

ESTRÉS E IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS EN LA FAMILIA ANTE EL CUIDADO DE ADULTOS MAYORES

El presente proyecto de investigación se inserta dentro de la línea de investigación familia, subjetividad y límites sociales, del cuerpo académico: Socialización, juventud y estilos de crianza; el cual se encuentra adscrito a la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEmex.

Resumen

Se tiene un vacío de información respecto a la vejez y el proceso de ser adulto mayor, que suele complementarse con una serie de concepciones falsas que han sido tomadas como mitos, y que García (2003) clasifica en: sociales, culturales, familiares y sexuales.

Estos mitos conforman la idea de que la vejez es una edad aterradora, en la que todo se pierde, como si se tratara de un arquetipo deficitario, lo cual resulta incomprensible dentro de los postulados franklianos, fundamento teórico del presente estudio, en los cuales el hombre es posibilidad de lo posible y, por tanto, siempre podrá optar por ser diferente. Cuando sus circunstancias de vida no le brinden lo anterior habrá siempre un ser humano a quien apelar para hacer realidad lo anterior. Aquí la familia del anciano es un aspecto nuclear para su cuidado y acompañamiento.

Pertenecer a un grupo familiar tiene un peso posiblemente mayor en el caso de la vejez, debido a que se es autor de esa familia. No es lo mismo pertenecer a un sistema familiar maduro que a uno inmaduro; formar parte de un grupo sobreprotector o de un grupo tipo clan ubica a la persona en una función de centro, objeto de presiones e inhibiciones diversas; en tanto que formar parte de un grupo distante o bien estar ubicado en un lugar orbital conduce a que de vez en cuando, a la persona, se le tome en cuenta si corre con suerte. De acuerdo a cómo sea la estructura familiar, la dinámica que la organiza y la historia de vida, la actualidad del adulto mayor se verá favorecida o perturbada.

De acuerdo con lo anterior el objetivo de este proyecto de investigación es: Determinar el nivel de estrés e implicaciones psicológicas tales como: depresión,

resiliencia y capacidades personales y existenciales, en familiares a cargo del cuidado de adultos mayores.

Cabe señalar que dicho proyecto se inserta dentro de la línea de investigación familia, subjetividad y límites sociales, del cuerpo académico: Socialización, juventud y estilos de crianza; el cual se encuentra adscrito a la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEmex.

Summary

A lack of information exists about old age and the process of being an elderly person, which is usually complemented by a set of false conceptions which have been taken as myths, classified by García (2003) into: social, cultural, family related and sexual.

These myths confirm that old age is a terrifying stage in which everything is lost, as if it would concern a deficitary archetype, which is incomprehensible starting from Frankl's postulates, constituting the theoretical foundation of the present study, according to which man is the possibility of the possible, and therefore can always opt for being different. When the circumstances of life don't provide such an opportunity, there will always be a human being available for making this real. Therefore, the elderly person's family is nuclear for his caretaking and companionship.

Belonging to a family group possibly has a major weight in old age, as the individual also is the family's author. It's not the same belonging to a mature or immature family system; forming part of an overprotecting group or of a kind of clan which locates the person into a central function; being the object of several pressures and inhibitions as a part of a distant group or being placed into an orbital position which occasionally leads to the person being taken into consideration. According to the nature of the family structure, its organizational dynamics and its life story, the actual situation of the elderly person will be favored or disturbed.

According to the previous, the purpose of the present research project is: determining the level of stress and psychological implications in family members who are in charge of taking care of elder persons.

It should be mentioned that the project forms part of the research line “Family, subjectivity and social limits” developed by the academic group “Socialization, youth and rearing styles”, belonging to the Faculty of Behavioral Sciences of the UAEMéx.

Antecedentes

El envejecimiento es un componente característico de la dinámica de población y un sello de los tiempos modernos. Al mismo tiempo que las sociedades de fin de siglo presentan importantes descensos de la mortalidad infantil y de la fecundidad, también tienen que enfrentar un considerable crecimiento de la población de adultos mayores.

La mayoría de los países industrializados está sufriendo el encanecimiento de su población, por lo que las sociedades enfrentarán nuevos desafíos; ya que, al aumentar la población de adultos mayores, también crecerá, con ello, la presión sobre los servicios asistenciales, las pensiones y los sistemas sanitarios; en consecuencia, habrá menos personas con trabajo remunerado que ayuden a financiar tales programas. Tal problemática incidirá en los ámbitos económico, psicológico y social, tanto para los adultos mayores como para su entorno.

La cuestión de las personas de edad ha sido estudiada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) desde 1948, cuando la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 213 relativa al proyecto de declaración de los derechos de la vejez; aunque el trabajo en la materia continuó en 1977, donde se planteó la necesidad de organizar una reunión mundial para tratar el tema en particular, por tanto, un año más tarde la Asamblea General acordaba que tal encuentro tuviera lugar en 1982.

La primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento tuvo lugar en Viena en 1982. Esta reunión dio como resultado un Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento.

Es así como el 14 de diciembre de 1990, la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU) proclamó el 1 de octubre como el Día Internacional de las Personas de Edad. (ONU, 1991).

En abril de ese mismo año, se realizó, en Madrid, la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, la cual concluyó con la adopción del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002 y la Declaración Política, por parte de los representantes de cerca de 160 países de todo el mundo; en estos documentos, los gobiernos se comprometieron a emprender iniciativas en tres direcciones prioritarias: desarrollo, salud y bienestar de los adultos mayores, así como la creación de un entorno favorable para todas las edades.

La ONU, en 1991, advirtió sobre el crecimiento de este segmento de la población, específicamente el de mayores de 80 años; de esta manera, se proyecta que para 2050 habrá 379 millones de personas, que pasarán de esta edad.

En lo concerniente a México, se tiene que hace 40 años era un país de jóvenes, ahora está en camino de ser una nación de la tercera edad. El proceso acelerado de envejecimiento de la población que se produce en la actualidad provoca que cada año haya 180 000 personas adultas mayores. (González, 2000b).

Por lo que ocupa el séptimo lugar entre los países con envejecimiento acelerado, con 7% de población con 60 años o más. Lo que significa que enfrenta además de los problemas de los jóvenes, la pobreza y las consecuencias del envejecimiento. (INEGI, 2000).

Al respecto, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1999) refiere que los adultos mayores consumen más del 30% de los presupuestos de la seguridad social, en pensiones y jubilaciones que resultan insuficientes. A la par se consumen alrededor del 30% del presupuesto de salud, y ocupan hasta el 60% de las camas de hospital.

De acuerdo con Kofi Annan (1998), se estima que el porcentaje de personas de 60 años o más en todo el mundo pasará de 10% a 22% entre el año 2000 y 2050, tiempo en que se prevé que la proporción de ancianos igualará a la de niños de 0 a 14 años, lo que constituirá un precedente en la historia de la humanidad, pues por primera vez los jóvenes y los viejos representarán la misma proporción demográfica.

Para los países en desarrollo, el proceso de envejecimiento tendrá lugar rápidamente en la primera mitad del siglo XXI. Entre los años 2000 y 2050, el porcentaje de personas de edad avanzada aumentará de 8% a 21%, mientras que el

de niños bajará de 33% a 20%. Además, se estima que en menos de tres decenios, tres cuartas partes de la gente mayor de todo el mundo vivirán en países en desarrollo.

Las nuevas tendencias demográficas se traducen en la inversión de la pirámide poblacional de muchos países. Hace unas décadas, las personas que sobrepasaban los 60 años no suponían mucho porcentaje con respecto al volumen total de la población y el mayor volumen se encontraba en la infancia y la adolescencia, ahora se produce el fenómeno contrario, es decir, la base de la pirámide poblacional empieza a disminuir aumentando su cúspide, donde se encuentran las personas de más edad. Esto, unido a los cambios que se producen en la sociedad (aparición de servicios sociales organizados, cambios en el sistema de organización familiar, incorporación de la mujer al ámbito laboral, avances tecnológicos y nuevos adelantos médicos, entre otros), repercute en un incremento de las necesidades sanitarias y de la distribución de servicios sociales para la población de edad.

De tal forma que envejece el individuo y envejece la sociedad. Al considerar la etapa del envejecimiento, se plantea un problema social de primer orden, en cuanto las personas mayores como grupo diferente e importante en el ámbito demográfico, con rasgos culturales específicos, intereses propios, que requieren que la sociedad garantice el incremento de su bienestar y que conlleve el desempeño de roles que den sentido a sus vidas, además del desarrollo de actitudes distintas a las actuales con las que se dé fin a la marginalidad y al desarraigo, a la inseguridad, a la falta de calidad de vida y a todos los prejuicios, mitos y estereotipos, que forman parte del imaginario social, que envuelven al proceso de envejecer. (Salvarezza, 2005).

El término *envejecimiento* ha llevado consigo una connotación negativa en el mundo occidental (Neugarten, 1999), que abarca los planos físico, social y psicológico del individuo. A menudo, los mayores problemas surgen a causa de las reducciones de las capacidades; en consecuencia, los efectos de éstas son: una menor efectividad del autoconcepto (entre otros problemas de tipo psicológico) y de las interacciones sociales con los demás.

En los cuadros uno y dos se presentan las características biológicas, psicológicas y sociales relacionadas con el envejecimiento patológico, así como aquellas presentes en el envejecimiento normal o exitoso, información retomada de Quintero y González (1997) y Quintero y Trujillo (1992) respectivamente.

Cuadro 1
Envejecimiento patológico (senilidad)

Biológico	Psicológico	Social
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envejecimiento prematuro de órganos. ▪ Procesos morbosos descompensados. ▪ Hospitalización frecuente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida progresiva o irreversible de procesos psicológicos. ▪ Mal enfrentamiento al estrés y autovaloración negativa. ▪ Sentido pesimista de la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida total de roles sin sustitución. ▪ Ausencia de Apoyo social. ▪ Baja autovaloración, dependencia, soledad, conflictos generacionales e inactividad.

Cuadro 2
Envejecimiento normal o exitoso (senectud)

Biológico	Psicológico	Social
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sincronismo en el envejecimiento de órganos. ▪ Procesos morbosos diagnosticados con tratamiento y control periódico. ▪ Hospitalización no frecuente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desintegración o pérdida de algunos procesos psicológicos que pueden ser compensados. ▪ Buen enfrentamiento al estrés y autovaloración positiva. ▪ Sentido optimista de la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sustitución o evolución de roles. ▪ Apoyo social. Posibilidades de autonomía. Contactos familiares y amistosos. Actividad. ▪ Discrepancias intergeneracionales no disruptivas.

A partir de esta información, se detallan, a continuación, algunos de los aspectos del envejecimiento implicados en las dimensiones biológica, psicológica y social del adulto mayor.

Envejecimiento físico

A continuación, se hace una somera revisión del aspecto físico, dado que este ámbito corresponde al campo de la medicina; sin embargo, es conveniente señalar algunos aspectos derivados de este aspecto, que pueden incidir en las dimensiones psicológica y social.

El envejecimiento es un proceso natural que se acompaña de cambios fisiológicos de diversa índole, que poco a poco van derivando en fragilidad física y mental que facilita la presencia de enfermedades. Los años no pasan en vano, ya que el aspecto corporal, la piel, los sentidos y la motricidad muestran el desarrollo de este proceso.

Una consideración al respecto es que cada organismo es individual, con una historia, una personalidad y un conjunto de circunstancias en el presente que le son únicas. Cada alteración tiene un impacto que es único y diferente para cada individuo afectado. (Kalish, 1999).

Es conveniente mencionar que el funcionamiento sensorial cognitivo y psicomotor está altamente interrelacionado. Lo que afecta a alguna de estas capacidades afectará directa o indirectamente a las demás.

De acuerdo con Mishara y Riedel (2000):

La apariencia varía al envejecer, el cambio se produce lentamente y no puede ser percibido con facilidad; los principales cambios superficiales se encuentran ligados a las variaciones estructurales subyacentes, tales modificaciones en la apariencia corresponden al sistema piloso y a la estatura. (p. 44).

Los cambios fisiológicos que se producen a partir de la sexta década de la vida comportan una complejidad. Éstos pueden predisponer la aparición de varias enfermedades en forma simultánea. Al presentarse juntas dichas dolencias, se potencian entre sí y, además, enmascaran el curso natural de cada una de ellas, ya que se desfiguran los síntomas y signos individuales característicos.

En principio, es fundamental saber que el envejecimiento no es una enfermedad. Se debe considerar que existen enfermedades propias del envejecimiento, de la misma manera en que se habla de enfermedades propias de

la infancia, adolescencia o de la vida adulta. Pero el envejecimiento no es patológico. El envejecimiento normal es un concepto estadístico; en el cual, según Barquín (1999), “se admiten una o dos patologías crónicas: artrosis, cataratas, trastornos sensoriales auditivos, hipertensión arterial, osteoporosis, todos estos trastornos son prevalentes en las personas mayores”. (p. 68).

Al respecto, González (2000a) menciona:

Las enfermedades más importantes de la vejez son: cardiopatías, cáncer, accidentes cerebrovasculares, demencia. Esta última es padecida por un 4% de individuos mayores de 60 años y alrededor del 20 al 24% en individuos que sobrepasan los 80 años. Por ello, otra cuestión muy importante, vinculada a esta diferencia entre enfermedad y envejecimiento, es que si bien la demencia es la gran preocupación de la vejez, no debe considerarse una parte del envejecimiento. Es cierto que existe un trastorno de la memoria asociado a la edad, también llamado olvido benigno de la senescencia. Se presenta en 38% de la población contra un 37% que no lo manifiesta. Estas dificultades de la memoria son propias de una declinación y no de un deterioro. La declinación pasiva es un proceso esencialmente cronológico, no patológico, que tiene su peso en la consideración de un envejecimiento no exitoso, mas no tiene el mismo significado de la palabra deterioro, que es la que se aplica a lo que ocurre en la enfermedad llamada demencia. (pp. 26-29).

En cuanto a los cambios relacionados con la edad, éstos son: modificaciones en piel, alteraciones óseas y articulares, fallas en la termorregulación, defectos visuales, olfatorios, gustativos y auditivos; a lo que se suman los del sistema nervioso: disminución del volumen cerebral, más evidente en el hombre que en la mujer.

En cuanto a los cambios estructurales, Mishara y Riedel (2000) refieren lo siguiente:

Al aumentar la edad, el cuerpo experimenta transformaciones en su estructura metabólica y celular, así como en la distribución de sus diversos elementos. Por ejemplo, en el nivel de las células y de los tejidos, existe

una pérdida de ciertos componentes como el ADN y un aumento de los tejidos grasos y fibrosos a expensas de los tejidos delgados [...] con la edad, el cuerpo sufre cuatro modificaciones principales en su composición global; éstas poseen importantes implicaciones para el régimen alimenticio y la medicación [...]. De los 20 a los 80 años la masa magra del cuerpo disminuye en un 17%. De los 20 a los 70 años la proporción de grasa aumenta en un 35%. Entre los 20 y los 80 la cantidad total de agua en el cuerpo disminuye en un 17%, mientras que el volumen plasmático aumenta en un 80%. Estas transformaciones tienen repercusiones en la dispersión de las sustancias en el cuerpo; de éstas la más importante concierne a la distribución. De ahí que se establezca relación entre la edad y el efecto producido por ciertos agentes terapéuticos empleados por las personas de edad. Esto quiere decir que se requiere mucho más tiempo para que el efecto producido por el medicamento pase del máximo a la mitad. Las sustancias permanecen, en consecuencia, más tiempo en el cuerpo, lo que tiene como resultado que su absorción siga haciendo aumentar su concentración en el organismo. (pp. 45-46).

Además, dichos autores agregan que la aparición de arrugas en la piel está ligada a ciertas modificaciones de los tejidos grasos subcutáneos, así como a una pérdida de la elasticidad. Asimismo se observa una hipertrofia de las células de pigmentación del sistema histológico, que producen manchas coloreadas llamadas *lentigo senilis*; las glándulas sudoríparas y sebáceas se atrofian, lo que proporciona a la piel su apariencia reseca y obstaculiza el proceso normal de sudoración, de tal manera que, se ve disminuida la tolerancia al calor.

Los trastornos más característicos de la edad avanzada afectan sobre todo al sistema locomotor, como es el caso de la artrosis y la osteoporosis. Las alteraciones del sistema nervioso, como la enfermedad de Alzheimer o la demencia senil, suelen ocurrir en esta etapa. Por su parte, el cáncer, en cualquiera de sus manifestaciones, presenta una mayor incidencia durante los años de la vejez. (Moragas, 1998).

La progresiva debilidad de los huesos, especialmente en el caso de las mujeres, unida a la aparición de trastornos circulatorios y artríticos que afectan el equilibrio, o bien los efectos secundarios, como el mareo, de ciertos fármacos, además de la disminución progresiva de los reflejos propios de la edad, hacen de las caídas, el accidente más frecuente en las personas mayores de 60 años. En la ancianidad, un número importante de fallecimientos se deben a una caída o a las complicaciones derivadas de ésta.

En general, durante esta etapa es aconsejable sustituir la consulta a distintos especialistas por la de un facultativo en geriatría, capacitado para tratar globalmente las alteraciones y las enfermedades específicas de esta etapa de la vida. Los métodos de tratamiento suelen basarse en medidas asistenciales, consejos dietéticos, fisioterapia y psicoterapia.

Para Hayflick, (1999) “el objetivo del tratamiento de los problemas de salud más frecuentes durante la edad avanzada constituye, junto con la curación y el alivio de los trastornos físicos, la estimulación de la personalidad, la autonomía y la actividad de la persona, tríada básica para conseguir un envejecimiento satisfactorio”. (p.110).

Se debe tomar en cuenta que cuando las obligaciones derivadas de la actividad profesional desarrollada a lo largo de la vida y las propias del cuidado y la educación de los hijos pasan a formar parte del pasado, el adulto mayor tiene ante sí un periodo para llevar a cabo muchas de las actividades a las que debió renunciar a favor de dichas obligaciones. Su vida, en esta última etapa, se verá notablemente beneficiada si se mantiene activa, en la que el interés intelectual y el ejercicio moderado, pero habitual, prevalezcan frente a los efectos negativos de las posibles dolencias crónicas propias de la edad.

Al respecto Kalish (1999) sostiene lo siguiente:

El darse cuenta de que no se pueden realizar algunas tareas puede ser causa de depresión, especialmente desde el momento en que esto coincide con otras pérdidas, tal como la muerte de amigos o el reconocimiento de que cualquier otra promoción va a ser probablemente imposible. La demanda más importante hecha sobre la vejez es que se sea capaz de

realizar actividades sustitutivas y que se mantenga un alto sentido de satisfacción con la vida. (p. 57).

Cuando los procesos del envejecimiento no son favorables, existen recursos que coadyuvan a enlentecer o bien, si es el caso, hacer reversible dichos cambios; siempre y cuando proporcione comodidad y le resulte agradable el pasar por este proceso sin un grave decremento de la integridad física; lo cual, a su vez, repercutirá en la visión que tenga la persona de sí misma y de su situación de vida.

Cabe aquí señalar que un aspecto que favorece el envejecimiento psicológico es la capacidad de adaptación del adulto mayor.

Características psicológicas del envejecimiento

En el ámbito psicológico, se producen cambios, sin duda, muy significativos que se relacionan con la vivencia de pérdida y el trabajo de duelo que lleva a elaborar esas pérdidas.

La jubilación, la independencia de los hijos y las muertes cercanas son de las más impactantes que se tienen. Estos cambios y vivencias son procesos normales, y no tienen nada que ver con enfermedad. (Moragas, 1998).

El pasado se constituye como un recurso natural de la persona que ha tenido una larga vida de experiencias variadas. Valerse de este tiempo permite a la persona dar más valor a su vejez al compartir sus reflexiones sobre sus circunstancias de vida, tanto personales como sociales.

Para Castellá (1997), la adaptación a esta etapa:

Correspondería al despliegue de los valores más elevados y propios del ser humano; en donde la madurez humana alcanza su máxima expresión. La ancianidad es en potencia la edad de la sabiduría. El ser humano auténticamente sabio es siempre anciano, lo cual no significa que llegar a viejo sea ser sabio. Ya que sabio es aquel que sabe saborear la vida. (p. 234).

Cuando se le permite compartir su pasado al adulto mayor, se le está brindando la oportunidad no sólo de compartir lo vivido, sino de desarrollar una perspectiva

renovada de su devenir existencial. Puede no sólo resultar una evaluación más positiva del pasado, sino también una actitud confiada hacia el presente y el futuro. Al adulto mayor le resulta más fácil asumir una actitud positiva acerca de los logros si se tiene a alguien a la mano para que los confirme.

En el aspecto positivo, el adulto mayor recurrirá frecuentemente a su pasado en un esfuerzo por apuntalar su seguridad. Esta confianza le ayudará a seguir adelante y a continuar demostrando su competencia. (Moragas, 1998). Cabe señalar que en el hecho de recordar se encuentra implícito el propio cierre de la vida, ante la inminencia de la muerte.

En esta etapa de la vida se presenta una mayor tendencia a hacer un balance, una introspección en más profundidad, siendo necesaria la reflexión.

Moragas (1998) al respecto comenta:

En la que cuestiones como: renuncia, adaptación a las pérdidas del trabajo, los amigos, el esposo, el abandono del sentido de la competitividad y la autoridad [...] la reconciliación con miembros de la propia familia, los propios éxitos y los propios fracasos [...] la definición de la tristeza frente a la muerte de los demás, pero también frente al acercamiento de la muerte del yo [...] la necesidad de conservar un sentido de la integridad en términos de lo que uno ha sido más de lo que uno es [...] la preocupación por el legado [...] la forma de dejar huellas de uno mismo [...] la psicología de la supervivencia [...]. Todas éstas son cuestiones psicológicas. (p. 96).

Aspectos sociales del envejecimiento

La pérdida de la función social es particularmente traumatizante de acuerdo con Laforest (1991), puesto que “los roles sociales son normalmente fuentes de pertenencia dinamismo y valoración”. (p. 84).

Aunado con lo anterior, se debe considerar el efecto de devaluación que producen los estereotipos negativos que crea la sociedad respecto a la vejez y que los adultos mayores, producto de esa misma sociedad, han ido asimilando en las etapas anteriores de su vida.

Esta tendencia a la marginalización, rechazo, temor, desagrado, negación, agresión, todas actitudes ligadas entre sí, operan discriminando a la persona que envejece.

La falta de comunicación de afectividad y la incompreensión por parte de la familia son factores determinantes y creadores de tristeza y de enfermedades (Salvarezza, 2005). Por ello se dice que la vejez es una etapa caracterizada por la multiplicidad de cambios, pérdidas y elaboración de duelos. A continuación, se bosquejan las actitudes, cambios y pérdidas que se presentan en lo que compete a la dimensión social.

La vejez y el envejecimiento no deben contemplarse como un panorama sombrío. Los cambios psicológicos y sociales, que suelen darse, deben comportar una actitud positiva. No se trata de esperar un hecho dramático, que les abra las puertas del más allá, sino de esforzarse.

Por tanto, el trabajo y cuidado de adultos mayores debe contribuir positivamente su proceso, no se trata de llenarles el tiempo, o que realicen cualquier actividad. Los adultos mayores requieren de situaciones que les puedan proporcionar un sentido, en cuanto que les signifiquen una forma real de pertenencia social. Estar interesados es esencialmente un estado humano, un estado de ser persona, una manera de situarse en relación con el mundo. Puede ser que con la edad la aptitud de actuar disminuya, pero la persona será siempre la persona (a menos que por serios desajustes mentales o emocionales se encuentre disminuida). Hay incontables actividades y motivos de interés a disposición de los adultos mayores. La actividad y el interés por una o varias cosas son los ingredientes de una buena vida.

Un campo poco trabajado para estudiar los pormenores de la familia ante el cuidado de los adultos mayores es la propuesta teórica existencial, la cual visualiza dos áreas en particular: En lo social, apunta a señalar la importancia de contar con espacios adecuados para las personas mayores a partir del reconocimiento social de intereses, necesidades y expectativas. En lo personal, tiende a revalorizar esta edad como una etapa de la vida con sentido y valor propio, para ello, los adultos mayores habrán que prepararse para vivirla conforme

a las posibilidades, que como ciclo del desarrollo humano presenta. (García, 2003).

Este último tránsito en la vida, comprensible a través de una interpretación noética de la vejez, se centra en la persona y sus posibilidades de trascendencia y plenitud, las cuales permiten resignificar el ser viejo e identificar las características, condiciones y valores presentes en esta etapa de la existencia humana, que es entendida como una continuidad; de esta forma se establece una visión positiva, constructiva, humana y de vida activa tanto para los adultos mayores como para sus cuidadores.

Gallo y Kasses (2009) indican:

El hombre, en el transcurso de su vida, pasa por distintas etapas de desarrollo, signadas por crisis existenciales, propias de los procesos de adaptación a los requerimientos resultantes de los distintos roles a asumir. De todas estas crisis, sin lugar a dudas, dentro de las conflictivas está la vejez.

Si se considera al hombre como una entidad conformada tanto física, como espiritualmente, la etapa del adulto mayor deja de ser una etapa signada por la pérdida o declinación, pues si bien el decaimiento físico es innegable, se incrementa la libertad para crecer en lo espiritual.

Otra idea consiste en identificar a la vejez con la muerte, también erróneo, pues, la muerte es una situación que puede acaecer en cualquier momento. Si bien es cierto que la muerte está más cercana, ello no implica que en la vejez no pueda haber vida. Por el contrario, la vejez es también un momento de realizaciones y de crecimiento. La vida, en la vejez, no es sólo subsistir, por el contrario, es darle un sentido a cada instante que se viva, se debe aceptar el desafío de investigar y buscar nuevos horizontes.

Derivado de lo anterior, es válido señalar que se tiene un vacío de información respecto a la vejez y respecto del proceso de ser adulto mayor, que suele complementarse con una serie de concepciones falsas que han sido tomadas como mitos, y que García (2003, p. 186) a través de sus investigaciones con adultos mayores ha clasificado en:

- Mitos sociales: los ancianos son improductivos, pasivos, no pueden aprender cosas nuevas, perdieron su capacidad de trabajo.
- Mitos culturales: ya no tienen intereses culturales; quedan fuera del circuito “porque no les interesa”.
- Mitos familiares: el mito que más circula es que convivir con un viejo es muy complicado.
- Mitos sexuales: la sexualidad en la vejez es innecesaria e imposible, si algún individuo experimenta deseos sexuales o busca tener relaciones sexuales, entonces es un enfermo.

Estos mitos conforman la idea de que la vejez es una edad aterradora, en la que todo se pierde, como si se tratara de un arquetipo deficitario, lo cual resulta incomprensible dentro de los postulados franklianos, en los cuales el hombre es posibilidad de lo posible y, por tanto, siempre podrá optar por ser diferente. Cuando sus circunstancias de vida no le brinden lo anterior habrá siempre un ser humano a quien apelar para hacer realidad lo anterior. Aquí la familia del anciano es un aspecto nuclear para su cuidado y acompañamiento.

Por ello, la elección de otra manera de visualizar esta experiencia resulta conveniente, ya que rehúsa a atribuir, a esta última etapa de la vida, una concepción pesimista y carente de esperanza. De esta manera, se silencian los aspectos negativos y se insiste en los positivos: la etapa del adulto mayor conlleva el perfeccionamiento de una plenitud, una edad de sabiduría y de serenidad, una experiencia de crecimiento. (Laforest, 1991).

Así y sólo así, se llega al concepto de vejez que integra y trasciende una situación existencial de crisis, un conflicto íntimo, experimentado entre la aspiración natural al crecimiento y la decadencia biológica y social consecutiva al avance en años.

García (2003) enfatiza:

Desde mi punto de vista, se habla siempre igual, no ha cambiado el contenido del discurso, manteniendo en muchos casos una intención piadosa que a veces llega a ser humillante. Y creo que esto ocurre porque cuando hablamos de los ancianos lo hacemos desde “los otros”, se habla

“de ellos”, de “los otros”. Como si la vejez fuera algo que le ocurre a los otros y nunca me ocurrirá a mí. Como si no comprendiéramos que existen sólo dos alternativas: morirse joven o llegar a viejo, y que esta última siempre ha de ser preferible antes que la primera [...]. Carecemos de la conciencia –o nos negamos a ella– de DARNOS CUENTA que estamos hablando de “nuestros otros”, hablamos de “nosotros”, de “nosotros mismos envejeciendo. (p. 184).

Darse cuenta, para este autor, implica básicamente tres aspectos (p. 185):

a) *Mirarnos, conocernos, comprendernos, aceptarnos como seres itinerantes que transitamos la vida hacia un destino de realización personal.*

b) *Ver a la vejez como una denuncia, una demanda y un proyecto.*

- Denuncia: La fugacidad de la vida.
- Demanda: Hacer algo; que esa vida sea aprovechada.
- Proyecto: Prepararnos para recibirla, cuando llegue, con la actitud necesaria como para vivirla plenamente.

c) *También implica ansiedad, miedo, temor, angustia.*

Por lo general, se le tiene más miedo a la vejez que a la muerte, fundamentalmente porque la muerte parece tener una respuesta para todos, pero la vejez parece ofrecer: desprecio abandono, soledad, enfermedad, carencias económicas. Tal visión solo devela ignorancia e indiferencia.

Releer el significado de ser viejo y descubrir el quehacer o las tareas de desarrollo que ello implica, revalorizar la vejez en su propia realidad peculiar y significativa, e igualmente, poner en manifiesto que una sociedad o comunidad que no respete y potencie la participación de las personas de edad, constituye un conjunto de seres humanos que niegan una etapa de sí mismos. Son aspectos puntuales de una visión más existencialista y no asistencialista, con la finalidad de poder visualizar al ser humano a la luz de su realidad como ser y no del deber hacer, y que busca, de acuerdo con García (1994, pp.73-75), contribuir a:

- Resignificar la vejez y sus posibilidades de trascendencia a través de los valores recreativos, experienciales y de actitud.
- Descubrir el propio quehacer o tarea que como etapa vital presenta; ya que es considerado el desarrollo humano como un continuo, marcado por fases o etapas que, si bien cada una de ellas tiene su propia razón de ser, adquieren su sentido pleno cuando son explicadas desde la existencia personal como totalidad.
- Superar mitos y prejuicios personales y sociales arraigados en una concepción funcionalista de la vejez como etapa de vida.

Detrás de una eficaz adaptación, habrá una persona sana, madura, integrada, que asume el envejecimiento personal como un proceso natural, implícito en la condición humana. Por tanto, envejecer es una vivencia personal, impredecible, única en la existencia: es la gran lección que día con día da la vida. En la cual se revaloriza la propia realidad peculiar y significativa en sí misma y en razón de la vida personal como un todo.

Toda dinámica procesual lleva implícita la presencia de una condición y de un riesgo; la condición es pasar de una etapa a otra; de esta manera, se consume el para qué de cada una de ellas; el riesgo es no poder cumplir con esa condición y quedarse detenido, fijado, en un punto cuando lo esperable es que siga su tránsito. Es decir, el hombre tiene como finalidad de su existencia transcurrir en forma libre y madura en cada una de las etapas que conforman la vida, de tal manera que al llegar a ser adulto mayor, estos logros le faciliten la vivencia de esta edad.

Pertenecer a un grupo familiar tiene un peso posiblemente mayor en el caso de la vejez, debido a que se es autor de esa familia. No es lo mismo pertenecer a un sistema familiar maduro que a uno inmaduro; formar parte de un grupo sobreprotector o de un grupo tipo clan ubica a la persona en una función de centro, objeto de presiones e inhibiciones diversas; en tanto que formar parte de un grupo distante o bien estar ubicado en un lugar orbital conduce a que de vez en cuando, a la persona, se le tome en cuenta si corre con suerte. De acuerdo a cómo sea la estructura familiar, la dinámica que la organiza y la historia de vida, la actualidad del adulto mayor se verá favorecida o perturbada.

Metodología científica

Hipótesis

La atención y cuidado de un adulto mayor conlleva la presencia de estrés e implicaciones psicológicas para la familia.

Objetivo general

Determinar el nivel de estrés e implicaciones psicológicas tales como: depresión, resiliencia y capacidades personales y existenciales en familiares a cargo del cuidado de adultos mayores.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de estrés en familiares a cargo del cuidado de adultos mayores.
- Identificar el nivel de depresión en familiares a cargo del cuidado de adultos mayores.
- Identificar el nivel de resiliencia en familiares a cargo del cuidado de adultos mayores.
- Identificar las capacidades personales y existenciales en familiares a cargo del cuidado de adultos mayores.
- Establecer los índices de confiabilidad y validez de las escalas utilizadas para la población de estudio.

Variables

Estrés

Definición conceptual

Lazarus y Folkman (1991) señalan que el estrés indica el estado que se produce en un ser viviente, como resultado de la interacción del organismo con estímulos o circunstancias nocivas, es un estado dinámico del organismo, no un estímulo, ataque, carga, símbolo, peso, ni aspecto alguno del entorno interno, externo, social ni de cualquier otra clase.

Definición operacional

Puntaje obtenido por los adultos mayores en las dimensiones que integran la Escala de Acontecimientos Productores de Estrés.

Depresión

Definición conceptual

De acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (1997), de la Asociación Americana de Psiquiatría, la depresión se ubica dentro de los trastornos del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor que se asocia con lo siguiente:

- Pérdida de apetito, acompañada de pérdida de peso o incremento del apetito, acompañado de aumento de peso.
- Insomnio o somnolencia excesiva (hipersomnia).
- Hiperactividad o inactividad física.
- Pérdida de interés o placer en las actividades habituales o disminución del apetito sexual.
- Pérdida de energía; sensación de fatiga.
- Sentimiento de inutilidad, autorreproche o de culpabilidad sin motivo.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
- Ideas recurrentes de muerte o de suicidio.

Existe un espectro para la depresión clínica, que oscila entre sentimientos leves de depresión y consideraciones serias de suicidio. Los criterios para la depresión leve son:

- Disminución de la autoestima o falta de confianza en sí mismo.
- Pesimismo, sentimientos de desesperanza o desesperación.
- Pérdida de interés o de capacidad para el placer en las actividades habituales.
- Retraimiento de las actividades sociales.
- Fatiga o aletargamiento.
- Sentimiento de culpa o reflexión excesiva sobre el pasado.
- Irritabilidad o enfado excesivo.

- Disminución de la productividad.
- Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.

Definición operacional

Puntaje obtenido por los adultos mayores en las dimensiones que integran la Escala de Automedición de la Depresión.

Resiliencia

Definición conceptual

Saavedra (2003), señala que la persona resiliente es aquella capaz de establecer relaciones sociales Constructivas, tiene un sentido de sí misma positivo, dimensiona los problemas, tiene sentido de esperanza frente a las dificultades, extrae significado de las situaciones de estrés, desarrolla iniciativa y se fija metas posibles de alcanzar.

Definición operacional

Puntaje obtenido por los adultos mayores en las dimensiones que integran la Escala de Resiliencia.

Dimensión existencial

Definición conceptual

De acuerdo con Längle y Orgler (citado en Boado 2002), la dimensión existencial es la “[...] capacidad de poder ser uno mismo, en medio de la propia realidad somática, psíquica y social, como así también de contender satisfactoriamente con las circunstancias propias y ajenas” [...] “Rasgos de competencias personales y existenciales, en correspondencia con el trato diario consigo mismo y con el mundo”. (p. 30).

Definición operacional

Puntaje obtenido por los adultos mayores en las dimensiones que integran la Escala Existencial.

Tipo de estudio

La investigación será de campo, de tipo descriptivo, con la finalidad de identificar el nivel en que se están presentando las variables de estudio en familiares cuidadores de adultos mayores.

Se trabajará con un diseño ex-post-facto, el cual se utiliza para explicar un fenómeno que ya ocurrió. No se puede controlar, dado que las personas fueron socializadas a través de sus vidas. (Coolican, 2005).

Muestra

Se trabajará con una muestra no probabilística de tipo propositivo, conformada por 200 familiares cuidadores de adultos mayores en instituciones dedicadas a la atención y cuidado de adultos mayores, tales como IMSS, ISSEMyM, DIF, clubs de la tercera edad; así como centros religiosos, mercados, plazas públicas, ubicados en los municipios que conforman el Valle de Toluca.

Instrumentos

De acuerdo con los objetivos planteados en esta investigación se aplicarán las escalas de Acontecimientos Productores de Estrés, Automedición de la Depresión, Escala de Resiliencia y la Escala Existencial A continuación, se describe cada una de ellas:

a. Escala de Acontecimientos Productores de Estrés

La Escala de Acontecimientos Productores de Estrés de V. Caballo, fue publicada en 1994. Consta de 52 ítems con intervalos que van de 1 a 10, para obtener los niveles de percepción de acontecimientos productores de estrés, el autor señala al intervalo de 1 a 3 cuando las personas perciben el evento como generador de muy poco estrés, al intervalo de 4 a 6 como término medio y de 7 a 10, cuando el evento es considerado como generador de muchísimo estrés. La puntuación global se obtiene a partir de la suma de los números marcados para cada reactivo.

Sus instrucciones son simples y se encuentran impresas como cualquier prueba de lápiz y papel. El tiempo de aplicación es de aproximadamente de 10 minutos, aunque no hay límite de tiempo.

Las personas tienen que marcar o encerrar en un círculo cada uno de los números que seleccionen, sólo deben señalar un número por reactivo.

El autor de la escala dividió los ítems en catorce factores: Sufrimiento por agresión personal, Eventos positivos con otra persona significativa, retirar derechos básicos personales, problemas con otras personas significativas, mala salud o muerte de otras personas significativas, sentirse fuera del grupo social al que pertenece, haber sido víctima de abuso sexual y maltrato sexual, cambio de ocupación o residencia, agresión física del ambiente, falta de recursos para manejar una situación, falta de recursos económicos, eventos negativos con otras personas significativas, matar a alguien/dificultades en el trabajo, cambios importantes en la vida.

El instrumento fue adaptado para muestras mexicanas por Delgadillo y Valdez en 1998, con un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de .94, lo cual indica una buena consistencia interna del instrumento.

b. Escala de Automedición de la Depresión (EAMD)

Descripción de la prueba

La Escala de Automedición de la Depresión, de Zung, se publicó en 1965 por el doctor William W. K. Zung y N. C. Durhman, profesores e investigadores de psiquiatría del Centro Médico de Veteranos y miembros de la Asociación Mexicana de Psiquiatría.

La EAMD mide cuantitativamente la depresión en pacientes de todas las edades, así como su clasificación en diferentes categorías clínicas. No está destinada a diferenciar la depresión como enfermedad. Sirve, más bien, para medir cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin tomar en cuenta el diagnóstico. En consecuencia, las puntuaciones altas no son en sí mismas un diagnóstico, sino una indicación de la presencia de síntomas que pueden tener importancia clínica.

La escala consta de 20 ítems: 10 de ellos expresados en forma negativa y 10 en forma positiva; en los cuales, el paciente tiene cuatro opciones de respuesta: a) nada o pocas veces, b) algunas veces, c) muchas veces y d) la mayoría de las veces o siempre. Los ítems se encuentran distribuidos en tres factores: Afectivo

persistente, Equivalente fisiológico y Equivalente psicológico; el tiempo para su aplicación es de cinco minutos aproximadamente.

La calificación se lleva a cabo por medio de una plantilla transparente que contiene grabadas las calificaciones que corresponden a cada columna del cuadro que van de 1 a 4 para cada declaración, se suma el puntaje total de cada uno de los ítems. Esta calificación básica se convierte en un índice basado en 100 (índice EAMD); una vez obtenido, se deduce el diagnóstico final ubicando los puntajes de la siguiente manera:

La escala se ha considerado muy confiable en el tratamiento con antidepresivos, en pacientes hospitalizados; aunque otros la han considerado insensitiva ante cambios por inducción de drogas. (Zung, 1965).

De acuerdo con lo referido es que se consideró pertinente el uso de esta escala, dado que mide síntomas físicos sin base orgánica aparente, depresiones ocultas, o también llamadas enmascaradas.

Lara Tapia y colaboradores, en 1976, adaptaron y estandarizaron la escala en México, a través de cinco grupos de sujetos sanos, enfermos psiquiátricos y no psiquiátricos. Estos autores concluyeron que las normas estándar de la escala original son válidas, con ligeras modificaciones para su aplicación en nuestro medio.

c. Escala de Resiliencia (SV-RES)

La escala fue construida por Saavedra y M. Villalta (Saavedra, 2005). Consta de 60 ítems, divididos en 12 factores específicos de resiliencia. Dicho instrumento cuenta con las siguientes ventajas: Posee una base teórica sólida, articulando dos modelos, a saber, el modelo de Edith Grotberg (1996) y el modelo de Eugenio Saavedra (2003). Es un instrumento de fácil aplicación, que cuenta con un razonable número de ítems (60) y sus alternativas son de fácil respuesta. Su tiempo de aplicación es breve, llegando a 20 minutos en promedio. Su formato es de bajo costo, siendo tres páginas impresas. Su tabulación resulta sencilla y de fácil vaciado en una base de datos. Permite obtener un puntaje global de resiliencia y puntajes por áreas.

Las dimensiones que mide el SV-RES son: Identidad, autonomía, satisfacción, pragmatismo, vínculos, redes, modelos, metas, afectividad, auto eficacia, aprendizaje y generatividad. El estudio de la validez arrojó un $r = 0,76$ y confiabilidad medida a través del alfa de Cronbach es de 0,96.

d. Escala Existencial (EE)

Descripción de la prueba

El nombre original de la escala es *Existenz-Skala* (Escala Existencial) fue elaborado por A. Längle, C. Orgler y M. Kundi. La escala se editó por primera vez en el 2000 por la editorial Beltz Test, en Viena, Austria. La traducción de la escala, del idioma alemán al castellano, fue realizada por Boado (2002).

El objetivo de la escala es documentar empíricamente la dimensión existencial de la persona desde la visión de la logoterapia. Para ello, evalúa las competencias personales y existenciales de la persona para poder tratar consigo mismo y con el mundo.

Esta competencia personal-existencial se refiere a la capacidad de poder ser uno mismo, en medio de la propia realidad somática, psíquica y social, como así también de habérselas satisfactoriamente con las circunstancias propias y ajenas. Las preguntas de esta escala se encuentran orientadas hacia los logros que ha tenido la persona en la configuración de una existencia plena, llena de sentido, con la ayuda de sus fuerzas personales. En suma, las respuestas consignadas no son evaluadas como verdaderas o falsas, positivas o negativas, ya que lo que se pregunta está referido a las capacidades personales-existenciales en el dominio de las situaciones cotidianas y vitales. Tampoco evalúa salud-enfermedad, ya que las capacidades personales-existenciales pueden ser evaluadas aun en la enfermedad.

Respecto a la administración de la escala, ésta puede ser individual o colectiva. Se solicita a la persona que evalúe intuitivamente en un continuo que va de SÍ absolutamente a NO absolutamente, en qué medida le conciernen cada una de las 46 aseveraciones. No se da límite de tiempo. Los ítems constituyen dos escalas denominadas: Medida P y Medida E, las cuales a su vez se subdividen en cuatro subescalas: Autodistanciamiento, Autotrascendencia, Libertad y Responsabilidad

Dicha escala puede auto-administrarse. Las respuestas son las siguientes: SÍ absolutamente; SÍ, pero con reservas; más bien SÍ; más bien NO; NO, pero con reservas y NO absolutamente:

La mayor parte de las preguntas son polarizadas negativamente, lo cual quiere decir que optar por NO absolutamente es buen resultado. Sólo seis aseveraciones salen de este marco, y responder SÍ absolutamente es una respuesta óptima. Estos ítems son el 2, 15, 21, 26, 36 y 42, los cuales se califican inversamente, es decir, de 1 a 6 según sea el caso.

Para los cómputos parciales se establecen los valores obtenidos para las cuatro sub-escalas que resultan de la suma de los puntajes asignados a cada aseveración. Luego se establecen la medida $P = AD + AT$, y la medida $E = L + R$. Posteriormente, se suman los valores de las medidas P y E para obtener el valor total.

Los estudios de confiabilidad realizados por Orgler y Längle (citado por Boado, 2002) con 1028 personas provenientes de diferentes sectores poblacionales que abarcaron casi la totalidad de Austria dieron como resultado un coeficiente Alfa de Cronbach de .93 para todo el test. Para los sub-tests, los coeficientes de confiabilidad fueron: Autodistanciamiento .70, Autotrascendencia .84, Libertad .82, Responsabilidad .83, Factor-P .87 y Factor-E .90.

Por otra parte, Orgler y Längle (2000) seleccionaron 46 ítems de un total de 138, por medio del método estadístico de correlación ítem-valor total.

Asimismo, con el fin de validar la técnica, la correlacionaron con el Inventario de Personalidad, de Eysenck (EP1) y el Purpose-In-Life, de Crumbaugh, J.O. y Maholick, L.T. (PIL Test). En ambos casos se obtuvo un índice de validez concurrente. También se tuvieron en cuenta criterios de validación externa (estar satisfecho con el destino) y validación interna (los esfuerzos realizados para configurar la vida). Analizando los resultados, se concluyó que los puntajes altos en el test eran logrados por personas que mostraban gran satisfacción consigo mismas y muy buena aceptación de las circunstancias externas.

Rage, Tena y Derbez (2001) obtuvieron la validez y confiabilidad de la Escala Existencial en una muestra de profesores universitarios mexicanos. Se

realizó un análisis factorial con rotación varimax con normalización de Kaiser, el cual permitió obtener 11 factores y no cuatro subescalas como lo sugieren sus autores. La varianza explicada total fue de 74.81%, con un Alfa de Cronbach de .943.

Procedimiento

- Se contactaran familiares cuidadores de adultos mayores en instituciones dedicadas a la atención y cuidado de adultos mayores, tales como IMSS, ISSEMyM, DIF, clubs de la tercera edad; así como centros religiosos, mercados, plazas públicas, ubicados en los municipios que conforman el Valle de Toluca .
- Se les informará sobre los aspectos generales y el objetivo de la investigación.
- Se les solicitará su autorización por escrito (consentimiento informado) para participar en la presente investigación.

3.9. Análisis estadísticos

Para obtener los índices de confiabilidad y validez de las cuatro escalas se llevarán a cabo los siguientes análisis estadísticos, utilizando para ello el paquete estadístico SPSS.

- Análisis factorial para probar la validez de cada uno de los instrumentos.
- Alfa de Cronbach para comprobar la confiabilidad de cada instrumento.
- Para establecer el nivel de estrés, depresión resiliencia y las capacidades existenciales y personales se trabajará con las medidas de tendencia central, específicamente la media y la desviación estándar.

Referencias

- Annan, K. (1998). *Discurso al inaugurar el Año Internacional de las Personas de Edad*. Naciones Unidas/División de Políticas Sociales y Desarrollo. Versión en español. España: Centro de Información de las Naciones Unidas.
- Barquin. (1999). Aspectos médicos del envejecimiento. En Aréchiga y Cerejido (Eds.), *El envejecimiento sus desafíos y esperanzas*. México: Aprender.

- Boado, N. (2002). *Escala existencial de A. Längle-C. Orgler- M. Kundi. –Manual introductorio–*. Buenos Aires: Dunken.
- Caballo, V.E. (1994). *The Scale of Stressful Life Events (SSLE)*, Spain: University of Granada.
- Castellá, G. J. (1997). *Paradojas existenciales*. Buenos Aires: San Pablo.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (1999). *Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas*. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx>.
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: El Manual Moderno.
- Delgadillo, G. y Valdez, J.L. (1998). *Las situaciones vitales estresantes en universitarios mexicanos: Un análisis por sexo*. *Revista de Salud Mental*.
- Gallo, P., y Kasses, P. (2009). *Contribuciones para un mejor tránsito a la tercera edad*. Recuperado de <http://www.rediberoamericanadetrabajoconfamilia.org>.
- García, Cl. (1994). *Sobre la rehumanización de la psicología y el proceso de maduración noética*. En E. Lukas, y C. García, *De la vida fugaz*. Buenos Aires: Almagesto.
- García, Cl. (2003). *Cita a ciegas*. Buenos Aires: San Pablo.
- González, Ma. R. (2000b). *Cuando la tercera edad nos alcanza. Crisis o retos*. México: Trillas
- González, R. (2000a). *México en el 2050 será un país de la tercera edad*. México: Cimac.
- Grotberg, E. (2006). *¿Qué entendemos por resiliencia?, ¿cómo promoverla?, ¿cómo utilizarla?*. En: E. Grotberg (Ed), *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades* (pp. 17-57). Barcelona: Gedisa.
- Hayflick, L. (1999): *Cómo y por qué Envejecemos*. Barcelona: Herder.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (INEGI) (2000). *Tabulados básicos Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda*. México: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Kalish, R. (1999). *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.

- Laforest J. (1991): *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Barcelona: Herder.
- Lara Tapia H., Espinosa, R. (1976). La hospitalización psiquiátrica en un sistema de seguridad social (ISSSTE). En *Salud Pública de México*, 18: 901-10.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Mishara, B.T. Riedel R. G. (2000). *El proceso de envejecer*. (3^a ed.). España: Morata.
- Moragas, R. (1998). *Gerontología social*. Barcelona: Albor.
- Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.
- Organización de las Naciones Unidas. (1991). *Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad*. (Resolución 46/91). Recuperado de <http://onu.com.mx>.
- Quintero, G., González, U. (1997). Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada En J. Buendía, (Eds.). *Gerontología y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Quintero, G., Trujillo, O. (1992). Aspectos sociales del envejecimiento. En Rocabruno, J.C., Prieto, O. (Eds.). *Gerontología y geriatría clínica*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Rage, E., Tena, A., Derbez, A. (2001). Confiabilidad y validez de tres instrumentos acerca del sentido de vida. En *Revista Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología*. 6, 1, 63-71.
- Salvarezza, L. (2005). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós
- Saavedra, E. (2003). El Enfoque Cognitivo Procesal Sistémico, como posibilidad de Intervenir educativamente en la formación de sujetos Resilientes. Universidad de Valladolid, España.
- Saavedra, E. (2005). Resiliencia: la historia de Ana y Luis, Liberabit, N° 11. Latindex. Edit. Universidad San Martín de Porres. Lima-Perú
- Zung, W. W. K.(1965). A self-rating depression scale. En *Archives General Psychiatry*, 12, 63-70.