

Confabulaciones y demencia: A propósito de dos casos únicos

Dos diseños de tratamiento para la atención y cuidado del adulto mayor diabético.

Lucía Pérez Sánchez¹, Roberto Oropeza Tena², Judith López Peñazola³, Jose María de la Roca Chiapas⁴

Resumen

Se expone el proceso por el cual se desarrolló una intervención familiar para la atención y cuidado del adulto mayor diabético en dos modalidades de tratamientos. Uno desde una perspectiva de la terapia familiar sistémica, fundamentada en los modelos terapéuticos de Minuchin (1982) y White (1993). El otro en base a una perspectiva psicoeducativa basada en la biblioterapia, con base en el aprendizaje significativo de Ausubel (1982). Como resultados se obtuvieron dos manuales de tratamiento, lo cuales se pilotearon y se llevaron a la práctica clínica, los resultados de estos hallazgos están aún en proceso de análisis pero serán expuestos y publicados en un tiempo no muy largo. Sin embargo se puede constatar como la familia es un pilar básico en la provisión de cuidados del paciente diabético y la participación activa de ésta facilita alcanzar los objetivos para la atención adecuada de su familiar mayor.

PALABRAS CLAVE: Intervenciones, Familia, Cuidado, Adulto Mayor, Diabétes.

Abstract

The following paper describes the process by which a family intervention for the attention and care of the elderly diabetic in two types of treatments design. One from the perspective of systemic family therapy based on therapeutic models of Minuchin (1982) and White (1993). The other based on the psychoeducational view based on bibliotherapy, based on meaningful learning of Ausubel (1982). As a result two treatment manuals were obtained, which was piloted and brought to clinical practice, the results of these findings are still being analyzed but will be exhibited and published in a not very long time. However it can be seen as the family is a cornerstone in the provision of care of the diabetic patient and the active participation of this facilitates

achieving the objectives for the proper care of their elderly relative.

KEYWORDS: Interventions, Family, Care, Elderly, Diabetes.

Introducción

El aumento de la esperanza de vida derivado de los avances científicos que caracterizan esta época, acarrea consigo ciertas problemáticas que deben ser resueltas y atendidas de manera pertinente. En México, la esperanza de vida es de 77 años (77 para mujeres, 72 para hombres) y se espera que para el año 2050 sea de 80 años (INEGI, 2010).

México aún no es un país con población envejecida, pero en pocas décadas lo será; este proceso de envejecimiento de la población implicará una mayor demanda de servicios de salud, pues en este grupo

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2015

Recibido:
09/09/2015

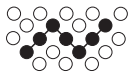
Aceptado:
07/10/2015

(1) Área de Ciencias Sociales y Humanidades Programa Académico Licenciatura de Psicología UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT Av. De la Cultura "Amado Nervo" s/n C.P. 63155 lucia@systemica.com.mx

(2) Facultad de Psicología Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo Francisco Villa No. 450, Colonia: Doctor Miguel Silva, C.P. 58110 scherzo2112@yahoo.com

(3) Facultad de Psicología Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo Francisco Villa No. 450, Colonia: Doctor Miguel Silva, C.P. 58110 judith.lopez.2003@gmail.com

(4) Facultad de Psicología Universidad de Guanajuato Campus León Blvd. Puente Milenio #1001, Fracción del Predio San Carlos C.P. 37670, León, Guanajuato. México josema_delaraoca@yahoo.com.mx



Pérez Sánchez, Oropeza Tena, Lopez Peñazola y de la Roca Chiapas

de edad se presentan mayores tasas de morbilidad y necesidades de atención médica que en el resto. Al mismo tiempo, los padecimientos de la población en edades avanzadas tienden a concentrarse en enfermedades crónicas degenerativas (CoNaPo, 2010). Estos padecimientos son de más larga duración, implican el uso de terapias basadas en tecnologías y fármacos costosos, además de asociarse a periodos de hospitalización prolongados (ENASEM, 2012).

Las cinco principales causas de muerte de las personas de la tercera edad (en ambos sexos) son las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias malignas, la diabetes mellitus, las enfermedades digestivas y las respiratorias. Esta tendencia se acentuará en el futuro, razón por la cual, los costos de la atención a la salud de los adultos mayores (AM) se incrementarán (ENASEM, 2012).

Aunado a lo anterior, en nuestro país el cuidado a la vejez recae principalmente en la familia, por lo que la composición del hogar en el que residen los AM puede incidir en forma importante en su bienestar físico y emocional (Sánchez, 2000).

En este sentido es importante tener presente que los cuidadores constituyen una parte fundamental en la atención que se brinde al enfermo; por lo que es evidente la necesidad de implementar trabajos multidisciplinarios, encaminados para apoyar a los cuidadores primarios y la familia en general en donde habita el AM (Sánchez, 2000; López, Orueta, Gómez-Caro, Sánchez, Carmona y Alonso, 2009).

Ante este contexto es necesario que los AM, logren y mantengan el bienestar general y la calidad de vida mediante las adaptaciones que esta etapa de vida requiere, con un envejecimiento exitoso, optimizando algunas capacidades físicas y el compromiso activo con la vida (Quintanar, 2003).

Por ello, uno de los objetivos en la atención de las necesidades de este grupo etario reside en la prevención y promoción de un envejecimiento saludable, caracterizado por una percepción positiva de su calidad de vida, así como en el fortalecimiento de las actividades que le brinden autonomía, independencia y autoeficacia en sus actividades cotidianas; así como el fortalecimiento de sus vínculos cercanos: contexto familiar, laboral, social recreativo, social comunitario; relacionado con actividades que generen su participación activa y no de tipo asistencial (Salvarezza, 1998).

De igual manera, las políticas públicas de desarrollo social han tomado este concepto de calidad de vida, para la revisión, modificación e implementación de legislaciones (Plan Nacional de Desarrollo de México 2012 -2018), con el intento de atender las necesidades específicas de la población de 60 años y más, como eje conductor de los programas o intervenciones que se desarrollen (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2002).

Dentro de estas políticas están el reforzar diseños metodológicos de intervención que permitan detener el avance de las enfermedades crónicas degenerativas, particularmente en los AM y atacar los factores de riesgo de la población en general; debido que las condiciones de salud y el estado funcional de los AM de nuestro país muestran que tiene un impacto directo sobre la morbilidad general y el uso de los servicios de salud.

Los gastos hospitalarios generados en la atención a este grupo poblacional se han acrecentado y los hogares con personas mayores consumen 50% más recursos en salubridad que el promedio; además, debido a la presencia de enfermedad en muchos de estos AM, se puede prever un mayor riesgo de discapacidad y dependencia, lo cual significa conjuntamente que el envejecimiento representará un reto para el Sistema Nacional de Salud y para la población. Por tal motivo, los programas de promoción y prevención de la salud deben tener por objetivo la detección oportuna de las enfermedades para lograr que los años adicionales de vida en la vejez se cursen en buenas condiciones, con calidad de vida y sin discapacidad (Manrique-Espinoza, Salinas, Moreno, 2013).

De acuerdo a esto, en el presente trabajo se desarrollaron dos programas de tratamiento, para ayudar a la familia a cumplir con su función cuidadora de un AM que padece diabetes mellitus tipo dos (DMT2), analizando, modificando o reforzando capacidades y recursos del sistema familiar: un primer tratamiento diseñado desde la terapia familiar sistémica (*ISFC-AM*), usando el modelo estructural (Minuchin, 1974, 1982) y el modelo de la narrativa (White, 1994); y otro desde la psicoeducación para la salud a través de la biblioterapia (*BIBLIOFAM*), basada en la teoría del aprendizaje significativo (Ausubel, 1983).

Por otro lado, en lo que respecta al AM con DMT2, ambas intervenciones buscaron mayor autonomía y autoeficacia ante su enfermedad (Bandura, 1999), pues con ello se estaría trabajando hacia el envejecimiento saludable; caracterizado por la capacidad biológica para la supervivencia, la capacidad

Dos diseños de tratamiento para la atención y cuidado del adulto mayor diabético

psicológica para la adaptación, y la capacidad sociológica para la satisfacción de roles sociales (Morales y Bravo, 2011), incidiendo en la percepción de una mejor calidad de vida.

La intervención también focalizó su interés con relación en los familiares con el rol de cuidador primario (CP), tomando en cuenta el modelo biopsicosocial de atención al mismo; el cual ayuda a distinguir entre la sobrecarga objetiva, referida a los problemas prácticos asociados con el cuidado a largo plazo de un paciente que presenta niveles elevados de dependencia en muchas de las funciones básicas de la vida diaria, que deben de ser suplidas o asistidas por el cuidador; y la sobrecarga subjetiva la cual hacen referencia al impacto emocional y a sus consecuencias sobre la persona, traducidas como desmoralización, ansiedad, depresión y somatización (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980).

Por tal razón, ambas intervenciones contemplaron también aminorar la carga del cuidador primario, al equilibrar y distribuir el grado de responsabilidad de cuidado entre los demás miembros de la familia. El desarrollo de los dos programas, que conformaron la intervención familiar, estuvo basado en tres perspectivas teóricas:

La perspectiva psicogerontológica, que explica el proceso del envejecimiento como un evento dinámico que se da por la interacción entre el programa genético de cada individuo y el entorno del contexto social y ambiental del individuo (Hernando, 2006).

La perspectiva social de la psicología de la salud, que insta hacia la prevención y promoción de estilos de vida saludable, a través de la educación para la salud, desde tres esferas de interacción del individuo: biológico, psicológico y social (Mataratzzo, 1983; Montesinos, 1999).

La perspectiva sistémica, que tiene a la familia como unidad de análisis e intervención. Esta señala que para lograr un buen estado de salud es indispensable el cumplimiento de las funciones familiares, ya que éstas garantizan el crecimiento, el desarrollo normal y el equilibrio emocional, que sirven de apoyo para poder afrontar los problemas y crisis de la vida que cada persona tendrá que enfrentar (Navarro, 2004). (Ver Fig. 1).

Objetivo

Diseñar dos tratamientos de abordaje familiar: la ISFC-AM y la BIBLIOFAM; uno desde la perspectiva de la terapia familiar sistémica y otro de corte psicoeducativo.

Método

A continuación se explica el procedimiento de construcción del diseño de los dos tratamientos, que se elaboraron para efectos de esta investigación. Posteriormente se describe de manera detallada en que consistió cada uno de los tratamientos.

Para el procedimiento de construcción de la ISFC-AM (Ver Fig. 2), primeramente se hizo una revisión del estado del arte, en relación a investigaciones que mostraran la efectividad de intervenciones diseñadas desde la perspectiva sistémica para el abordaje de la enfermedad crónica en el AM. Se revisaron los hallazgos y las recomendaciones para futuras investigaciones.

A la par se consultaron fuentes teóricas de los modelos terapéuticos sistémicos que fueran más acordes para los objetivos que se planteaban en la investigación; esto conllevó también la búsqueda de instrumentos, confiables y válidos en población mexicana que evaluaran las variables propuestas en el diseño de investigación. Se llevó a cabo la exploración en una familia tipo para conocer si eran congruentes los objetivos que se planteaban, y así conocer las necesidades específicas de una familia en contexto psicogerontológico con procesos de cuidado y atención al AM con DM2; esto trajo una mayor delimitación y alcance de los objetivos, lo que ayudó a tomar la decisión por cual modelos terapéuticos utilizar para el diseño de la intervención (modelo estructural de Minuchin, 1974 y la terapia narrativa de White, 1994).

Se establecieron las temáticas que se abordarían así como el número de sesiones y en donde se establecía el objetivo por cada una, las técnicas para llevarlas a cabo, las metas y los indicadores que evidenciarían el logro del objetivo planteado.

El diseño del tratamiento, se envió a expertos en la terapia familiar sistémica, para que evaluaran el

Pérez Sánchez, Oropeza Tena, Lopez Peñazola y de la Roca Chiapas

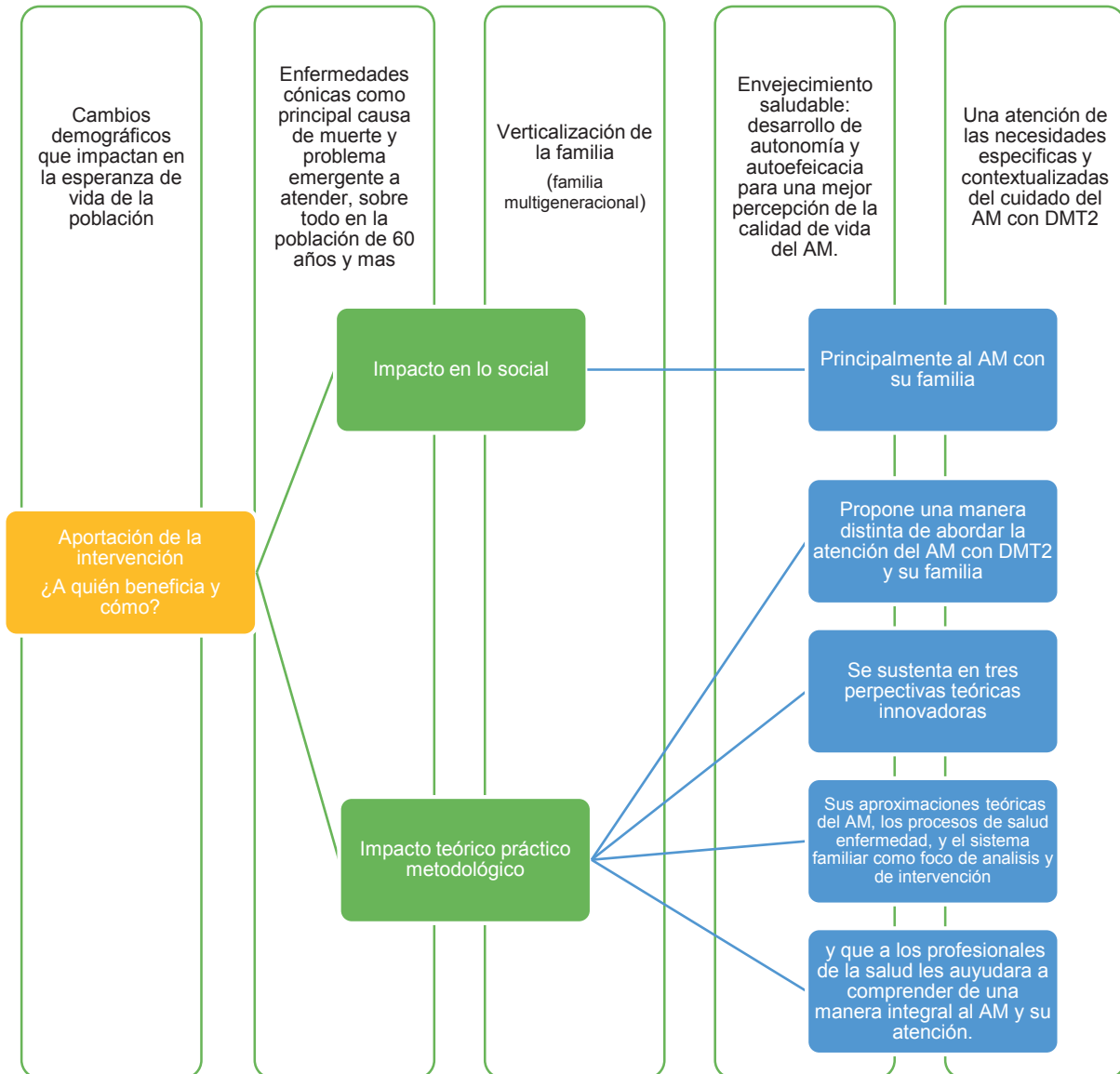


Fig.1.- Problematización contextual, relevancia teórico práctico metodológica y pertinencia social de la intervención.

diseño de la intervención y desde una visión objetiva, se hicieran recomendaciones y observaciones que sirvieran para hacer las mejoras necesarias.

Estas recomendaciones fueron en relación a las temáticas específicas a abordar, el tipo de técnicas aplicadas y el orden en el cual se presentarían para buscar mayor congruencia. A partir de estas encomiendas se mejoró el diseño.

Con lo que corresponde a la construcción de la BIBLIOFAM, el proceso fue semejante a la ISFC-AM, con la diferencia que el desarrollo fue posterior; es decir que con base en lo diseñado de la ISFC-AM se llevó a cabo el procedimiento de la segunda intervención: temáticas y número de sesiones fueron exactamente los mismos (Ver Fig. 3).

También se realizó una búsqueda bibliográfica de intervenciones psicoeducativas colectivas factibles de ser aplicadas en un contexto familiar, y con ello se inició el bosquejo de la intervención; decidiendo la utilización de la biblioterapia basada en las teorías de aprendizaje de Ausubel (1983).

Dos diseños de tratamiento para la atención y cuidado del adulto mayor diabético



Fig. 2. Proceso en la construcción de la ISFC-AM.

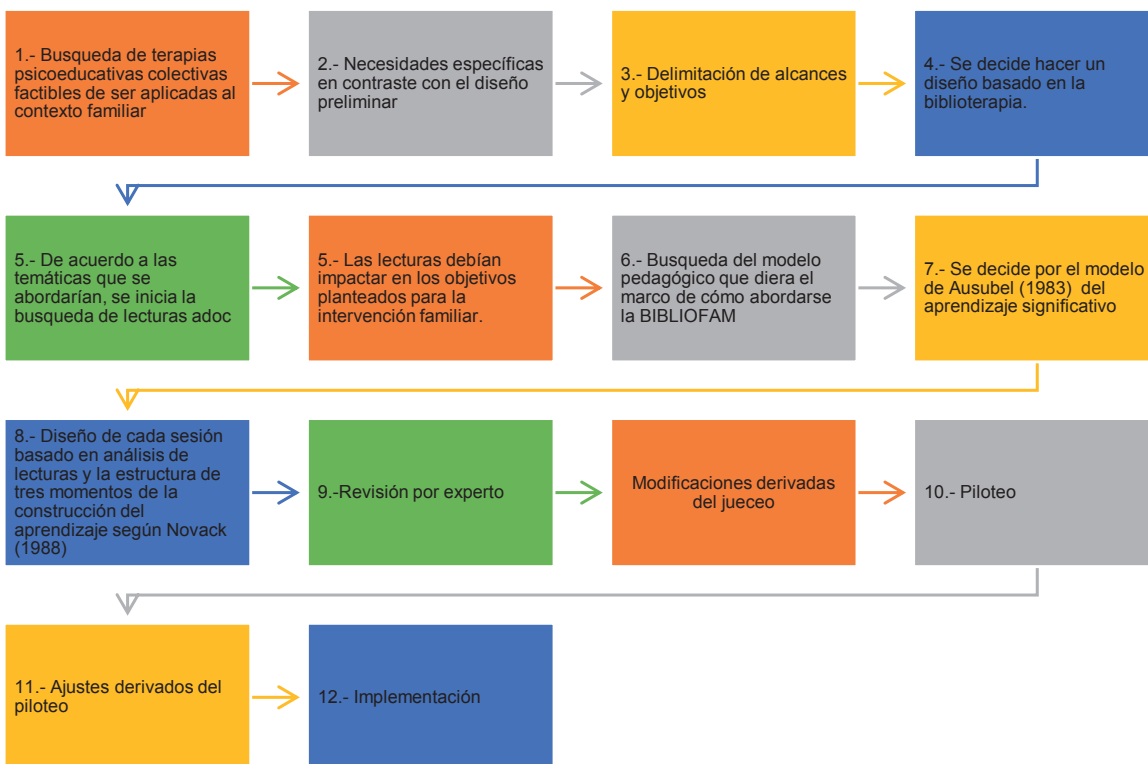
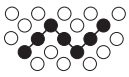


Fig. 3. Proceso de construcción del diseño de la BIBLIOFAM.

Se hizo una búsqueda de lecturas adecuadas a las temáticas que se abordarían que fueran de fácil entendimiento, es decir en un léxico no altamente científico, pero si detalladamente informativo, para

que fueran congruentes con los objetivos que se persiguieron en cada sesión. El diseño estuvo bajo jueceo de experto en técnicas educativas y de psicología de la salud. Estas consintieron en determinar el tipo de lectura y material adecuado, sin ser excesivo y que fuera atractivo para llevarse a cabo, así también esto ayudo a la redefinición más clara de cada sesión. y fue entonces que se implemento en una familia tipo para realizar su piloteo.



Pérez Sánchez, Oropeza Tena, Lopez Peñazola y de la Roca Chiapas

Procedimiento de los tratamientos:

- Constituido por 6 sesiones con temáticas específicas.
- Para ambos tratamientos las temáticas que se definieron y abordaron fueron las siguientes:
- Cuidado y autocuidado del AM con DMT2 (Sesión 3).
- Comunicación familiar (Sesión 4).
- Recursos de la familia (Sesión 5.)
- Reestructuración familiar (Sesión 6).
- Collage familiar (Sesión 7).
- La graduación (Sesión 8).

Cada una de estas temáticas se abordaron de manera trasversal desde las tres perspectivas teóricas que fundamentan la intervención y que ya fueron descritas con anterioridad: la psicogerontología, la psicología social de la salud y la perspectiva sistémica; con las particularidades que diferencian cada tratamiento, que el primero se basa en la terapia sistémica y el segundo en la biblioterapia, pero sin perder el objetivo del proceso terapéutico con AM, el cual radica en trabajar con las relaciones que mantiene con su familia, para detectar los aspectos más vulnerables o disfuncionales y así poder introducir algún cambio de manera que se transforme en una fuente de bienestar y apoyo.

Características particulares de cada tratamiento

La Intervención Sistémico Familiar para el Cuidado del Adulto Mayor (ISFC-AM)

La ISFC-AM, basada en el modelo de Minuchin (1974) establece la necesidad de contemplar el contexto social en el que interactúa el individuo, para lograr entender la problemática que la familia manifiesta. La terapia orientada en este sentido se basa en tres axiomas:

El contexto afecta a los procesos internos del individuo y su familia.

Las modificaciones del contexto producen cambios en el individuo en varios niveles.

La conducta del terapeuta es significativa en el cambio (forman un nuevo sistema terapéutico).

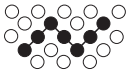
La experiencia individual depende de las características de idiosincrasia del individuo en el contexto de su vida. La patología puede ser vista desde distintas perspectivas, pero siempre influirá el contexto social en todas ellas. La terapia estructural de familia busca el cambio del individuo de forma conjunta con su contexto.

Esta terapia se centra en el resultado de la mezcla de las circunstancias y las personas implicadas (familia). La terapia estructural familiar recurre a técnicas para alterar el contexto inmediato, por lo que la estructura y funcionamiento dentro de la familia se ven afectadas a causa de ese cambio, así se modifica la experiencia personal de cada integrante.

En la terapia familiar estructural, el terapeuta se asocia a la familia buscando cambiar la organización de la experiencia familiar; el terapeuta no cambia a la familia sino que le da una nueva perspectiva que ayuda a reorganizarse. La terapia estructural es una terapia de acción, busca modificar el presente; así la familia y el terapeuta crean un nuevo sistema para superar la organización actual, cambiando la posición de sus miembros.

Por su parte la terapia narrativa de White (1994) en la que también se basa la ISFC-AM, es un estilo que describe la terapia como el proceso por el cual el terapeuta y el sistema familiar co-construyen relatos novedosos o diferentes, con mejores alternativas. El modelo terapéutico de la narrativa postula que las personas se expresan contando historias, todas las personas expresan todo aquello que les pasa a través de los relatos que hacen de sus narraciones. Sus historias no son la verdad en sí, sino una lectura de todas las lecturas posibles. Todos los relatos son construcciones de los sistemas de creencias; por ello siempre se puede construir un relato alternativo al que trae el paciente o familia, porque todo relato es una construcción subjetiva.

El terapeuta así entonces, prestará fundamental atención a la construcción que la familia hace del problema, esa construcción de la realidad es la que acarrea el sufrimiento o malestar que trae a la consulta. El trabajo del terapeuta se orientará a que la persona pueda construir la realidad de una manera diferente. Existen construcciones potenciales que se pueden desarrollar a partir del diálogo conjunto paciente/terapeuta o familia/terapeuta que podrán facilitar a la persona un mayor desarrollo o un uso de potencialidades aun no aprovechadas.



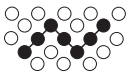
Dos diseños de tratamiento para la atención y cuidado del adulto mayor diabético



Portada de manual para la ISFC-AM.

Portada de manual para la BIBLIOFAM.





Pérez Sánchez, Oropeza Tena, Lopez Peñazola y de la Roca Chiapas

La Intervención Biblioterapéutica Familiar para el Cuidado del Adulto Mayor (BIBLIOFAM):

Con lo que respecta a la BIBLIOFAM, está basada en la biblioterapia, la cual tiene su objetivo principal la psicoeducación; con el diseño de actividades terapéuticas en que se utiliza la lectura de textos verbales y no verbales, en las formas de expresión y de otros objetos lúdicos como coadyuvante en los tratamiento psicológicos.

Así mismo la BIBLIOFAM, tiene su fundamento teórico en Ausubel (1983), que se basa en procesos cognitivos, es decir la forma en cómo el individuo estructura sus conocimientos, y como les otorga significados relevantes y acordes a sus experiencias previas. Los elementos esenciales que aporta esta teoría son: la interdependencia positiva, responsabilidad individual y grupal, interacción estimuladora, habilidades interpersonales y grupales; por estar sostenido desde lo social y el sociocultural dialógico.

Los valores que se generan con el aprendizaje significativo en el plano social son: la valoración y autoestima personal, ya que desarrollan una imagen de sí más positiva, desarrollo del interés y de la motivación intrínseca hacia el aprendizaje, inducida por los procesos interpersonales del grupo, expectativas de éxito futuro basadas en la atribución causal a sus capacidades y esfuerzos, saber comunicarse de forma eficaz y satisfactoria, actitud más positiva hacia los otros: respeto y valoración, confianza y colaboración, solidaridad y empatía, saber actuar eficazmente en un grupo, desarrollo de la responsabilidad frente a los demás y frente a su propio aprendizaje, integración de los miembros con más dificultades.

Resultados

Los resultados derivados de este primer estudio fue la elaboración de dos manuales de tratamiento denominados: *LIBROS DE TRABAJO DE LOS PARTICIPANTES DE LA ISFC-AM* y *BIBLIOFAM* (ver imagen 1 y 2); que como características poseen la explicación precisa de su utilidad en el transcurso de cada programa de tratamiento. También detallan cada una de las etapas en las que está conformada cada intervención, la temática y actividades a realizar por sesión, así como la inclusión de cada instrumento que debe ser utilizado. Con estos manuales se trabajó con las familias que conformaron la muestra de esta

investigación que supuso la culminación de nuestra tesis doctoral, y que constituyen dos estudios de caso único con replica o N=1 (León y Montero, 2002) con muestra de 5 familias respectivamente, y que en posteriores publicaciones se presentaran los resultados derivados de cada uno.

Conclusiones y discusión

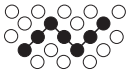
El trabajo a través de la *ISFC-AM* enfatiza y refuerza los recursos de la familia, en especial lo siguiente: identificar y destacar los procesos interaccionales esenciales que permitían a las familias soportar y salir airoso de los desafíos vitales, como puede llegar a ser la enfermedad crónica de uno de los miembros de la familia, como lo propone Walsh (2004).

Por otra parte, el programa de intervención familiar, se apega de manera rigurosa a la teoría de los modelos terapéuticos de Minuchin (1974) y White (1994); implementando las técnicas terapéuticas correspondientes, con lo cual se puede lograr el objetivo que propone Minuchin para la familia; la protección psicosocial de sus miembros, y mayormente en lo que respecta en la demarcación de límites y fronteras claras que permite a sus miembros entender de manera eficaz sus funciones y roles, distribuyendo sus competencias de manera jerárquica y así acomodar su estructura interna de los ciclos evolutivos de cada familiar.

También con la *ISFC-AM*, a través de las estrategias diseñadas, se llegó a reconocer, reafirmar y aprovechar las capacidades y potencialidades presentes en toda la familia y edificar a partir de ello, para estimular un proceso activo de autocorrección y crecimiento, como lo menciona Cyrulnik (2001), jerarquizando el valor fundamental de los vínculos, a tal punto que como familia en conjunto se desarrolle, una nueva historia alterna o narración White (1993) redefiniendo la situación por la cual atraviesan.

Con lo que respecta a la *BILIOFAM*, en su diseño se brindan las herramientas para que la familia en conjunto puedan estar informados sobre como apoyar y ayudar a su familiar diabético en el cuidado y autocontrol de la enfermedad.

El método basado en la psicoeducación de acuerdo a la teoría de Ausubel (2002), se considera adecuado, ya que se enfatizar en el aprendizaje significativo que logran los individuos, a través de las etapas que conforman el proceso cognitivo fundamentado en todos y cada uno de los elementos, factores, y condiciones que



Dos diseños de tratamiento para la atención y cuidado del adulto mayor diabético

garantizan la adquisición, la asimilación y la retención del contenido de las lecturas seleccionadas para la BIBLIOFAM, de modo que adquirieran significado para los participante de esta tipo de tratamiento.

Por último, en relación a los tratamientos diseñados para la intervención familiar para la atención y cuidado del AM, se puede constatar como la familia es un pilar básico en la provisión de cuidados del paciente diabético, la participación activa de ésta facilita alcanzar los objetivos para la atención adecuada de su familiar mayor.

18. Walsh, F. (2004). Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento. Buenos Aires: Amorrortu.
19. White, M., y Eptson, D. (1993). Medios Narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós.
20. Zarit, S.H., Reever, K.E, Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. The Gerontologist, 20: (6), 649-654.

Referencias

1. Ausubel, D. P. (1982, 2002). Adquisición y retención del conocimiento. Una perspectiva cognitiva. Barcelona: Paidós.
2. Bandura, A. (1999). Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios en la sociedad actual. Bilbao: Desclée de Brouwer.
3. Cyrulnik, B. (2001). La maravilla del dolor. Barcelona: Granica.
4. ENASEM, Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, (2012). Archivos de Datos y Documentación (uso público). Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, Obtenido de www.ENASEM.org en [9 de febrero, 2015].
5. Hernando, M.V. I. (2006). Teorías sobre el fenómeno del envejecimiento. En Giró J.(Ed.), Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. (pp. 37-65). Logroño: Servicio de publicaciones Universidad de la Rioja.
6. León, O.G. y Montero, I. (2002). Métodos de Investigación en Psicología y Educación. Madrid: McGraw-Hill.
7. López, G., Orueta S. R., Gómez-Caro, S., Sánchez O. A., Carmona M. J., y Alonso M. F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Revista Clínica de Medicina Familiar, 2 (7), 332-339.
8. Mattarazo, J. D. (1983). Behavioral health: Challenge to academia, scientific and profesional psychology. American psychologist, 37, 1-14.
9. Montesinos L. (1999). Desafíos para la psicología de la salud en el ocaso del siglo XX. Suma psicológica, 6(2), 147-159.
10. Morales, M. y Bravo, I. (2011). El ocio terapéutico. En Giró Mirando, J. (coord.). Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. (pp.133-155). Logroño: Universidad de la Rioja.
11. Morales, M. y Bravo, I. (2011). El ocio terapéutico. En Giró Mirando, J. (coord.). Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. (pp.133-155). España: Universidad de la Rioja.
12. Minuchin, S. (1982). Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa.
13. Navarro, G. J. (2004). Enfermedad y Familia. Barcelona: Paidós.
14. Quintanar, M. (2003). Envejecimiento común y exitoso. Revista Electrónica de Geriátría y Gerontología, 3 (1), s/p.
15. Salvarezza, L. (1998). La Vejez, una mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Paidós.
16. Sánchez, C. (2000). Gerontología Social. Buenos Aires: Espacio.
17. Sánchez-Sosa, J.J., y González-Celis, R. A. L. (2002). La calidad de vida en ancianos. En E. L. Reynoso y N. I. Seligson (Eds). Psicología y Salud. (pp.191-218). México: Facultad de Psicología - UNAM-CONACYT.