones estresantes, en las cuales existe poca capacidad de control<sup>(13)</sup>.

De esta forma, en base a los supuestos teóricos presentados, puede ser que el predominio de *coping* enfocado en la emoción, dentro del grupo de ancianos con EA, se deba al contexto crónico de la enfermedad, por ser una estrategia de adaptación y

defensiva, con la finalidad de minimizar el impacto emocional producto de la percepción de sus limitaciones y pérdidas, una vez que enfrentar la situación, puede resultar en emociones más amenazadoras, que la situación original de estrés.

No obstante, algunos autores sugieren que, a pesar de la estrategia enfocada en la emoción y aparente adaptación a corto plazo, si el individuo prolonga su uso tenderá a ser pasivo y repetidamente enfocará su acción en emociones negativas, con posibles consecuencias de estas sensaciones<sup>(13)</sup>.

Con relación a la escolaridad, se observó que en los dos grupos, los individuos con mayor escolaridad tienden a elegir el problema como foco estratégico para enfrentar las situaciones adversas, a pesar de esta diferencia no ser estadísticamente significativa.

Así, es posible que la escolaridad haya influenciado positivamente en el manejo del problema, ya que los individuos tienden a elegir estrategias combativas, las cuales requieren de la utilización de conocimientos adquiridos y de experiencias vividas.

Con respecto al desempeño cognitivo, se observó que, en el grupo con EA, los ancianos con mejor desempeño en el MEEM eligieron prioritariamente estrategias de *coping* enfocadas en el problema, en perjuicio de la emoción. Esta diferencia fue estadísticamente significativa. Resultado que parece nuevamente indicar que, dependiendo de la evolución de la enfermedad para combatir el problema, estos individuos utilizan el conocimiento adquirido que almacenan en su memoria semántica. A pesar de que el *coping* predominante en este grupo haya enfocado la emoción, este resultado muestra que los individuos tienen desempeño cognitivo alto, algunos de sus medios neuropsicológicos, anatómico-funcionales y neurofisiológicos aún no están disponibles para el manejo, de manera más combativa, en situaciones estresantes. En el grupo control, se observó la misma situación, la cual no fue estadísticamente significativa.

## CONCLUSIÓN

En este estudio, los ancianos con EA tienden a utilizar la emoción como estrategia de adaptación para enfrentar situaciones adversas, buscando actuar sobre el impacto emocional de las actividades diarias, una vez que su compromiso cognitivo perjudica las

acciones de confrontación para la solución de problemas. No obstante, entre los ancianos con EA, aquellos que presentan compromiso cognitivo menos intenso, tienden a enfrentar la situación estresante a través de la estrategia de *coping* de confrontación con la intención de solucionar el problema o minimizar sus consecuencias.

A pesar de que, los resultados encontrados permitan mencionar conclusiones anteriormente

encontradas, se sugiere que en estudios posteriores, se utilicen grupos con número mayor de individuos, el uso de instrumentos más refinados de evaluación cognitiva y de coping, además de la inclusión de indicadores de evaluación de estrés dentro del análisis de correlaciones entre estos factores; para que de esta forma se pueda avanzar en la construcción del conocimiento dentro de esta compleja red de interacciones, en que se constituye la mente humana.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11:213-8.
2. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
3. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease. *Neurology* 1984; 34(7):939-44.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R). 3<sup>rd</sup> ed. Washington (WS): DC;1987.
5. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Minimental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res* 1975; 12:189-98.
6. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003 Setembro; 61(3B):777-81.
7. Jalowiec A. Jalowiec Coping Scale. Chicago (IL): Illinois; 1987.
8. Jorm AF, Jacomb PA. The informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE): Socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychol Med* 1989; 19:1015-22.
9. Bustamante SEZ, Bottino CMC, Lopes MA, Azevedo D, Hototian SR, Litvoc J e cols. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos. *Arq Neuropsiquiatr* 2003 Setembro; 61(3-A):601-6.
10. Herrera Jr E, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2002; 16(2):103-8.
11. Galdino JMS. Ansiedade, depressão e coping em idosos. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2000.
12. Peniche CG, Jouclas W, Chaves EC. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. *Rev Latino-am Enfermagem* 2000 janeiro; 8(1):45-50.
13. Zeidner M, Endler NS apud Folkman S, Moskowitz JT. In: Coping: Pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol* 2004; 55:745-74.
14. Chaves EC, Cade NV. Anxiety effects on blood pressure of women with hypertension. *Rev Lat-am Enfermagem* 2004 Abril; 12(2):162-7.
15. Terry DJ, Hynes GJ. Adjustment to a low-control situation: reexamining the role of coping responses. *J Personal Soc Psychol* 1998; 74(4):1078-92.