



UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Estrés y Afrontamiento en mujer adulta mayor en el marco de
tratamiento cognitivo conductual en un hospital de la ciudad de
Buenos Aires.

Tutora: Dra. Ramos Mejía Gabriela

Alumna: Fabris Valeria
Fecha de entrega: 12-12-2017

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivo General	2
2.1. Objetivos específicos	2
3. Marco Teórico	2
3.1 Vejez y Envejecimiento	2
3.2. Vejez Biológica	4
3.3. Vejez Psicológica	6
3.4. Vejez Social	8
3.5. Estrés	11
3.6. Afrontamiento y emoción	14
3.7. Conceptos de la Psicoterapia Cognitiva Conductual	18
3.8. El método terapéutico TCC	20
4. Metodología	22
4.1. Tipo de estudio	22
4.2. Participantes	22
4.3. Instrumentos	23
4.4. Procedimiento	24
5. Desarrollo	25
5.1. Describir los factores de estrés que se presentan en la paciente adulta mayor	25
5.1.1. Presentación del caso	24
5.1.2. Factores de estrés en la paciente	26
5.2. Describir el entrenamiento en estrategias de afrontamiento implementado desde un modelo cognitivo conductual	32
5.3. Describir los cambios presentados en el manejo de las situaciones estresantes en la vida de la paciente, luego de un año de inicio del tratamiento	37
6. Conclusiones	43
7. Referencias bibliográficas	47
8. Anexos	50

1. Introducción

La práctica de habilitación profesional se realizó en una fundación ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, orientada a la investigación de las ciencias cognitivas. Su objetivo central es promover una mejora en la calidad de vida individual y social a través de la aplicación de los principios de las ciencias cognitivas en la vida cotidiana de los pacientes. Se realizan talleres, cursos y jornadas informativas para la comunidad, así como a la formación de profesionales de la salud. Se participó de dichas actividades sobre la temática en ansiedad y estrés, mediante la observación y posterior debate con el grupo de profesionales, proponiendo líneas de investigación e intervención.

La práctica se complementó con la asistencia a un hospital perteneciente a la obra social para jubilados ubicado en la zona de Boedo, dos veces por semana. En el mismo se trabajó de manera directa observando la actividad clínica con pacientes psiquiátricos de la tercera edad en el área de Neurología. Se administraron baterías de test psicométricos a los pacientes y a las personas que integran actividades recreativas propuestas por el hospital; con el fin de evaluar calidad de vida y estilos de afrontamiento para futuras investigaciones a cargo del mismo.

2. Objetivo General

Describir y analizar el proceso terapéutico para el afrontamiento del estrés en una mujer adulta mayor en el marco del tratamiento cognitivo conductual en un hospital de la ciudad de Buenos Aires.

2.1. Objetivos específicos

- Describir los factores de estrés que se presentan en la paciente adulta mayor.
- Describir el entrenamiento en estrategias de afrontamiento implementado, desde un modelo cognitivo conductual.
- Describir los cambios presentados en el manejo de las situaciones estresantes en la vida de la paciente, luego de un año del inicio del tratamiento.

3. Marco Teórico

3.1 Vejez y Envejecimiento

Existen en la actualidad cuestionamientos en establecer la edad como parámetro para definir qué es viejo o cuándo se comienza a envejecer. Sin embargo resulta necesario unificar

criterios para comparaciones estadísticas, que contribuyan al estudio y conocimiento de la población adulta mayor a nivel mundial. En afinidad con la Organización de las Naciones Unidas en Viena en 1982, se define adulto mayor a la población de 60 años y más, también llamados longevos, tercera edad, viejos, entre otros. Se distingue cuando la persona supera los 80 años, denominados cuarta edad o ancianos; coincidente con el deterioro de ciertas capacidades instrumentales y funcionales, para mantener la autonomía y la independencia (Fernández Ballesteros, 1991; Giro Miranda, 2004).

A finales del siglo XX, se definía la vejez desde una perspectiva médica y fisiológica, como un estado previo a la muerte y desgaste del organismo (Alvarado García, Maya & María, 2014). La tendencia de ubicarla como producto biológico evidenció la falta de heterogeneidad en los adultos mayores, a causa de la complejidad de otros factores psicológicos y sociales que influenciaban en la forma que se manifestaba el envejecimiento. Con el surgimiento de áreas de estudio como la Gerontología o los aportes de la Psicología del Desarrollo, la conceptualización de la vejez comenzó a relativizarse alcanzando una dimensión social (Esquivel, Calleja, Hernández, Medellín & Paz, 2009). Se hace hincapié en que la concepción de la vejez depende de la sociedad en la que se emplee, en relación a su región geográfica y del momento histórico cultural (Alberich, 2008).

Varios autores, entre ellos Fernández Ballesteros (1991), proponen diferentes modalidades que puede adquirir la edad. Se señala la edad cronológica referente a los años desde el nacimiento; la edad biológica sujeta a una disminución en la eficiencia del funcionamiento orgánico y por último la edad psicológica o funcional en donde se contemplan las habilidades y capacidades adaptativas, sentimientos, motivaciones y emociones. Por lo expuesto, personas de la misma edad cronológica pueden sentirse diferente subjetivamente, teniendo edades funcionales distintas (Gross, 1998). Por su parte Pérez (2004) menciona la vejez como ciclo vital, desde este enfoque se observa el tránsito de la vida como un continuo, que propone cambios diferenciados de una etapa a otra, producto de las experiencias de la persona en los órdenes biológico, psicológico y social.

Se hace referencia a una distinción entre envejecimiento y vejez. Se considera a la vejez como un estado o situación definitiva, invariable relacionada con la edad cronológica y el estado físico (Giro Miranda, 2016); por su parte el envejecimiento es un proceso que ocurre a lo largo de toda la vida desde que la persona nace. Se caracteriza por el debilitamiento lento y continuo del desarrollo cognitivo, de las funciones vitales, psicológicas y sociales. A medida que estos cambios se van produciendo, se deben compensar en vías del desarrollo personal, adquiriendo potencialidades y compensando el

déficit (Cuevas Galán & Gutiérrez, 2012). La calidad de dicho proceso será el resultado de los diferentes contextos como la situación económica, enfermedades padecidas, satisfacciones personales y entornos sociales (Esquivel et al., 2009). Se reconoce que el envejecimiento es un concepto global, que integra el conjunto de fenómenos vinculados a la vejez, siendo en esta etapa final donde los síntomas hacen más evidentes (Alvarado García, et al., 2014). En consecuencia, si la vejez es el producto del proceso llamado envejecimiento, significa que la vejez es envejecimiento, como el envejecimiento es vejez (Esquivel et al., 2009).

Resulta necesaria la distinción entre el envejecimiento normal entendido en ausencia de enfermedades mentales, físicas o biológicas; en contraposición al envejecimiento patológico caracterizado por la presencia de distintas enfermedades físicas y mentales. Se concluye que la vejez forma parte de una interacción de procesos biológicos, psicológicos y sociales que integran y dependen de la vivencia particular de cada individuo (Giro Miranda, 2016; Montalvo Toro, 1997). Es a partir de dichos planos interrelacionados, desde donde se explicará la vejez según sus diferentes enfoques y autores.

3.2. Vejez Biológica

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento se concibe como la pérdida progresiva de las funciones fisiológicas y funcionales hasta llegar a la muerte a causa del deterioro orgánico y celular (Zetina Lozano, 1999). Todos los seres humanos desde su concepción, envejecen afectando el desgaste estructural y funcional de sus órganos. Sin embargo este proceso se da en diferentes ritmos, alterando de manera diferencial a cada individuo. Por tal motivo resulta impreciso definir cuándo una persona puede ser considerada como vieja biológicamente (Ballesteros Jiménez, 2007). Dicho enfoque se sustenta principalmente en dos teorías. La teoría del desgaste natural, asegura que el cuerpo humano envejece a causa de su uso continuo y prolongado, en similitud a una máquina en donde sus partes se descomponen, lo mismo sucede con los diferentes órganos y células del cuerpo. En consecuencia, la vejez es el resultado de agravios acumulados en el cuerpo. La segunda teoría es la del envejecimiento programado, la cual sostiene que cada especie envejece acorde a un patrón de evolución normal incorporado en cada organismo. Dicho modelo es predefinido, innato y natural, lo que explica la expectativa de vida y envejecimiento diferencial en cada especie. Se desprende de ambos enfoques que si el envejecimiento es a causa del uso prolongado del organismo, las personas pueden accionar previniendo el estrés fisiológico y fomentar la calidad y esperanza de vida. Por el contrario, si las personas están programadas para envejecer, los adultos mayores son dependientes al no poder demorar dicho proceso

(Papalia, 1991). En la mismalínea, el proceso de envejecimiento individual puede ser primario o secundario. El primario es inevitable con el paso de los años, basado en las raíces de la herencia e inevitables en el proceso de deterioro corporal a lo largo de la vida. Por su parte, el envejecimiento secundario se refiere a las enfermedades o traumas que las personas pueden evitar y controlar (Zetina Lozano, 1999). Papalia (1991) hace referencia a la capacidad de reserva, en donde las personas utilizan sus órganos y sistema corporales de manera extra ante situaciones amenazantes e inesperadas. Dicha capacidad adicional permite conservar el equilibrio en épocas de estrés, pero disminuye con la edad, en efecto los viejos no pueden afrontar las situaciones estresantes físicamente como lo hacían tiempo atrás.

Montalvo Toro (1997), señala algunos cambios producidos en la vejez como importantes en el funcionamiento psicológico del individuo y su interacción con el entorno. La mayoría de las personas mayores de 65 años de edad hasta sus 80 años, no presentan limitaciones en realizar sus actividades cotidianas, sobre todo si sostienen un estilo de vida sano con ejercicio y alimentación apropiada; sin embargo las personas mayores pueden vivenciar algunos síntomas fisiológicos del envejecimiento, sin llegar a profundizar en condiciones patológicas o crónicas (Papalia, 1991). Se produce un deterioro del sistema nervioso manifestado en lentitud y pérdida de reflejos en los adultos mayores. Aumenta la probabilidad de manifestar enfermedades en los distintos sistemas del organismo, como son las cardiovasculares principalmente infartos; al disminuir la elasticidad pulmonar se ve afectado el sistema respiratorio; ocurren déficit digestivos que se ve asociados a la disminución del gusto y la lentitud en movimientos automáticos; el sistema inmunológico se debilita; el sistema urinario se ve afectado para eliminar los desechos y medicamentos altamente prescritos en la vejez; se reduce la densidad ósea y las articulaciones tienen menor rango de movimiento; a nivel muscular el tono y las capacidades elásticas se ven disminuidas (González & de la Fuente Anuncibay, 2014).

Por otro lado se integran modificaciones en los procesos cognitivos tales como la atención, la percepción a causa de déficit sensorial principalmente en la vista; los otros sentidos de olfato, gusto, tacto, y percepción del dolor responden de una manera semejante disminuyendo su función. El procesamiento de la información y el tiempo de reacción se lentifican, las destrezas de solución de problemas, el razonamiento abstracto y cualquier tarea de símbolos puede ser menos eficiente con el avance de la edad (Montalvo Toro, 1997). Diversos estudios sostienen que la inteligencia fluida, siendo la capacidad de resolver nuevos problemas, declina; mientras que la inteligencia cristalizada, basada en el aprendizaje y la experiencia se mantienen, pudiendo aumentar con la edad (Papalia, 1991). Se observan

pérdidas en la memoria a largo plazo, sobretodo en su recuperación pudiendo derivar en posibles patologías asociadas como la demencia senil, la enfermedad de Alzheimer, el Parkinson, etc. Con respecto a la conducta psicomotora, generalmente una persona de edad avanzada pierde fuerza y agilidad como también involución de las cualidades físicas tales como la coordinación, flexibilidad, fuerza, velocidad y resistencia (González & de la Fuente Anuncibay, 2014).

La vejez es característica, se define por su visibilidad física en el tiempo transcurrido, medido en años (Robledo Díaz, 2016). No hay duda de que cada envejecimiento es diferencial para cada individuo que lo transita. La pérdida de la belleza, el debilitamiento muscular, el incremento de la fatiga, alteraciones en las funciones oculares y auditivas, entre otras dependerán de la personalidad, la profesión, del rol social que desempeñe y en como sean vividos dichos cambios (Salvarezza, 1988).

3.3. Vejez Psicológica

Las teorías psicológicas, se han enfocado mayormente en los aspectos cognitivos, de personalidad y en estrategias de adaptación (Alvarado García, et al., 2016). Se intenta describir como unidad de análisis el individuo y su forma de encarar el paso del tiempo; el proceso psicológico se encuentra intermediando entre lo biológico y el contexto social en que el proceso de envejecimiento ocurre. Se describen a continuación dos teorías propuestas por la sociedad occidental como fundamento hacia la adaptación exitosa de la vejez (Montalvo Toro, 1997). Por un lado se instauró la teoría del desapego o desvinculación la cual postula que desde un proceso universal, ineludible e intrínseco de la persona, se pierde el interés natural hacia las actividades, objetos y relaciones que lo rodean. En consecuencia, el contexto inmediato debe colaborar en el distanciamiento continuo del viejo de sus actividades para una elaboración hacia la muerte (Salvarezza, 1988). Críticos de esta teoría sostienen que la desvinculación mutua, no está asociada por la edad de la persona, sino con otros factores como la mala salud, la viudez, la jubilación o la pobreza. (Papalia, 1991). La creciente longevidad en las diferentes sociedades, amplía la perspectiva de vida, por lo tanto la forma de vivir. La vejez sufre transformaciones y con ello, la idea de aislamiento esperando la propia muerte (Osorio, 2006).

La teoría que se contrapone es la del apego o de la actividad, la cual postula que los viejos deben mantenerse activos o intentar buscar sustitutos posibles a los roles perdidos, apegados a sus objetos, sintiéndose queridos y necesitados, accediendo un auto concepto satisfactorio (Salvarezza, 1988). En consecuencia, si los adultos mayores se mantienen

activos, podrán obtener una serie de satisfacciones beneficiosas en su vida, tales como la autoestima, la seguridad y la independencia, así como la prevalencia de un estado saludable (Zetina Lozano, 1999). En los mismos términos, la teoría de la continuidad reafirma que no se produce una ruptura radical entre la edad adulta y la tercera edad, manteniéndose una prolongación de los hábitos, las experiencias y los proyectos al incorporar en la vejez herramientas adaptativas que están determinadas por su pasado y por sus capacidades de comunicación y respuesta. Por consiguiente, la personalidad y los valores se sostienen invariables (Alvarado García & Salazar 2014).

Erikson (1950) en su teoría de desarrollo psicosocial considera al psiquismo en constante evolución, a través de ciclos vitales de afirmación y cambio. Se refirió al último estadio en donde la vejez se presenta como un conflicto entre la integridad versus la desesperanza. La integridad como un sentimiento de coherencia y totalidad, vulnerable ante la pérdida de vínculos ordenadores como en el soma, en la psique y la personalidad; es una tendencia a mantener las cosas unidas, el realizar un análisis de las cosas vividas y estar satisfecho. Trae con ella las virtudes de la prudencia y la sabiduría refiriéndose como la preocupación informada y desapegada por la vida misma frente a la muerte. La desesperanza, es la sensación de no haber realizado nada, trae sentimiento de estancamiento produciendo un duelo al tiempo pasado, al espacio agotado, la autonomía debilitada, la intimidad faltante y falta de compromiso hacia las nuevas generaciones. En la vejez todas las cualidades del pasado asumen nuevas valoraciones, se encuentra el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad producida por pensamientos de pérdida de autonomía y muerte. Dicho autor propone que el logro estará si la persona concluye esta etapa con la integridad del yo, es decir con la creencia que todas las etapas ofrecen algo de valor y en consecuencia es un triunfo ante la desesperación.

El envejecimiento psicológico de un individuo, es la consecuencia de cómo es percibido el paso del tiempo por él, sobre su personalidad (González & de la Fuente Anuncibay, 2014); hacerse grande se toma como algo deseable por lo general, pero el hacerse viejo tiene una significación negativa (Gross, 1998). Los estereotipos son generalidades excesivamente reducidas que se convierten en fuente de información y formación de expectativas (Pérez, 2004). Salvarezza (1988) cita a Butler como uno de los pioneros en poner su atención en los prejuicios, creencias y discriminaciones que se producen hacia los viejos en función de su edad formulando el término de *viejismo*; los viejos son considerados personas en edad de pérdidas, enfermas, ineptas, inactivas e improductivas entre otras etiquetas negativas; se piensa a la vejez como algo ajeno que conlleva la aversión

(Fernández Ballesteros, 1991). Es preciso señalar que dichos prejuicios son adquiridos durante la infancia, como resultado de las identificaciones primitivas de las personas significativas, provocando una respuesta emocional hacia los viejos (Salvarezza, 1988). Los estereotipos negativos sobre la vejez, afectan los sentimientos de las personas de mayor edad sobre sí mismos, asumiendo esos estereotipos y prejuicios como propios y en efecto su confirmación conductual, es decir que actúen según lo esperado (Papalia, 1991).

Finalmente, otra característica que se debe elaborar en la vejez, es la percepción de la finitud del tiempo, reconocer la propia mortalidad y la experiencia de duelo frente a personas significativas (Salvarezza, 1988). Bajo los mismos términos Burin (1999) plantea que las mujeres deben asumir y procesar las pérdidas del cuerpo juvenil. La imagen de la vejez aparece fuertemente devaluada en la medida en que se confronta con los modelos estéticos vigentes inscritos a la juventud. Por lo tanto, los viejos tienen menos posibilidades para el disfrute, se encuentran demandados socialmente a controlar sus deseos, definiéndolos como asexuados o imposibilitados para el sexo; se sostiene por el contrario que la sexualidad y el envejecimiento no son excluyentes, debido a que el deseo sexual y la posibilidad de distintas prácticas entorno a la intimidad no se detienen con la edad (Iacub & Sabatini, 2012).

El contexto histórico y social construye la expectativa de autoimagen y autopercepción del viejo hacia sí mismo y marcan el camino de la comunidad hacia el rechazo de su propia e inevitable vejez (Fernández Ballesteros, 1991; Salvarezza, 1988). En los mismos términos, una persona que se manifiesta activa, autónoma e independiente en sus funciones, puede poner en duda dicha posición, ya que desde la sociedad recibe permanentemente mensajes implícitos o explícitos de cómo debería comportarse y sentirse (Pérez, 2004).

3.4. Vejez Social

El tiempo y la edad poseen un significado sociocultural, más allá de su naturaleza cronológica (Blanco Abarca, 1991). En las distintas épocas todas las sociedades se han organizado en diferentes estratos, desde que nacen hasta que mueren, caracterizado por ciertos roles, funciones, normas, demandas y expectativas hacia las personas que lo integran según su edad cronológica (Blanco Abarca, 1991; Robledo Díaz, 2016). La tercera edad logro longevidad gracias a los avances de la ciencia, pero dicho logro no fue acompañado con los cambios sociales para evitar la muerte social del viejo (Osorio, 2006). Esta idea prevalece actualmente, ya que las personas mayores son consideradas como una carga social al ocasionar un alto gasto público por el consumo de recursos sanitarios y de pensiones

(Alberich, 2008). En consecuencia, las sociedades tienen expectativas, oportunidades y exigencias para la ocurrencia de ciertos acontecimientos en edades adecuadas, sin embargo la biografía personal no va a estar determinada por los mencionados condicionamientos, ya que existen diferencias individuales en como las personas enfrentan e integran los sucesos de su vida (Smelser & Erikson, 1983).

Se conjetura que las personas son viejas a partir de la jubilación, siendo en nuestra sociedad a los 65 años para los hombres y los 60 años para las mujeres (Fernández Ballesteros, 1991). Los sistemas de jubilación contribuían a la categorización de las personas, que por razones de edad no estaban capacitados para la actividad laboral otorgándole un sustento económico; hoy en día es habitual que se llegue a la edad de jubilación en plenitud física y mental. Se pone en evidencia la funcionalidad, por parte de la sociedad, en la exclusión de los viejos de sus roles sociales y dándole lugar a los jóvenes en los ámbitos laborales, sin considerar qué sucede con aquellas personas que siguen en actividad (Giro Miranda, 2014). Un aspecto a considerar es la situación económica de las personas adultas mayores que al verse reducidos sus ingresos, suelen seguir trabajando para poder subsistir impactando en su posición social en vías del mantenimiento de los servicios de salud, la vivienda y actividades recreativas (Zetina Lozano, 1999). Por lo tanto se los hace pertenecer a una categoría social que no es lucrativa ni reproductiva (Osorio, 2016). Los viejos se encuentran en una encrucijada entre los cambios en el mercado laboral, la seguridad social, los sistemas de pensiones, las reformas en el sistema público de salud, la estructura familiar y el consumo versus los fenómenos en aumento en la esperanza de vida, la baja natalidad y la consiguiente mayor longevidad sobre todo en mujeres. En este último punto, cabe mencionar que las mujeres que accedieron a la vida laboral evidencian una diferencia salarial con respecto a los hombres, proyectando dicha desigualdad en la jubilación (Osorio, 2006).

Por su parte Robledo Díaz (2016) enfatiza que el favorecer la actividad siempre va a ser un factor que beneficia al sentimiento de utilidad y contrarresta el sentimiento de pérdida de roles; diferentes estudios han demostrado que las personas adultas continúan con su estilo de vida e incluso se intensifican las actividades recreativas que se realizaban antes de la jubilación, siendo lo que varía las condiciones en las que se llevan a cabo. En contraposición Osorio (2006) relata que los únicos roles que realizan los abuelos es dentro del ámbito privado, en la esfera familiar. Los actuales procesos de cambio en las sociedades contemporáneas en donde las nuevas generaciones están distanciadas de los más viejos con una visión cortoplacista e individualista desestimando los orígenes; provocan una diferencia de patrones culturales que se manifiestan en las relaciones y estructuras familiares. En efecto,

las personas mayores sienten el alejamiento a causa de una percepción distinta en los valores de compromiso y responsabilidad por parte de sus hijos; los cuales forman sus núcleos familiares, desligándose del núcleo de origen en contraste a los adultos mayores que persisten en valores familiares más tradicionales, creyendo que deben hacerse responsables de ellos, en reconocimiento por la educación y cuidado, que como padres han brindado (Giro Miranda, 2014; Osorio, 2006).

Las mujeres adultas mayores generalmente sostienen los roles habituales vinculados a los quehaceres domésticos y a las responsabilidades de cuidado de los nietos o la pareja enferma, hasta que ingresan en el periodo de la propia dependencia. Las responsabilidades domésticas si bien proponen una manera de mantenerse activas y sentirse útiles, no deben ocultar que puede tener consecuencias graves en su salud física y psicológica, como de carencias en el sentido más vital y relacional del término. Otro aspecto es la extensión del rol maternal de la tercera generación hacia los nietos como fuente de satisfacción, la cual suele ser fuente de conflictos y competencias con sus hijas y/o hijos (Giro Miranda, 2014; Organización Panamericana de la Salud, s.f.). Por lo tanto es conveniente disfrutar los vínculos con los hijos adultos, desde una posición no intrusiva, aceptando el rol de abuelos sin interferir en el estilo de paternidad de sus hijos (Papalia, 1991).

El apoyo social es referido por Sluzki (1998) como la ayuda emocional o instrumental por parte de la red social del individuo; todas las personas que el individuo considera significativas integran su red social. Permite que el individuo se reconozca así mismo, favoreciendo la experiencia individual de identidad, competencia, bienestar y adaptación frente a las crisis. Dicho autor plantea el desarrollo en la red social de las personas, las cuales hacia la última etapa de la vida se van extinguiendo por migración geográfica, enfermedades o muerte de familiares y amigos; como también la disminución en la motivación para sostener los vínculos existentes. Se añade la escases en las oportunidades para establecer nuevas relaciones, ya que los viejos tienen menos eventos sociales para generalas, perjudicando la renovación de la red social en conjunto a la decreciente energía para mantenerlos activos. Según Carstensen (1995), toda red social necesita de un esfuerzo en ser mantenida bajo una dinámica de atención y cuidado entre los miembros que la componen; en la vejez al verse disminuidas, se les concede mayor valor emocional. Dicho autor y diferentes estudios recopilados, señalan que las relaciones entre progenitores mayores e hijos adquieren nuevas dinámicas. Por un lado los hijos pueden ser cuidadores de los padres o por el contrario los hijos siguen siendo receptores de apoyo emocional, ayuda financiera, labores, ofrecidos por los adultos mayores. El apoyo familiar es buscado ante momentos de crisis o enfermedad,

mientras que los amigos favorecen el apoyo psicológico cotidiano del adulto mayor. Muchnik y Seidmann (1999) realizaron investigaciones sobre la red social y género, los cuales evidenciaron que las mujeres poseen redes sociales más amplias, con vínculos más íntimos y de función emocional. Al mismo tiempo cuanto mayor es su nivel de educación, menor es el sentimiento de soledad emocional y social. En estos términos, dichos autores plantean que la soledad puede ser conceptualizada como un estado momentáneo o permanente, que genera emociones como la tristeza, la desesperanza, goce o inspiración sujeta a diversas causas y no únicamente al aislamiento social.

En concordancia con Giro Miranda (2014) la integración del adulto mayor, siendo un grupo poblacional que se encuentra en potencial crecimiento a nivel mundial, dependerá de las oportunidades por parte de la sociedad en crear y reestructurar políticas orientadas a los viejos, como la interacción y la simbolización que hace la sociedad sobre ellos.

3.5. Estrés

El concepto científico del estrés fue considerado por diversas teorías, siendo necesario resaltar que el mismo es en principio un mecanismo normal adaptativo y de emergencia, imprescindible para la supervivencia de cualquier ser vivo en su constante interacción con el medio (Bulacio, 2011; Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003). Cuando las personas evalúan cómo puede ser un hecho estresante, la primera valoración que establecen es negativa, es decir, resulta frecuente pensar en algo que cause un malestar, en la muerte reciente de algún ser querido, en la pérdida de trabajo, en la enfermedad, en una desafortunada experiencia. Ahora bien, un suceso o hecho positivo igualmente provoca estrés como, por ejemplo una mudanza, el adquirir nuevas responsabilidades, un nuevo status o rol, entre otras (Sierra et al., 2003). A continuación se desarrollan tres posiciones fundamentales en el estudio del estrés haciendo referencia a la respuesta, una segunda basada en el estímulo y el tercer postulado vincula los factores psicológicos, principalmente cognitivos, que median entre los estresores y la respuesta (Lazarus & Folkman, 1986).

Inicialmente el concepto de estrés fue introducido en la física y en la medicina por Selye (1960). Para este autor el estrés se refiere a una respuesta inespecífica del organismo ante cualquier demanda que atente su homeostasis y la consecuente búsqueda en restablecer su equilibrio. La carencia total del estrés en el sujeto, conlleva a la muerte. Se trata de un proceso adaptativo y de emergencia, en donde se desata una secuencia de respuestas que estarán sujetas, a que supere o no, la estimulación perturbadora del equilibrio interno, llamada estrés. Dicha secuencia es el Síndrome General de Adaptación y se divide en tres fases con

implicaciones biológicas. La primera es la reacción de alarma o periodo de choque caracterizado por una alteración fisiológica, seguido de una fase de resistencia donde se produce la adaptación del organismo al estresor con la consecuente mejora; cuando el organismo continúa expuesto al estresor, se produce una fase de agotamiento que da lugar a las llamadas enfermedades de adaptación. En dicha respuesta corporal participan dos sistemas principales, la rama simpática que estimula la medula suprarrenal para producir adrenalina y noradrenalina, y el sistema hipofisario que implica la liberación de cortisol. La teoría del estrés basada en la respuesta física y psicológica, ha sido criticada por tener énfasis en lo orgánico Belloch, Sandín y Ramos (2008), recopilan investigaciones en las cuales se evidencia la participación de estímulos emocionales en la generación de la respuesta; así también se comprobó que en la respuesta del estrés influye la percepción de control que tenga el sujeto sobre el estresor.

Por su parte, Holmes y su equipo en 1967 fueron pioneros en definir al estrés en relación a los estímulos del ambiente, los cuales podían perturbar el funcionamiento del organismo considerándolo como una variable externa independiente y versátil en cada individuo según su tolerancia; esta teoría inicio el enfoque psicosocial del estrés (Sandín, 2003). Los sucesos vitales fueron definidos por Holmes como acontecimientos que implican cambios importantes, una modificación en las actividades habituales de los individuos en su vida diaria; por consiguiente el estrés obedece a la ocurrencia múltiple de dichos sucesos que según su necesidad de cambio implica reacciones fisiológicas y psicológicas. Los cambios vitales pueden ser extraordinarios como catástrofes naturales, enfermedades, violencia o principalmente normativos referidos al desempleo, divorcio, pérdida de un hijo, entre otros. Se proponía estudiar la relación entre estrés y la salud observando la vulnerabilidad del organismo en desarrollar un trastorno o enfermedad, las cuales dejaban ser una causa unifactorial. Los cuestionamientos hacia su método cuantificable y teórico se basaron principalmente en que no consideraba el impacto diferencial de cada individuo con respecto a los sucesos vitales propuestos en sus investigaciones (Belloch et al., 2008).

Desde una perspectiva sociológica, se discutió sobre la definición del cambio o crisis vinculada al estrés, la cual no siempre implica un efecto dañino; los cambios son inevitables en el progreso de las diferentes etapas de la vida; por esta razón su potencialidad de ser estresante dependerá de su cualidad y de las características del individuo que los experimenta (Belloch et al., 2008; Sandín, 2003). Existen reacciones que pueden considerarse normales o indicadoras de activación fisiológica, cognitiva o conductual y que sólo pueden denominarse como factores de estrés por su persistencia a través del tiempo, siendo complejo

confirmar que una reacción es producto del estrés y no por motivo de otras causas (Gómez Ortiz, 2005).

Desde un encuadre de énfasis psicológico y transaccional, Folkman (1984) propone que el estrés no pertenece a la persona o al contexto, ni tampoco es un estímulo o una respuesta, más bien se trata de un conjunto de interacciones recíprocas y particulares entre el sujeto y el entorno. Por su parte Lazarus (1986) afirma que los seres humanos cumplen un rol activo, en donde media una evaluación cognitiva en la forma de apreciar los acontecimientos estresantes como algo que excede sus propios recursos para resguardar su bienestar personal. Lazarus y Folkman (1986) establecen tres tipos de evaluaciones. La primaria efectuada en cada encuentro con las demandas externas o internas pudiendo ser percibidas como daño, desafío, amenaza o beneficio. La evaluación secundaria, sujeta a la apreciación de los propios recursos personales, habilidades, materiales y apoyo social para afrontar la situación. Finalmente, existe una reevaluación que acontece a medida que se produce la interacción y permite corregir las valoraciones anteriormente realizadas por la persona.

En el abordaje sobre el estrés psicológico Lazarus (2000) indica fundamentalmente centrarse en el componente subjetivo del estrés. Para que una relación sea estresante, se debe dar la condición de que el sujeto desee algo del medio, ya sea evitar ciertos resultados o la gratificación en cumplir ciertas metas y objetivos. Éstos son significados relacionales sobre los que se centra el estrés psicológico. Las personas difieren significativamente en sus metas, creencias sobre sí mismas o el mundo y en los recursos personales, sobre los que dependen sus expectativas de logro. Una persona estará estresada sólo si la situación imposibilita el compromiso de una meta importante y las intenciones situacionales, o es contraria a las expectativas altamente valoradas. El grado de estrés está asociado a la intensidad del compromiso y, en menor parte, con las creencias y las expectativas que crean, que pueden ser realizadas o evitadas. En efecto un enfoque relacional incluye las características ambientales y personales, y su importancia relativa, basado en las valoraciones subjetivas de lo que está sucediendo (Lazarus, 2000). Como resultado de lo expuesto, el estrés se basa en un modelo procesual y relacional en la interacción con el medio y no a un modelo organísmico o situacional como anteriormente fue citado (Belloch et al., 2008).

Es preciso mencionar que las condiciones sociales, como refiere Cockerham (2001), es decir los roles que cumplimos, nuestras relaciones interpersonales e intrapersonales, la actividad laboral, entre otras, pueden estar implicadas tanto en las causas como en las consecuencias de las experiencias estresantes, por lo tanto las situaciones sociales pueden

provocar altos niveles de estrés que, a su vez, afectan a la salud, a la calidad de vida y la longevidad.

Siguiendo la misma línea Bulacio (2004), explica que desde la prehistoria los seres vivos buscan su adaptación al medio para su supervivencia, en donde el estrés media manteniendo el equilibrio interno del organismo, evitando la muerte. Hoy en día, el ser humano es genéticamente igual al hombre de la prehistoria, pero se encuentra atravesado por la cultura, en consecuencia se generan necesidades psicológicas y sociales que implican la adaptación a estos cambios de manera acelerada, superando el ritmo lento de la evolución del cuerpo humano. En efecto, se puede generar un desbalance al verse sobrepasada la capacidad de respuesta, produciéndose una activación del organismo, que será inespecífica. Dicho autor, diferencia el estrés de la ansiedad, siendo esta última una de las tantas formas que tiene la persona de responder al estrés, como también lo son la depresión, la ira, como formas adaptativas. La ansiedad es propia del hombre y es considerada una emoción normal. Su función es anticipar situaciones de riesgos, relacionadas con la defensa o con el ataque, además permite movilizar al hombre hacia objetivos y metas. Cuando la ansiedad es generalizada, de respuesta rígida se vuelve desadaptativa o disfuncional, pudiendo ser patológica y de carácter inhibitorio (Bulacio, 2011).

3.6. Afrontamiento y emoción

El afrontamiento es definido por Lazarus y Folkman (1986) como la respuesta que implica todos los esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza el individuo para hacer frente a las demandas valoradas como desbordantes externas y/o internas, originarias del malestar emocional vinculado con el estrés. Se plantea el afrontamiento como un proceso que varía en sus evaluaciones y reevaluaciones en interacción con el entorno, independientemente del resultado obtenido. Se excluyen los pensamientos y conductas automáticas adaptativas que no requieren esfuerzo. Afrontar hace referencia a aceptar, tolerar, minimizar, evitar las situaciones estresantes o dominar el entorno influido por la reevaluación de lo que está ocurriendo y de lo que puede hacerse al respecto (Sandín, 1999).

Siguiendo la línea de dichos autores, se plantean dos tipos de actividades movilizadoras en el afrontamiento, la cognitiva que se refiere cuando el sujeto intenta encontrar nuevos significados a esos estímulos y valorarlos de tal manera que sean menos desagradable; y el conductual caracterizado por el esfuerzo motor y las conductas dirigidas a minimizar la diferencia y confrontar la realidad. Lo contrario al afrontamiento es la evitación, el sujeto huye de la situación, queda paralizado acrecentando el miedo, el síntoma y el

problema respondiendo pasivamente (Bulacio,2011; Lazarus & Folkman, 1986). En la evitación conductual, la persona reduce los esfuerzos para confrontar de manera directa los sucesos estresantes, por ejemplo distrayéndose o haciendo usos de sustancias. La evitación cognitiva se refiere a pensamientos que intentan desligarse de la cuestión (Krzemien, Monchietti & Urquijo, 2005).En consecuencia, el afrontamiento cognitivo puede tener un estilo activo, pasivo o evitativo, lo mismo sucede con el afrontamiento conductual. Labrador y Crespo (1993) sugieren que cuando la persona logra controlar los factores estresantes, su activación fisiológica disminuye; de lo contrario si la respuesta al estrés es frecuente y constante en la activación del organismo, puede provocar diversos trastornos psicofisiológicos como endócrinos, sexuales, cardiovasculares, dermatológicos, inmunológicos, musculares, respiratorios y gastrointestinales. Por lo tanto, al poseer estrategias de afrontamiento adecuadas, por más que las situaciones estresantes sean continuas, impide la activación excesiva y el desarrollo de los trastornos antes mencionados.

El afrontamiento puede estar focalizado en la situación problemática y evaluación previa de la misma, como en el manejo de la propia respuesta emocional (Fernández Abascal, 1997; Lazarus & Folkman,1986).No obstante Labrador (2008), añade otros factores a las características individuales entre ellos, el cambio de una situación habitual, la duración de la situación de estrés, severidad o impacto del estresor, el tiempo que la persona posee para anticiparse o por el contrario su inminencia, posibilidad de que ocurra el acontecimiento, la incertidumbre y por último el estilo de vida integrado por la profesión, la familia, la clase social, entre otras.

Lazarus (2000) se ocupó más tarde en el estudio de las emociones y su primordial rol en aportar información sobre la persona, en continua vinculación con el entorno. Propuso que conocer la emoción que se experimenta permite disponer un conocimiento clínico sobre las dinámicas de la vida adaptativa de dicha persona. Confirma que ciertas emociones como son la ira, la envidia, los celos, el temor, la culpa, la vergüenza y la tristeza se originan a partir de condiciones estresantes percibidas como perjudiciales, amenazantes o retadoras. No obstante, emociones de tono positivo como la felicidad, el orgullo, el amor y la gratitud surgen de circunstancias favorables, pero del mismo modo se relacionan con situaciones amenazantes y estresantes. Cita como ejemplo el alivio posterior a una situación peligrosa; el amor altamente estresante cuando no es correspondido; o el temor a que finalice la felicidad. Las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción, generalmente aparecen cuando no se pueden controlar las condiciones ofensivas, desafiantes y amenazantes del entorno. Por el contrario las formas de afrontamiento dirigidas al problema, surgen cuando las condiciones

son evaluadas como susceptibles al cambio (Lazarus & Folkman, 1986). La función característica de la emoción es la organización; las emociones coordinan los recursos psicológicos en un lapso breve de tiempo con el fin de dar una respuesta eficiente a la situación (Fernández Abascal & Palmero, 1999). Existen similitudes y conexiones entre la emoción y el estrés en donde participan la experiencia subjetiva, los cambios fisiológicos, la conducta expresiva y la evaluación cognoscitiva (Gross, 1998).

El afrontamiento ha sido sugerido conceptualmente en diferentes términos, tales como las estrategias y los estilos de afrontamiento. En el primer caso se trata de formas de enfrentar al estrés más específicas a la situación que los desencadena y altamente cambiantes, se busca llevar a cabo acciones concretas para modificar las condiciones del estresor y tratar de controlar la tensión (Fernández Abascal, 1997; Sandín, 1999). La finalidad adaptativa de las estrategias de afrontamientos será el sostener el equilibrio emocional, preservar una autoimagen positiva, sentido de competencia, sostener el apoyo social y anticiparse a futuras situaciones conflictivas (Krzemien et al., 2005). Por su parte, los estilos de afrontamiento constituyen tendencias personales para llevar a cabo unas u otras estrategias, siendo más estables (Fernández Abascal, 1997; Sandín, 1999). Como exponen Palmero y Fernández Abascal (1999) si un afrontamiento fue utilizado con éxito, el mismo suele generalizarse persistentemente ante otras situaciones diferentes a la que lo originaron, pudiendo dejar de ser funcional; de tal forma si el afrontamiento fracasa se lo puede desestimar en situaciones que podría ser funcional su utilización, por consiguiente la sobre generalización es un ejemplo de estilo de afrontamiento.

Folkman y Lazarus (1986) establecen que las estrategias de afrontamiento orientadas al problema son similares a las implementadas para la resolución de los mismos. La diferencia consiste en que el afrontamiento dirigido al problema incluye las estrategias que se refieren al ambiente como al interior del individuo; siendo los procesos motivacionales, cognitivos, el aprendizaje de nuevos procedimientos, desarrollo de gratificación y variación en las aspiraciones. Con respecto a las estrategias focalizadas en la emoción, intentan disminuir o reducir el tono emocional, como son la evitación, la focalización en lo bueno, distanciamiento, comparaciones positivas, el desahogo de los sentimientos, la liberación cognitiva a través de actividades que permitan la distracción del estresor o el aferrarse a drogas u otras sustancias para evitar pensar en la problemática. Por otro lado estrategias conductuales como hacer ejercicio, meditar, buscar apoyo no son reevaluaciones en sí mismas.

Es de gran importancia destacar las distintas variables que pueden influir en la selección de estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas en situaciones de estrés, denominadas recursos de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986). Los recursos de afrontamiento son un potencial para la acción, pero no la acción concreta (Sandín, 1999). Es imposible catalogar todos los recursos que muestran las personas para afrontar las infinitas demandas percibidas como estresantes de la vida, siendo los más fundamentales para Lazarus y Folkman (1986), la salud y la energía. Se añaden las creencias de autovaloración, como recurso psicológico, de verse a sí mismo positivamente. Se incluye la esperanza frente a escenarios adversos, el alentar la creencia de tener el control frente a cierta situación o la fuerza suficiente o confiar en una persona determinada. La esperanza se sostiene cuando tales creencias hagan factible un resultado favorable (Lazarus & Folkman, 1986).

Por su parte Bandura (1987) introdujo el concepto de autoeficacia, que se refiere a la expectativa del sujeto en considerar que posee las capacidades necesarias para desempeñar las acciones hacia una meta; la percepción influye en el pensamiento y la posterior conducta. La creencia en los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación, si es positiva fomentará a invertir más esfuerzos, ser persistentes, comprometidos con las metas y la toma de decisiones; o por el contrario un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, enojo y ansiedad. Otros recursos a considerar son las técnicas para la resolución de problemas, es decir la habilidad de disponer de la información necesaria, realizando un análisis de las alternativas y predicción de las opciones posibles y desarrollando un plan de acción acorde a los objetivos; los recursos materiales, como los bienes y servicios o el dinero en sí mismo, que con su uso adecuado reducen la vulnerabilidad permitiendo un afrontamiento con mayores posibilidades; las condiciones personales que se refieren a la cultura, creencias y valores en donde está inmersa la persona y la harán actuar de determinada manera pudiendo ser apropiadas o no aceptadas socialmente (Lazarus & Folkman, 1986)

De acuerdo con Lazarus (2000), Pearlin (1989), Thoits (1986) el apoyo social es considerado un recurso de afrontamiento. Pearlin (1989) menciona que no debe confundirse con redes sociales potencialmente disponibles, sino son los recursos que la persona realmente dispone, utiliza y se apoya en situaciones de estrés. Según Cockerham (2001) la pertenencia y la aceptación de las normas de interacción en los grupos sociales, beneficia a las personas a tener mayor control sobre la información vinculada al estrés y en efecto aumentar su nivel de habilidades sociales para la identificación, el sentirse acompañado, el poder pedir ayuda e incrementar su autoconfianza.

Los estilos de afrontamiento están relacionados con las características psicológicas estables del sujeto, es decir su personalidad (Bulacio, 2011). En los mismos términos planteados por Millon (2001), existen diferentes perfiles de personalidad, siendo definida por dicho autor como una unidad integrada por distintos dominios que interactúan entre sí. Postula que su variación corresponde a la interacción biológica, psicológica y social del sujeto con su ambiente, teniendo un carácter adaptativo. Dichos perfiles de personalidad son diferentes tanto conceptualmente como en su intensidad, unos a otros dentro de un continuo.

Se menciona un estudio realizado por Urquijo y Krzemien (2007), en el cual se administró MIPS en mujeres adultas mayores y ancianas de la ciudad de Mar del Plata, Argentina. Se propuso evaluar los procesos dinámicos de la personalidad y el envejecimiento no patológico y su variación según el apoyo social percibido. El mismo concluyó que las mujeres ancianas que presentaban apoyo social elevado, se caracterizaban por ser extravertidas, comunicativas y firmes, con actitud de involucrarse socialmente, favoreciendo la confianza en sí mismas. Por el contrario las mujeres adultas mayores que presentaban un escaso apoyo social, permanecían asiladas socialmente, con orientación introspectiva, tendían a datos empíricos de la experiencia, siendo cooperativas e independientes, pero con escasa autovaloración.

Se considera necesario realizar investigaciones futuras en el conocimiento del adulto mayor y su personalidad, dado el creciente envejecimiento poblacional, a fines de poder brindar herramientas clínicas adaptadas a tal población (Urquijo & Krzemien, 2007).

3.7. Conceptos de la Psicoterapia Cognitiva Conductual

Los principales modelos que marcan el comienzo de las terapias cognitivas son la Terapia Racional Emotivo Conductual en 1954 de Ellis y la Terapia Cognitiva de la Depresión en 1964 de Beck (Caro Gabalda, 2007). Ambos autores provenían del Psicoanálisis, su alejamiento se fundó en considerar que dicha escuela no aportaba evidencia empírica ni resultados clínicos prósperos. Por la rama del Conductismo, se mencionan Bandura, Meichenbaum, y Lazarus; por tal motivo se utiliza la denominación de Terapia Cognitivo Conductual (TCC), para mostrar el carácter integrador de ambos modelos. Más allá de dichas corrientes, se destaca Kelly en 1955 cómo el primer teórico cognitivo, dándole atención al fenómeno de anticipación. De manera resumida, se puede destacar que el aporte de dichos autores fue la inclusión de la relación bidireccional entre el individuo y el medio, pero fundamentalmente la consideración de la cognición como el componente determinante de la conducta. Un aspecto notable de los modelos cognitivos son las validaciones empíricas

y la sistematización de sus tratamientos, logrando que la psicología científica se acercara a la práctica psicoterapéutica (Fernández, García & Crespo, 2012).

Los conceptos básicos de la terapia cognitiva, aunque pueden utilizarse diferentes términos, son los esquemas, los procesos y las creencias. Beck (1976) define a los esquemas cognitivos como estructuras relativamente estables, que permiten atribuir significado al mundo; constituyen la base de las interpretaciones de la realidad. Los esquemas definen la organización preexistente de los conceptos, los cuales son dinámicos y cambiantes con las nuevas experiencias. Todas las personas poseen esquemas que permiten escoger, organizar y categorizar los estímulos de manera que sean accesibles y tengan sentido. Los esquemas contienen creencias, son construidas y generalizadas a partir de experiencias y procesos cognitivos particulares. Se identifican dos tipos de creencias, las nucleares intrínsecas que constituyen el self de la persona, su identidad y por lo tanto son difíciles de cambiar; a diferencia de las creencias periféricas, que no involucran a los aspectos centrales de la personalidad, siendo más factible su modificación (Fernández et al., 2012).

Los pensamientos automáticos, son consecuencia de los esquemas, se caracterizan por ser involuntarios, poco razonables, disfuncionales, repetitivos e idiosincrásicos (Beck, 1976). Pueden ser verbales o aparecer en forma de imágenes. Se presentan como certeza absoluta, se imponen sin ser cuestionados modificando la conducta y el afecto. A diferencia de las creencias, los pensamientos automáticos se pueden lograr identificar, permitiendo su intervención desde la terapia (Caro Gabalda, 2007; Fernández et al., 2012).

Las distorsiones cognitivas son alteraciones que llevan al individuo a realizar conclusiones erróneas, aunque realicen una percepción correcta de la situación (Beck, 1976).

Los principales sesgos cognoscitivos son inferencia arbitraria (se sostienen conclusiones negativas sin evidencias ciertas); maximización (agrandar aspectos o cualidades, en contrario a la minimización siendo subestimadas); abstracción selectiva (las personas se centran en lo negativo de las situaciones como relevante, para luego elaborar conclusiones desafortunadas); generalización excesiva (a partir de eventos aislados); personalización (establecer relaciones que logran autoatribuirse hechos y fenómenos externos que no tienen que ver con el sujeto); pensamiento dicotómico (utilización de categorías polares para clasificar a situaciones o personas); adivinación (pronosticar de manera negativa futuros sucesos), entre otras (Caro Gabalda, 2007; Fernández et al., 2012).

En la Terapia Cognitiva se pueden destacar dos objetivos fundamentales. En el corto plazo se busca eliminar las creencias y síntomas disfuncionales que presente el paciente y al largo plazo, que se adquieran las habilidades necesarias para corregir dichas las distorsiones

cognitivas que vayan surgiendo, a fin de que sean más funcionales y adaptativas. (Bulacio, 2011; Fernández et al., 2012).

3.8. El método terapéutico TCC

Beck (1976) sostiene que el terapeuta cognitivo debe aceptar plenamente al paciente, ser auténtico y fundamentalmente empático. El vínculo o relación terapéutica se describe por el empirismo colaborativo. Se buscará evidencia que refute o confirme los supuestos o creencias en cuestión, donde el paciente junto al terapeuta construyen experiencias que permiten comprobar su grado de veracidad o su falsedad. La TCC se basa en el presente, en donde el terapeuta dispone de diversas técnicas a fin de modificar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta del paciente, enseñándole habilidades y estrategias en sesiones estructuradas y de tiempo limitado.

Desde el marco de una TCC propuesta por Beck (1983), se parte de una relación triádica conformada por los pensamientos o cogniciones, la conducta y la emoción; la variación en alguno de ellos, provoca la modificación en los otros. Bulacio (2011) relata que el terapeuta cognitivo fomenta al paciente a pensar y actuar dando nuevos significados a la experiencia, logrando su adaptación y realidad hacia su problemática. Colabora junto al paciente en detectar, identificar y confirmar la forma en que valida, controla y modifica sus déficit cognitivos, como las creencias distorsionadas o definiciones equivocadas, sosteniendo que los eventos no producen los síntomas, sino las expectativas que el sujeto otorga y la valoración que realiza de esas situaciones (Beck, 1983).

Se destaca el cuestionamiento socrático por parte del terapeuta, mediante preguntas abiertas hasta lograr que el paciente libremente realice asociaciones y argumentaciones. Se trabaja en el autocontrol, realizar lo que el paciente desea hacer y no responder únicamente a las exigencias del medio. Las tareas programadas para el hogar en cada sesión, son unas de las herramientas terapéuticas más importantes dentro de la TCC (Bulacio, 2011; Fernández et al., 2012). Otro entrenamiento importante es modificar el foco de atención, se proponen actividades de distracción, con el fin de aliviar síntomas emocionales. También la participación en actividades recreativas como la actividad física, participación de talleres, entre otras; promoviendo que el paciente identifique el dominio y placer que les generan. Se añaden técnicas de relajación, con el objetivo que la persona reconozca señales fisiológicas que lo tensionan y realice habilidades aprendidas para reducirlas junto a técnicas de respiración.

Por último, se establece como prioridad desde la primer sesión, la herramienta

psicoeducacional, brindándole información al paciente sobre sus problemas y padecimientos, siendo fundamental para la adherencia en el tratamiento y su colaboración activa animándose a revisar creencias disfuncionales, cumplir ciertas tareas y estar abierto a las sugerencias o indicaciones terapéuticas (Beck, 1983; Bulacio, 2011; Fernández et al., 2012).

En los mismo términos, basado en el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984) mencionado anteriormente, el Entrenamiento en Inoculación de Estrés, (EIE) es un conjunto de técnicas cognitivo conductuales diseñado para el tratamiento de problemas de ansiedad y el impacto del estrés en lo cognitivo y afectivo (Fernández et al., 2012). Meichenbaum (1987), describe tres fases interrelacionadas. En la fase de conceptualización, el objetivo es proporcionar una explicación del problema que ayude al paciente a comprender la naturaleza del estrés y su efecto sobre la emoción y la conducta. En dicha etapa, el terapeuta utiliza herramientas como la entrevista, la memorización de imágenes, el autorregistro, las evaluaciones conductuales y los test psicológicos que considere necesarios a fin de recoger información sobre la naturaleza del estrés del paciente y su posterior reconceptualización.

La segunda fase se denomina adquisición de habilidades y ensayo. Se revisan, aprenden y entrenan durante las sesiones, estrategias de afrontamiento cognitivas, conductuales y de control emocional. Sin embargo, algunos pacientes poseen previamente habilidades de afrontamiento, en tal caso la tarea del terapeuta en colaboración con el paciente, será trabajar con los diferentes factores intra e interpersonales que podrían inhibir su realización. Las técnicas implementadas incluyen prácticas de relajación, procedimientos de reestructuración cognitiva, toma de decisiones y autoinstrucciones (Meichenbaum, 1987).

El Entrenamiento en Autoinstrucciones (EA) es un programa de intervención creado por Meichenbaum, dirigido al dialogo interno que tiene el individuo consigo mismo. El objetivo es instaurar o modificar dicho dialogo, cuando interfiere en la ejecución de una acción determinada, favoreciendo la autorregulación de la conducta, focalizando la atención y reforzando la acción (Fernández et al., 2012). Por otra parte, la negación debe ser considerada por el terapeuta en ciertas situaciones de estrés, ya que el distanciamiento o el no hacer nada, posee valor adaptativo cuando no se puede ejercer el control (Lazarus, 2000).

La tercera fase es la de aplicación y consolidación, el objetivo principal es que a medida que el paciente va adquiriendo las habilidades de afrontamiento las ponga en práctica inicialmente en las sesiones y posteriormente de manera gradual en situaciones reales. Con en este fin, el terapeuta puede emplear una variedad de técnicas, entre ellas el ensayo imaginado, el ensayo conductual y la representación de papeles. Es fundamental considerar la

extensión de las sesiones a futuro, para el refuerzo e intervenciones de seguimiento y consolidación para la prevención de recaídas, en consecuencia el entrenamiento no finaliza bruscamente, sino que las sesiones disminuyen durante un periodo de transición (Meichenbaum, 1987).

Bulacio (2011) propone que la intervención terapéutica deberá basarse en un diagnóstico principal, referente al motivo de consulta y patologías presentadas, en conjunto a un diagnóstico general que brinde información sobre las actividades diarias, composición familiar, características del paciente, circunstancias y naturaleza de los problemas manifestados en relación con el objeto de consulta. Sostiene que un tratamiento efectivo debe ser multidisciplinario, en constante comunicación y trabajo en equipo. Recurrir a las diversas técnicas que ofrece la terapia cognitiva, acudiendo a prescripción farmacológica mediante la intervención psiquiátrica en caso de ser necesario, y fundamentalmente la psicoeducación y búsqueda de apoyo social.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

El estudio a realizar es de tipo descriptivo y estudio de caso.

4.2. Participantes

Marina de 70 años de edad, convive con su pareja hace 26 años en la casa de él, en Capital Federal. Se divorció hace 33 años del padre de sus tres hijos, con el cual mantenía buen vínculo de manera frecuente, su ex marido falleció hace cuatro meses de un infarto.

Tiene tres hijos: Paula (44) casada con cuatro hijos, viven en Estados Unidos; Andrea (40) tiene dos hijos vive también en Estados Unidos, y por último Matías (34) soltero, vive en el departamento familiar en Argentina, aceptó su homosexualidad hace 3 años, presenta conflicto con sus hermanas, no trabaja. Hace 5 años que no viaja a ver a sus hijas y nietos. Entre los hermanos señaló conflictos de celos, no hay comunicación, y reclamos hacia la paciente por preferencias hacia su hijo menor. Desde que falleció su ex marido, no habla con su hija mayor ni con sus nietos, manifestó que la angustiaba la situación y recibía constante maltrato de sus hijas, principalmente. Su pareja actual no tiene hijos, tampoco un vínculo frecuente con los hijos de la paciente. Marina trabajó durante 48 años, se jubiló hace 3 años.

No realiza actividades recreativas, ni físicas. No tiene vínculos extra familiares, como amigos o vecinos. Se sostiene con su jubilación y los ingresos de su pareja, no recibe ayuda de sus hijos. Posee buen nivel académico. No se presentó historia psiquiátrica en la familia.

Se autoadministraba benzodiacepinas en poca dosis regularmente. Hacía 5 años que no realizaba psicoterapia. Presentaba buen aspecto físico y recursos expresivos. Su diagnóstico fue Trastorno Adaptativo con alteración mixta de las emociones o la conducta, categorizado en el DSM-5 dentro de los "Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés" (American Psychiatric Association, 2014).

Se trabajó con la información brindada por el médico psiquiatra que atendió a la paciente, para conocer específicamente cómo se construyó el diagnóstico y qué tipo de intervenciones se aplicaron. El profesional es masculino, de 50 años de edad, trabaja hace 25 años en el hospital donde se realizó la Práctica Profesional. En su formación posee un Master en Psicología Cognitiva y trayectoria académica en dicha área desde los inicios de su ejercicio profesional. Es profesor titular en formación académica universitaria en psicopatología de adultos; Director de la fundación que realiza jornadas formativas e informativas de estrés y ansiedad para la comunidad y profesionales de la salud. Su trabajo en el hospital no está restringido a la atención psiquiátrica y prescripción de farmacología, sino que además brinda servicio de psicoterapia cognitiva conductual a adultos mayores, que pueden o no manifestar patologías clínicas crónicas.

4.3. Instrumentos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas al terapeuta, con el objetivo de recabar información acerca del entrenamiento en estrategias de afrontamiento al estrés y autovaloración trabajadas con la paciente. El profesional colaboró resaltando ciertos aspectos sucedidos durante las sesiones realizadas. Se dialogó sobre la historia clínica, las distintas intervenciones aplicadas, las tareas desarrolladas por la paciente y los logros observados.

Se administraron las mismas baterías psicométricas que habían sido realizadas hace un año, para evaluar progresos en la paciente luego del tratamiento:

- Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS). Consta de 180 elementos, formato de respuesta verdadero/falso, agrupados en 12 pares de escalas yuxtapuestas teóricamente que se organizan en tres áreas: metas motivacionales, que evalúan la orientación de la persona a obtener refuerzo del medio; modos cognitivos que evalúan los estilos o modos de procesamiento de la información; y comportamientos interpersonales que evalúan el estilo de relación con los demás. Las escalas de validez son Impresión Positiva, Impresión Negativa y Consistencia. La adaptación definitiva del cuestionario ha sido publicada para su uso (Millon, 2001), habiendo sido adaptado y validado en población española, así

como utilizado en contextos aplicados (Sánchez López & Casullo, 2000). En muestras latinoamericanas, obtiene una fiabilidad de $\alpha = 0.72$, con un valor de 0.73 para mujeres y de 0.71 para varones (Millon, 2001). Este inventario es autoadministrable en papel y lápiz. El MIPS se puede aplicar a población adulta mayor de 18 años, con un nivel mínimo de estudios de secundaria y funcionamiento psicológico típico. La duración máxima de aplicación es de 40 minutos, pudiéndose aplicar de forma individual o colectiva.

- Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA), basado en la adaptación de Leibovich de Figueroa (1999). Evalúa la valoración y el afrontamiento que realizan los sujetos frente a determinados sucesos. Para realizar el inventario, se pide a los sujetos que respondan a los ítems en función de la situación más estresante ocurrida en las últimas dos semanas. Este inventario consta de tres escalas para evaluar la valoración de la situación. Valoración de la Situación como un Desafío (VSD), Valoración de la Situación como Amenaza (VSA) y Valoración de la Situación como Irrelevante (VSI). También incluye seis escalas para evaluar las estrategias de afrontamiento (estrategias cognitivas, conductual-motoras, centradas en la situación, centradas en la emoción, evitativas y pasivas).

De la historia clínica de la paciente, se obtuvieron datos relevantes como edad, grupo de convivencia, profesión, diagnóstico, evolución, tratamientos realizados, medicación y toda información que pudiera ser útil para el presente análisis.

Se realizó observación participante de la paciente en las sesiones de terapia individual dentro del Hospital.

4.4. Procedimiento

Se reunió información del caso clínico sobre las intervenciones que fueron realizadas, los diferentes puntos centrales en el que se basó el tratamiento y las tareas efectuadas por la paciente, en la adquisición de estrategias de afrontamiento al estrés situacional y referentes al ciclo vital. Se continuó con su observación de las sesiones una vez por semana en el hospital de 60 minutos de duración. En el transcurso de las sesiones, se realizaron entrevistas al psiquiatra a cargo de cada encuentro, con el fin que analice y brinde información sobre el estado actual de la paciente. Durante las entrevistas individuales se le entregaron los test autoadministrables a la paciente. En primer lugar el MIPS, posteriormente el IVA. Se efectuó un análisis para conocer sus resultados y conclusiones pertinentes en comparación con los resultados otorgados con los test administrados en el inicio del tratamiento.

5. Desarrollo

5.1. Describir los factores de estrés que se presentan en la paciente adulta mayor

5.1.1. Presentación del caso

Con el propósito de describir el objetivo planteado, se trabajó a partir de la historia clínica de la paciente y con la entrevista semiestructurada al psiquiatra a cargo. Se recopilaron los datos necesarios para describir el tratamiento de Marina a partir de su motivo de consulta y diagnóstico establecido. La paciente asistió a su primera consulta en el sector de Neurología del Hospital, hace un año y tres meses. Llegó puntualmente al primer turno de las 8 am. Los signos registrados por el psiquiatra, quién luego realizará sus funciones desde un enfoque terapéutico, informaron que la paciente presentaba un aspecto saludable y cuidado, con vestimenta informal acorde a su edad. Su aseo personal era el adecuado. Su lenguaje articulado y fluido, por momentos acelerado. Se estableció un rapport positivo. No manifestaba alteraciones en la sensopercepción y en el curso del pensamiento. Se encontraba orientada en tiempo y espacio. No se observaron problemas de atención significativos. Su capacidad de juicio y raciocinio no evidenciaron anomalías. En su historia familiar no había cuadros psicopatológicos, ni enfermedades crónicas padecidas.

Se solicitaron estudios realizados por la paciente en diferentes áreas médicas, con el fin de considerar un diagnóstico integral que brindara información multidisciplinaria en aproximación al tratamiento psicológico adecuado y trabajo en equipo, siendo necesario para la formulación de un diagnóstico general, como ha mencionado su importancia Bulacio(2011).

El caso descrito, el terapeuta mencionó en las entrevistas realizadas, que se trataba de un envejecimiento biológico normal sin patologías crónicas que limitaran a la paciente en la realización de sus actividades diarias y autonomía, en iguales términos referenciados por Giro Miranda (2014). Es decir, la paciente transcurría un envejecimiento primario, inevitable por el paso del tiempo, pudiéndose programar y prevenir su estrés fisiológico fomentando herramientas para mejorar su calidad de vida, de acuerdo a Papalia (1991) y su mención sobre la teoría de envejecimiento programado.

Una vez completada la perspectiva médica y fisiológica, aspectos que fueron tratados principalmente con su médico clínico de cabecera, se orientó el proceso terapéutico hacia la integración de los factores psicológicos y sociales (Esquivel et al., 2009), planteados como problemática por la paciente. Dicha orientación permitió poder avanzar, con el transcurso de las sesiones, en definir aquellos factores que favorecían a su envejecimiento normal (Giro Miranda, 2016). Como mencionó su terapeuta en las entrevistas posteriores, era

necesariolograr que la paciente sea lo suficientemente flexible para poder apelar a los recursos desarrollados durante toda su vida y los entrenados desde la terapia, a fin de adaptarse a los cambios que implicaba envejecer y valorar adecuadamente las situaciones en las que se veía involucrada.

El motivo de consulta registrado en su historia clínica fue “necesito terapia, no quiero sentirme ahogada y acorralada por mis hijos”, manifestó que se sentía ansiosa, tenía insomnio de conciliación y sueños angustiosos, los adjudicaba principalmente a la reciente pérdida de su ex marido, donde tal suceso fue acompañado con la ruptura en la comunicación con su hija mayor y nietos, por discusiones y reproches recíprocos. Se definió a sí misma como torpe, decía “me siento bloqueada mentalmente”, cometía olvidos cotidianos, con mal humor, se sentía fatigada y con dolores de cabeza frecuentes. En su primera consulta, Marina se mostró ansiosa, sostuvo entre sus manos un pañuelo de papel que retorció constantemente mientras hablaba, en ocasiones interrumpió las intervenciones del psiquiatra. Declaró que se autoadministraba benzodiazepinas regularmente, sin prescripción médica. No realizaba psicoterapia hacía varios años.

En la entrevista clínica, se definió principalmente cuál era la conducta problemática, cuál era la naturaleza del problema, la percepción en cuanto a su gravedad y desde cuando era percibido por la paciente. El diagnóstico por parte del médico y terapeuta fue Trastorno Adaptativo con alteración mixta de las emociones o la conducta, dicho diagnóstico se encuentra categorizado en el DSM-5 dentro de los "Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés" (APA, 2014). Principalmente se observó en la paciente dificultad en adaptarse a nuevos ambientes y situaciones, como incapacidad en la toma de decisiones.

5.1.2. Factores de estrés en la paciente

Desde una perspectiva fisiológica y funcional, el envejecimiento es consecuencia del uso prolongado del organismo (Papalia, 1991). Como se ha mencionado en el marco teórico, cuando una persona vivencia factores aversivos, el estrés se presenta como respuesta fisiológica y psicológica del cuerpo ante los estímulos estresores presentados de manera continuada, implicando su agotamiento y por consiguiente trastornos adaptativos (Seyle, 1960).

El psiquiatra indicó en la entrevista realizada, la importancia en considerar la etapa del ciclo vital que transitaba la paciente, la misma permitió comprender las exigencias, expectativas y la ocurrencia de ciertos acontecimientos. Como se ha mencionado, dichos cambios en la vejez se ven acompañados por la disminución y lenificación del procesamiento

de la información, la reacción y destrezas (Montalvo Toro, 1997). Asimismo, el profesional mencionó la reducción en la capacidad extra de reserva fisiológica en la adulta mayor, siendonecesario para conservar el equilibrio en épocas demandantes, en acuerdo con lo referido desde la teoría por Papalia (1991). Esto conllevó a discurrir por parte del terapeuta, que la pacienteera proclive en desarrollar enfermedades que podían comprometer el funcionamiento de sus distintos órganos, y desde este punto fue importante el tratamiento de manera integral. Expresó que el tratamiento terapéutico requería proponer modificaciones en su vida cotidiana y en la forma de afrontar los cambios con nuevas herramientas adaptativas, siendo fundamentales su salud y energía, en los mismos términos referenciados por Lazarus y Folkman (1986).

Su terapeuta comentó, que Marina se encontraba atravesando demandas excesivas de su entorno, manifestaba en las sesiones una gran presión de sus hijos. Se registró en su historia clínica el sentirse “ahogada y acorralada” por no encontrar soluciones a las situaciones, considerándolas fuera de su control; su repertorio conductual y cognitivo no le eran suficientespara poder sobrellevarlas adaptativamente. En este sentido se muestra correspondencia con el estrés psicológico planteado por Lazarus y Folkman (1984), donde al experimentar cambios en la interacción recíproca con su entorno, sean positivos o negativos, la paciente realizó valoraciones subjetivas de los mismos, en la que se sintió excedida en su capacidad para afrontarlos.

Es desde dicho enfoque, centrado en el abordaje subjetivo del estrés (Lazarus, 2000), donde se planteó el tratamiento de la paciente. En función a su historia clínica y los aportes del terapeuta al recorrer la información de la misma, se establecieron los siguientes acontecimientos que se consideraron implicados en provocar altos niveles de estrés y un patrón de respuesta emocional con predominio ansioso, sentimientos de tensión, nerviosismo y preocupación siendo disfuncionales en su adaptación y conducta (Bulacio, 2011).

Marina trabajó durante 48 años, se jubiló hace 3 años. No realizaba actividades recreativas, ni físicas desde ese momento. El retiro de la vida laboral la hacía pensar que necesitaba modificar su rol frente a su pareja, quien trabajaba desde la casa que compartían. La angustiaba no saber estructurar su vida cotidiana y organizarse con las actividades para ocupar su tiempo libre. Cuando comenzó a tener mayor disposición horaria, significó una reorganización de su rutina. Mientras estaba en actividad laboral, su tiempo estaba destinado a tareas entorno a su horario de trabajo. La paciente comenzó a describir su vida cotidiana y sus preocupaciones al respecto. Manifestó que los fines de semana le resultan “pesados y largos”, “ya no espero que llegue el fin de semana para descansar, todos los días son iguales, el

tiempo es siempre igual”. A su vez, refirió tener contacto esporádico con vecinos y conocidos, por su parte no generaba aumentar la frecuencia de contacto.

En cuestiones relativas al empleo del tiempo, el paciente comentó que pasaba gran parte del día realizando actividades en torno a la casa como la limpieza, a veces colaboraba en ayudar en la cocina a su pareja, se dedicaba a la lectura y mirar televisión. Como se mencionó anteriormente, estas actividades domésticas colaboran a que se sienta activa la persona, pero carecen de sentido vital (Giro Miranda, 2014). Relató que había periodos que dedicaba mucha energía y tiempo a cuestiones relacionadas con su hijo menor Matías, que estaba desempleado y la tenía preocupada expresando “no sé si es depresivo”. Asistir al hospital era una de las pocas actividades programadas que cumplía en el curso de la semana.

Con la jubilación, no supo establecer una reorganización exitosa en la distribución de su tiempo y emprendimiento de nuevas actividades o la iniciativa de comenzar proyectos que la mantengan activa. Esto la limitó al espacio familiar, empobreciendo sus vínculos fuera de dicho ámbito. Cuando lo expuesto anteriormente sucede, los sentimientos se ven afectados como el estado de ánimo. Este punto presenta relación con la teoría de desapego (Salvarezza, 1988) en donde la paciente se fue desvinculando de manera natural de sus actividades de interés. El terapeuta a cargo mencionó, que era necesario proponer y ayudar a la paciente en retomar sus actividades y hábitos que le gustarán, encontrar nuevas motivaciones o que las mismas sean reformuladas para mantenerse activa y en consecuencia mejore la percepción de sí misma, contrarrestando la pérdida de su rol social y control de su vida diaria, en concordancia con lo referenciado por los autores Robledo Díaz (2016) y Zetina Lozano (1999).

Marina, para su subsistencia, dependía de los ingresos provenientes de su jubilación y del trabajo de su pareja; no recibía ayuda de sus hijos. Su seguridad económica estaba determinada por el tipo de relación laboral sostenida durante su periodo activo, sin recibir pensiones por su ex marido. Como se comentó anteriormente, los grupos más vulnerables son las mujeres, que poseen la incertidumbre económica a poseer ingresos más bajos (Osorio, 2006).

Su pareja continuaba en actividad, aun pasando la edad jubilatoria, preparando comida para delivery todos los días de la semana desde el hogar que compartían con Mariana, ocupando la cocina la mayor parte del tiempo. Al respecto la paciente expresaba “molesto si lo ayudo, no quiero meterme es su territorio”. Pensamientos negativos se vieron repetidos en otros ámbitos como en relación a sus hijos “me equivoque como mamá”, “tendría que haber estado más presente”; del mismo modo marcaba la falta de consideración por parte de sus

hijos en reconocer los esfuerzos que ella había realizado como madre. Dichos pensamientos, fueron rescatados en su historia clínica, como ejemplos que reflejaban la desesperanza de la paciente, sentimientos de descontento del pasado, favoreciendo su estancamiento y realizando valoraciones contrapuestas en lograr integridad de su persona y un análisis positivo del tiempo vivido, conforme a la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson (1950).

Dentro del núcleo familiar, la relación con los hijos influye especialmente en la percepción subjetiva de soledad en Marina. Se ha mencionado que las emociones acompañadas de tristeza y angustia pueden ser momentáneas o permanentes sujetas a diferentes causas (Muchnik & Seidmann, 1999).

Su terapeuta comentó, al repasar la historia clínica de la paciente, que el haber perdido la comunicación con su hija mayor, en consecuencia con sus nietos menores; la relación no fluida con su hija del medio, estando ambas radicadas en el exterior; favoreció a que la paciente sintiera debilitado el vínculo materno filial a causa de la distancia y la poca frecuencia de contacto. A dicha situación, el profesional agregó en la entrevista que, al no verse personalmente Marina con sus hijas hacia cuatro años, podría haber generado sensaciones de vulnerabilidad e indefensión, siendo lineamientos mencionados por Osorio (2006).

Se destacó en la información recopilada en la entrevista inicial y posteriores sesiones, la preocupación constante de la paciente en cómo se veía afectada la relación con sus nietos. Como se ha referenciado en la teoría (Robledo Díaz, 2016), los hijos adultos significan el nexo con los nietos; el rol del abuelo dentro de la familia también cumple una importante función para la evaluación cognitiva de soledad. La abuelidad es uno de los logros de la vejez, viéndolo desde la perspectiva de recuperar vínculos afectivos y la relación con los hijos. En el caso particular de la paciente, relató su terapeuta, estaba obstaculizada por la distancia, reconoció que anteriormente había sostenido una actitud intrusiva en opinar en cómo sus hijas manejaban la crianza de sus nietos, pero que luego optó por no entrometerse, refiriéndose a sí misma como “controladora”.

La forma en que se experimentaban dichas relaciones se volvían un aspecto fundamental para su bienestar subjetivo y calidad de vida, se ha mencionado la importancia en los roles que cumple la persona, como sus relaciones y actividades, en su influencia en el estrés (Cockerham, 2001).

Como se hizo referencia, la familia como red social de apoyo satisfactoria es incrementada en las personas mayores, debido a la falta de oportunidades para la generación de nuevos vínculos al verse restringidas sus actividades sociales, siendo el principal recurso en situaciones de crisis (Sluzki, 1998). Por lo tanto, el terapeuta explicó, que Marina

experimentaba una fuerte carga emocional, en las expectativas y demandas que adjudicaba a la relación con sus hijas principalmente. Le preocupaba si la evitación del contacto, era la manera adecuada para prevenir que su hija se enojara aún más con ella y perdiera el vínculo definitivamente. En su historia clínica se registró que sostenía peleas con su pareja, porque opinaba que tenía que llamar a su hija mayor, pero ella manifestaba que no le era fácil como encarar la situación. Le molestaba que su hija del medio no se involucrara al igual que Matías, el cual nunca se llevó bien con sus hermanas ni con su padre, pero no les decía nada al respecto. Con sus otros nietos mantenía un diálogo esporádico, mencionaba que “son más grandes y tienen su vida”, pero la preocupaba el estar perdiéndose el contacto con sus nietos más pequeños, al respecto creía que se iban a olvidar de que tenían una abuela.

Como se ha mencionado desde la teoría, la constitución de las redes implican el intercambio de recursos emocionales y materiales (Sluzki, 1998). Al ser dicho intercambio percibido como insatisfactorio a lo esperado, según expuso el terapeuta en la entrevista, se consideró necesario buscar alternativas para mejorar la calidad de sus vínculos existentes o alejarse de aquéllos que no la satisfacían. Marina se resignaba a la calidad de red establecida, sin buscar nuevas redes de apoyo, ni un esfuerzo de su parte para evaluar cómo recomponer los vínculos, se acomodaba a la dinámica que planteaban sus hijos, siendo dichos lineamientos por parte del profesional, afines a los expuestos por Cartensen (1995).

Según la entrevista inicial, cuando se le preguntó por qué consideraba que recibía dichos maltratos por parte de sus hijas, la paciente expresó que se quejaban por preferencias hacia su hijo menor quien vive en la casa familiar. Comentó como aspectos más destacados de su persona, sus continuas preocupaciones por los suyos, dejándose a ella misma en un segundo lugar, evitando preocupar a los demás, sin embargo sus hijas no consideraban que fuese así.

Como se ha referenciado, los adultos mayores poseen un pensamiento distinto sobre el compromiso y responsabilidad que sus hijos debieran tener sobre ellos (Osorio, 2016). De su hija mayor decía “siempre fue complicada, es difícil de tratar”, expresión registrada en su historia clínica. El terapeuta desarrolló al respecto, que la paciente aceptó que sobreprotegía a su hijo menor y se culpaba por no haber reaccionado apoyándolo cuando Matías había aceptado su homosexualidad, suceso que coincidió en el momento que se jubiló. El profesional a cargo, continuó exponiendo que ella aceptaba un comportamiento de dependencia hacia los deseos de su hijo menor, desconsiderando los intereses o necesidades que tenían sus otras hijas frente a ella como madre. Dicha dinámica con su hijo Matías, también le atrajo aparejado discusiones con su pareja, quien no consideraba que le estaba

haciendo bien a Marina. Se refirió a su pareja “no tiene hijos, no entiende lo difícil que es, y cuando crecen es peor”.

Por último, otro factor que se consideró valorado por la paciente como estresante, fue la muerte repentina de su ex marido, suceso ocurrido hacia 4 meses desde que comenzó acudir al hospital. Al respecto el terapeuta registró en la historia clínica que la paciente no logró anticiparse y prepararse de manera adecuada, dado su carácter sorpresivo, manifestando “me dejó sola con todo”. Se conoce que la novedad de la situación contribuye a que los eventos estresores sean afrontados de una manera dificultosa (Labrador, 2008). Su terapeuta indicó en la entrevista, que tal suceso la hizo pensar sobre la finitud de su tiempo, en concordancia con Salvarezza (1988). Se exteriorizó en las distintas sesiones de Marina, su preocupación al pensar quien la cuidaría si ella se enfermaba o si estaba preparada en cuidar a su pareja, si era él quien se enfermaba antes. La paciente decía “cuando sos vieja, no servís para nada”, “yo me siento bien pero mi cuerpo no me acompaña y la cabeza no me da más”.

En consecuencia, el profesional a cargo manifestó que al elaborar su vejez, la paciente se anticipaba negativamente, el reconocer en su cuerpo el paso del tiempo, la posicionó en una actitud negativa hacia sí misma, los demás y el ambiente haciendo propios prejuicios y expectativas ajenas (Fernández Ballesteros, 1991).

La mayoría de las sesiones que se recopilaron y analizaron en conjunto con el psiquiatra, estuvieron en torno a la regulación de sus emociones, el manejo de reacciones y preocupaciones ante su estado de ansiedad, el limitar y organizar el uso de fármacos, proponer nuevos roles sociales y restablecer sus vínculos familiares. Modificar al corto plazo sus pensamientos disfuncionales, en concordancia a la terapia cognitivo conductual postulada por Beck (1983), que la condicionaban en sus sentimientos de culpa, inquietud, miedo y agobio, enriqueciendo su conducta de aislamiento. En los inicios del tratamiento se manifestó en la paciente gran carga emocional. Como se ha mencionado, las emociones coordinan los recursos psicológicos en la experiencia subjetiva y la manera de evaluar cognitivamente y actuar en consecuencia (Fernández Abascal & Palmero, 1999).

Un aspecto importante, destacado por su terapeuta, fue la actitud proactiva de la paciente. Señaló al respecto, el planteamiento enfático de sus deseos y la preocupación de no encontrar las herramientas necesarias para poder resolverlos, asimismo su compromiso en trabajar por su bienestar. Asistió a todas las sesiones, colaboró con el profesional, quien desde un principio le proporcionó y transmitió la sensación de control frente a su vida, brindándole psicoeducación, reduciendo su incertidumbre, siendo aspectos destacados en la psicoterapia según Bulacio (2011).

Como se describirá en el siguiente objetivo, el proceso terapéutico se concentró en la adquisición de habilidades para la corrección de sus creencias y lograr el afrontamiento funcional ante sus valoraciones consideradas amenazantes a su bienestar, en los mismos términos planteados desde la teoría por Lazarus y Folkman (1986). Se trabajó fundamentalmente en el control de sus emociones y de las situaciones, en su autoeficacia, las habilidades sociales, establecer un estilo de vida saludable y apoyo social.

5.2. Describir el entrenamiento en estrategias de afrontamiento implementado, desde un modelo cognitivo conductual.

Para el desarrollo del presente objetivo, se realizaron entrevistas con el profesional a cargo de la paciente, con la intención de poder describir el proceso de entrenamiento en habilidades adaptativas desde un marco de TCC, con el aporte de la historia clínica y los datos registrados por el profesional.

En la práctica psicoterapéutica cognitivo conductual, como se ha referido, los conceptos pilares son los esquemas, procesos y las creencias de la persona (Beck, 1976). Por lo tanto, su manera de comportarse, como la forma de interpretar los acontecimientos, sus pensamientos, imágenes y sentimientos contribuyó a las reacciones de estrés que experimentaba la paciente. Percibía, recordaba e interpretaba selectivamente su experiencia para confirmar sus sesgos cognitivos (Beck, 1983; Meichenbaum, 1987). Para obtener cambios en la tríada: pensamiento, conducta y emoción, su terapeuta formuló que era necesario que Marina experimente que sus antiguas creencias eran cuestionables y no justificadas, siendo posible a través de la vivencia práctica en su vida cotidiana. Siendo conceptos teóricos alineados a la validación empírica (Fernández et al., 2012). De esta manera, se proporcionaba la información necesaria en un empirismo colaborador con el profesional en concordancia con Beck (1976), a fin de construir nuevas creencias gratificantes a sus situaciones diarias y de su ciclo vital.

La primera intervención, se inició con la entrevista semiestructurada a la paciente y la posterior psicoeducación para comprender y lograr conceptualizar aquello que motivó su consulta. Como se ha mencionado, uno de los factores que genera más estrés es la incertidumbre, en consecuencia el desconocimiento respecto de lo que le sucedía, podía motivar su angustia y anticipación negativa (Lazarus, 2000; Meichenbaum, 1987). Se ha comentado que dicha instancia es fundamental para la adherencia del paciente al tratamiento y predisposición a las sugerencias del terapeuta (Bulacio, 2011). Desde la primera sesión, indicó el profesional, se explicó cuál era la problemática y sintomatología que estaba

experimentando, instruyendo a la paciente sobre la naturaleza transaccional del estrés, referenciado en la teoría por Lazarus y Folkman (1984).

Explicó el terapeuta de Marina en la entrevista realizada, que la muerte de su ex marido, la pelea con su hija e incomunicación con sus nietos más pequeños, la preocupación hacia su hijo Matías, su aislamiento y vivencia del tiempo pasado y de qué manera afrontar lo que le quedaba por vivir, la hacían anticiparse negativamente de como sucederían dichas situaciones, desde una posición pasiva. Cuando se ponía a pensar en eso, comenzaba a ponerse nerviosa, le costaba dormir, se angustiaba, aumentaba los pensamientos y diálogos consigo misma.

Cuando la paciente describía situaciones estresantes, comentó el profesional, era alentada a que brinde detalles. Es decir que pueda argumentar cuáles aspectos de dichas situaciones le llamaba su atención, qué pensamientos pasaban por su mente, qué experimentaba emocionalmente, qué reacciones o comportamientos realizaba y como respondía su entorno en consecuencia.

El profesional a cargo formuló como objetivo principal en el corto plazo, y en correspondencia con los planteados por Beck (1983), era que Marina no se sintiera víctima del estrés, sino que comprendiera la influencia de sus expectativas en dichas situaciones para enriquecer su vivencia desadaptativa. El terapeuta buscó poder identificarla existencia de un patrón en sus respuestas y si las mismas se repetían en otras situaciones. En los mismos términos planteados por Lazarus (2000), era necesario comprender el sentido de los síntomas de la paciente, es decir comprender su funcionalidad dentro del contexto que ocurría.

El profesional continuó explicando en la entrevista, que una de las primeras propuestas fue sugerir a Marina de qué manera podían comprender y entender en cuáles circunstancias se sentía estresada y que le ocurría precisamente. En consecuencia, conjuntamente definieron en la primera semana, que la paciente anotará sus sentimientos, pensamientos y reacciones en forma de diario o autorregistro en tres momentos del día, la mañana, tarde y noche. El terapeuta mencionó que no se trabajó con la técnica de memorización de imágenes (Meichenbaum, 1987), ya que le presentaba una dificultad a Marina el poder imaginar una situación particular y relatar las emociones asociadas. Por otro lado, comentó que cuando se trabaja con gente adulta mayor, es necesario el repreguntar las instrucciones a fin de confirmar que fueron comprendidas. Deben ser sencillas y adaptadas al paciente.

Se hace mención sobre la administración de la medicación la cual se limitó a 0,25 mg de Alprazolam, derivado de las benzodiazepinas, para su estado de ansiedad y dificultad en

dormir. No presentaba efectos adversos, también el terapeuta promovió que dentro de la programación de tareas se realizarán prácticas para la higiene del sueño. Instrucciones como levantarse de la cama apenas se despertará, evitar dormir siestas durante el día, aplicar técnicas de respiración enseñadas, proveer un ambiente propicio en cuanto a iluminación, ventilación, como evitar comidas pesadas previas a acostarse, entre otras.

El hospital en donde trascurrían los encuentros, se estaban administrando baterías psicométricas, en el caso de Marina se solicitó que se autoadministrará los cuestionarios IVA (Leibovich de Figueroa, 1999) y el MIPS (Millon, 2001). En la entrevista realizada al terapeuta, el mismo explicó que se le entregó una batería a la vez, y debían ser devueltas a la semana próxima. Agregó que la paciente siempre cumplió con las tareas programadas que se le solicitaban en tiempo y forma, las mismas eran comentadas al principio de cada encuentro. El terapeuta manifestó que cuando traía las actividades resueltas, frecuentemente consultaba si estaban bien realizadas. El querer contentar o cumplir adecuadamente con la expectativa del otro, también fue información para el tratamiento.

Fueron considerados los recursos de afrontamiento de la paciente, es decir su nivel de educación, posición económica, recursos materiales, creencias, valores, entre otros (Lazarus & Folkman, 1986); como también su estilo personal evitativo y rasgos controladores. Una vez que se logró integrar las diversas fuentes de información, el profesional intervino por medio del dialogo socrático, tareas programadas, test psicométricos, autoregistros y transmitir a Marina la naturaleza de su problemática, alcanzando así a una instancia de reconceptualización correspondiente al conjunto de técnicas del EIE (Meichenbaum, 1987).

En este punto se hace referencia a los pensamientos automáticos (Beck, 1983). Se recataron de su historia clínica “no quiero sentirme ahogada y acorralada por mis hijos”, “todos los días son iguales, el tiempo es siempre igual”, “me equivoqué como mamá”, “tendría que haber estado más presente”, “me dejó sola con todo” “cuando sos vieja, no servís para nada“. Estos pensamientos, fueron abordados como hipótesis, el profesional intervenía de manera socrática devolviéndole sus expresiones con el fin de que la paciente las reconsidere y revalúe la validez de sus conclusiones. El psiquiatra desarrolló en la entrevista, que en la etapa de reconceptualización de las creencias de Marina le preguntó “Qué la hacía sentir acorralada y ahogada por sus hijos? Siempre se sintió así? En todo se equivocó como madre? Cómo sabía que para sus hijas ella había estado ausente? Qué pruebas tenía para decir que no servía para nada? A su vez, se observó cómo eran sus emociones frente a sus conclusiones o se intervenía directamente preguntando como la hacían sentir tales situaciones o pensamientos.

Sus distorsiones cognitivas (Beck, 1976) rescatadas en su historia clínica, eran principalmente de inferencia arbitraria y personalización. Se cita como ejemplo, que sus hijas eran complicadas al haber estado ausente como madre, que no servía para nada, que sus nietos menores se iban a olvidar de ella, entre otras. La personalización que su hijo menor estaba depresivo, atribuyéndose responsabilidad sobre esa situación. El etiquetado de ser vieja. Tenía una visión del futuro de desesperanza, con un razonamiento principalmente emocional, como se ha visto desde la teoría en acuerdo a Caro Gabalda (2001) y Fernández et al. (2012).

La siguiente etapa, indicó el terapeuta entrevistado, era poder determinar el grado o intensidad de gravedad que Marina le adjudicaba a las situaciones planteadas. A modo de ejemplo, con el temor que manifestó en volver a comunicarse con su hijay correr el riesgo de que ella se enojara aún más, se planteó desde la terapia en pensar qué era lo peor que podía suceder, si había otras alternativas. Se analizó conjuntamente hasta qué punto ella era realmente responsable de la vida de Matías, o de no tener contacto con sus nietos. Lo que se pretendía desde la terapia, era que la paciente aprenda a realizar interpretaciones alternativas. También se la orientó en fomentar su autoeficacia, concepto referido por Bandura (1987), para dirigir y aumentar su motivación y esfuerzos hacia las metas planteadas del tratamiento.

Se indicó que una de las técnicas aplicadas fue el role playing en varias de las sesiones. El propósito era que la paciente pudiera incrementar su habilidad de competencia y asertividad en su comunicación. Se practicaron diálogos con su hija mayor con el objetivo de poder reparar la relación o al menos poder lograr que sea habilitada a comunicarse con sus nietos. También en poner límites a los reclamos de sus hijos, expresando adecuadamente sus sentimientos y evaluando de diferente manera la gravedad de las situaciones. Durante el proceso de entrenamiento se buscó desarrollar y practicar actividades de distracción para modificar su foco de atención, siendo una de las estrategias referenciadas por Bulacio (2011).

Desde su atención interna, en pensar cosas agradables, en proyectar un viaje para ver a sus nietos, como de distracción externa, las cuálesfueron propuestas desde la terapia el anotarse y participar de actividades que la gratifiquen, el hablar con personas nuevas, entre otras. El objetivo era reducir los recursos atencionales dirigidos a los estímulos dolorosos o amenazantes (Lazarus & Folkman, 1986).

Era primordial, explicó el terapeuta, que Marina aprendiera a expresar su afectos adecuadamente, que los mismos no fueran el centro de sus conversaciones y de su atención, promoviendo la regulación emocional de la paciente, en acuerdo con lo mencionado por Fernández et al.(2012).

Con iguales propósitos, se aplicaron técnicas de relajación. El profesional explicó en la entrevista, que el proceso se orientó no sólo a que cuando se sintiera tensionada se tome un tiempo para poner su atención en la respiración y lograr relajar sus músculos, sino principalmente el terapeuta planteó en que retome actividades que la relajaran mentalmente, entre ellas salir a caminar invitando a su pareja que la acompañe, el realizar actividades de tejido como la hacía antes, o que se ocupe de la jardinería de su casa, ya que la cocina era área de su pareja. Fueron explicados los beneficios de la relajación, como funcionaba, siendo parte de un proceso que requería práctica para ver los resultados, pero lo importante era destacar que era un recurso que ella misma podía proveérselo, concluyó su terapeuta.

Lineamientos anteriormente mencionados, son correspondidos desde la teoría con los expuestos por Beck (1983) y Bulacio (2011). Posteriormente, las propuestas practicadas en las sesiones, fueron alentadas para que la paciente las aplicara en situaciones reales de manera gradual como propone Meichenbaum (1987), proporcionando un aprendizaje experiencial coherente con la nueva forma de pensar y, en consecuencia de sentir y actuar (Beck, 1976).

Como se ha referido, en la perspectiva transaccional (Lazarus & Folkman, 1984), el entorno tiene gran influencia en el estrés de la persona, por lo tanto se pretendió que la paciente vaya más allá de ella misma, siendo necesario que Marina ponga en marcha conductas directamente dirigidas a cambiar su entorno próximo. Con respecto al apoyo social se ha mencionado su carácter primordial en el afrontamiento en situaciones de crisis, como en la experiencia personal de bienestar y sentirse acompañado (Sluzki, 1998). Para lograrlo, explica el terapeuta en la entrevista, fue necesario entrenar sus habilidades sociales desde un lugar menos invasivo y exigente hacia su entorno y hacia ella misma.

En colaboración con el terapeuta, la paciente realizó estimaciones adecuadas sobre qué ayudas o apoyo podía recibir de las personas que la rodeaban. El profesional relató al respecto, que era necesario que se vincule con nuevas actividades compartidas con otras personas, necesitaba adquirir y recuperar su rol social por ella misma, más allá de sus roles familiares – madre, abuela, pareja- en los que depositaba gran carga emocional, como indica Cartensen (1995), suceso que generaba su frustración y aislamiento posteriores, al no cumplir con sus expectativas. Si su ambiente no le estaba siendo satisfactorio a sus necesidades, se colaboró en aprender a buscar dónde y qué tipo de personas pueden proporcionarle lo que no conseguía en su entorno, concluyó el profesional entrevistado.

El profesional mencionó que la paciente presentaba formas de afrontamiento dirigidos a la emoción. Evaluaba las condiciones del entorno fuera de su control. Su estrategia mantenida antes de la terapia, era la evitación en confrontar a sus hijas, distanciamiento de su

vida social, desahogo de sus sentimientos con su pareja y consumo deliberado de fármacos. Dichos aspectos aumentaban los síntomas y el problema respondiendo pasivamente, como ha sido mencionado por Bulacio (2011).

Desde la psicoterapia, el profesional relató que se trabajó con estrategias dirigidas a la emoción y al problema, tanto cognitivas como conductuales. En los mismos términos referenciados de Lazarus y Folkman (1986), dichos cambios fueron esfuerzos destinados a modificar la valoración de las exigencias del entorno y sus consecuentes transacciones estresantes. Se centró en resolver las dificultades presentes, determinando prioridades para la paciente, mejorando sus habilidades sociales y promoviendo cambios en su estilo de vida.

Como se ha explicado desde la teoría, el EIE combina diferentes técnicas, con el intento de lograr mejorías en la problemática presente de la paciente, como en situaciones futuras que pudieran ser estresantes (Meichenbaum, 1987). El terapeuta, desde una perspectiva teórica, no actuó como un aplicador de técnicas, si no con su estilo reflexivo, empático y creativo, relativamente estructurado, alentando a la paciente en considerar que sus situaciones estresantes no eran una amenaza, sino una problemática que juntos podían resolver (Beck, 1976).

5.3. Describir los cambios presentados en el manejo de las situaciones estresantes en la vida de la paciente, luego de un año de inicio del tratamiento.

Como se ha mencionado, al comienzo del proceso terapéutico se solicitó a la paciente que realizará los cuestionarios autoadministrables IVA (Leibovich de Figueroa, 1999) y el MIPS (Millon, 2001). Con el fin de poder desarrollar el presente objetivo, dichas pruebas psicométricas fueron administradas nuevamente al cumplirse el año del tratamiento. También se consideraron los aportes del terapeuta, para describir los progresos manifestados y observados en Marina.

En referencia a los cambios manifestados en su vida cotidiana, se puede mencionar que la paciente comenzó a realizar actividades recreativas fomentando nuevas relaciones y asumiendo nuevos roles, desatendidos luego de su jubilación. Como se ha desarrollado en el marco teórico, los viejos deben intentar buscar alternativas para compensar las pérdidas, sintiéndose activos, participando en tareas que le sean satisfactorias, en acuerdo a la teoría del apego o actividad (Salvarezza, 1988). La paciente se inscribió en actividades gratuitas propuestas por el Hospital, destinadas a la población adulta mayor. Concurría a yoga y a los talleres de meditación dos veces por semana. Realizaba caminatas junto a su pareja y cuando estaba en su hogar, se proponía en ayudar en la cocina, o mantener el jardín de su casa.

Dichas actividades, explicó su terapeuta en la entrevista realizada, le permitieron tener una percepción de sí misma favorable, al igual que de su vejez. Como se ha mencionado, el sentirse útil, independiente, participando en actividades con pares, fomentaba a su propia seguridad y autovaloración (Zetina Lozano, 1999). Lo anteriormente mencionado, agrega el profesional, fueron progresos observados del entrenamiento destinado en modificar su foco de atención, con el fin de aliviar sus síntomas emocionales, en concordancia con lo postulado en la TCC (Beck, 1983).

Otro aspecto observado por el profesional, fue una mejoría en la imagen física de la paciente, presentaba un mayor cuidado de su imagen personal. Las intervenciones desde la terapia enfocadas en motivar su integración a nuevas redes sociales, favorecieron a su experiencia individual de identidad y competencia social en concordancia con los referido por Sluzki (1998).

Los síntomas fisiológicos manifestados al comienzo del tratamiento, como eran insomnio de conciliación y sueños angustiosos, fatiga y dolores de cabeza, fueron disminuyendo con el cumplimiento de las tareas programadas en la higiene del sueño, aumentar su actividad física y cuidado personal. Su desconocimiento previo de estrategias de relajación facilitó que las encontrara gratificantes y novedosas. Continuó con la misma dosis de benzodiacepina, siendo aportes mencionados por el profesional a cargo.

Como se ha referido anteriormente, Cartensen (1995) establece que las relaciones entre los padres adultos mayores y sus hijos sufren modificaciones en su dinámica con el paso del tiempo. En relación a este aspecto, el terapeuta a cargo explicó que mediante EIE (Meichenbaum, 1987), se trabajó con la paciente en el entrenamiento de sus habilidades sociales y en proponer un discurso más asertivo en la expresión de sus emociones con respecto a sus hijas. Siendo producto de dichas intervenciones una configuración menos reactiva y controladora. El manejo e identificación de sus emociones, pudieron lograr que no interfirieran en los objetivos y metas propuestas desde el tratamiento terapéutico.

El profesional declaró que se lograron programar dos comunicaciones semanales con sus nietos vía skype. Sugirió que dicha situación la hacía sentir motivada a la paciente a comenzar a plantear cómo poder aprender inglés. Comentó que había algunas palabras que sus nietos mezclaban con el idioma español y no eran comprendidas por Marina. Desde la terapia se le brindó como alternativa la utilización de una aplicación para el celular en dónde podía aprender inglés, más que nada a escuchar y hablar lo básico, dicha tarea era realizada por la paciente gratuitamente, al ser comentada en las sesiones posteriores. En concordancia con Giro Miranda (2017), quien destaca la importancia de los nietos para el bienestar y

satisfacción de los viejos; se fomentó en cultivar las relaciones de la paciente con todos sus nietos, a través del afecto y de actividades propias de los abuelos como la comunicación, las historias, los juegos, entre otras. Asimismo, su terapeuta indicó que Marina no interviniera intrusivamente en el modo de crianza de los mismos, aspecto destacado por Papalia (1991), como un factor de conflicto frecuente con los hijos adultos.

Con respecto a su hijo Matías, había conseguido trabajo en un hotel, esto permitió que la paciente reduzca su atención sobre él y disminuyera su preocupación tanto en la economía como en los estados de ánimo de su hijo.

Las verbalizaciones de la paciente, confirmaban los progresos de la terapia en reducir su estrés, la misma decía experimentar menor irritabilidad, preocupaciones y conflictos interpersonales. Se observó un cambio en la gestión de su tiempo, comenzó a involucrarse en actividades físicas y a organizar con antelación de forma efectiva las relaciones con sus hijos, que indirectamente mejoró el vínculo con su pareja. El haberle brindando información y herramientas adaptativas, manifestó el profesional en la entrevista brindada, favorecieron a reducir su ansiedad, y en su percepción de percibir mayor control sobre su vida.

Con respecto al IVA (ver anexos), se ha citado a Lazarus (2000) postulando que el afrontamiento no es un rasgo propio de la persona, sino es un proceso que cambia en relación a las diferentes situaciones, al igual que varían las estrategias de afrontamiento para la misma situación en distintos momentos. Por tal salvedad, dicho inventario propone referenciar una situación considerada como estresante para la persona, con el fin de evaluar su valoración y afrontamiento en la situación planteada de manera particular. En la primera administración de IVA, Marina describió como situación estresante la relación con sus hijos en general. En su segunda administración, al pasar un año de tratamiento terapéutico, la situación específica planteada fue “distanciamiento con mi hija mayor”. Seguía preocupada por la relación mantenida con su hija, debido a que solamente facilitaba la comunicación de Marina con sus nietos, pero no hablaba con la paciente ni le preguntaba cómo estaba, según indico el profesional a cargo.

Dentro de un marco de modelo transaccional, el término de valoración se refiere a la evaluación primaria en concordancia a Lazarus y Folkman (1986), en donde la evaluación estresante implica una amenaza o desafío para la persona y el afrontamiento será la respuesta implicada para tolerar, dominar o minimizar dichas situaciones (Sandín, 1999). En los mismos términos, el IVA propone: valoración de la situación como amenazante (VSA), valoración de la situación como desafiante (VSD), valoración de la situación como irrelevante (VSI), afrontamiento cognitivo hacia la situación (ACS), afrontamiento cognitivo

hacia la emoción (ACE), afrontamiento cognitivo motor hacia la situación (AC-MS), afrontamiento cognitivo motor hacia la emoción (AC-ME), afrontamiento pasivo (AP) y afrontamiento evitativo (AE).

Analizando los resultados arrojados (ver tabla 1), se podría inferir que la paciente percibió en su segunda administración, el distanciamiento con su hija mayor como desafiante (3.5), por sobre amenazante (1.83) e irrelevante (1); siendo el máximo puntaje posible en dicha dimensión el promedio de 4. Se puede inferir que pasó de valorar a las situaciones problemáticas con respecto a sus hijos como amenazantes a valorarlas como desafíos. Es decir, que se percibiría con mayores recursos y capacidad para dominar y aceptar una situación conflictiva para ella (Sandin, 2011).

En cuanto al afrontamiento cognitivo, se puede describir que Marina continuó con un afrontamiento principalmente dirigido al manejo de la respuesta emocional (3.83), habiendo aumentado en su segundo protocolo, por sobre el dirigido a cambiar la situación (2.67).

Tabla 1

Resultados protocolos IVA

Dimensiones	1er administración puntaje promedio	2da administración puntaje promedio
VSA: Valoración de la situación como amenazante	2,7	1,83
VSD: Valoración de la situación como desafío	2	3,5
VSI: Valoración de la situación como irrelevante	1	1
ACS: Afrontamiento cognitivo hacia la situación	1,8	2,67
ACE: Afrontamiento cognitivo hacia la emoción	2,7	3,83
ACMS: Afrontamiento cognitivo motor hacia la situación	2,5	3
ACME: Afrontamiento cognitivo motor hacia la emoción	2,8	4
AP: Afrontamiento pasivo	0	1,5
AE: Afrontamiento evitativo	1	0

Como se ha referido en la teoría (Lazarus & Folkman, 1986), la focalización en lo bueno, las comparaciones positivas, la liberación cognitiva mediante actividades recreativas fueron estrategias entrenadas a organizar sus emociones, para coordinar sus recursos psicológicos a fin de dar una respuesta adaptativa (Fernández Abascal & Palmero, 1999). El

psiquiatra a cargo agregó, que las emociones prevalecen en los adultos mayores al momento de afrontar sus situaciones estresantes.

Se señala que hubo un incremento en los valores promedios dirigidos a afrontar el problema entre la primera administración (1.8) y la segunda (2.67), pudiéndose interpretar que la paciente incorporó procesos motivacionales y aprendizajes en la significación que realizaba a los estímulos demandantes del ambiente, ya sean dirigidas a la situación problemática, como aquellas orientadas hacia sí misma (Bulacio, 2011; Lazarus & Folkman, 1986).

Con respecto al afrontamiento motor, prevalece en Marina el dirigido a la emoción (4) siendo el puntaje promedio máximo que se puede obtener en dicha dimensión. Señalaría la tendencia creciente de la paciente en reducir su tono emocional, logrando mayores niveles de relajación, aprendidos en la terapia.

En cuanto a los estilos de afrontamiento que propone el inventario descripto, se modificó de un estilo evitativo (1) en su primera administración, a un estilo pasivo (1.5) en su segundo protocolo. En este punto es preciso destacar, que como se ha mencionado la evitación es lo contrario al afrontamiento (Bulacio, 2011). Frente a la situación de conflicto con sus hijos, la paciente se orientaba a reducir los esfuerzos en confrontar el problema, haciendo usos de fármacos por ejemplo, desde una estrategia conductual o mediante la evitación cognitiva (Krzemien et al., 2005). Al prevalecer un estilo de afrontamiento pasivo frente al distanciamiento con su hija mayor, se puede interpretar que Marina pretendería pasar desapercibida, es decir que podría haber incorporado mayor registro y control en sus intervenciones y emociones frente a su hija. El terapeuta indicó que al sostener una comunicación más asertiva, se prevaleció la relación restablecida con sus nietos, evitando ser el centro de atención de dicha situación problemática.

Con respecto al MIPS, los datos obtenidos de la primera administración realizada a Marina en el comienzo del tratamiento, fueron anotaciones de algunos de los rasgos relevantes mencionados en su historia clínica por parte del terapeuta, sin tener acceso al protocolo fuente. La intención del presente objetivo, era poder comparar dichas anotaciones con la interpretación de los puntajes de prevalencia (PP) obtenido en la segunda administración del MIPS (ver anexos), a fin de describir los rasgos de personalidad que predominaban o habían presentado variaciones en la paciente tras un año del proceso terapéutico.

Millon (2001) plantea en su investigación empírica que un sujeto está dando una impresión positiva (IP) o una impresión negativa (IN), según el nivel educativo. Por lo tanto,

para un nivel de educación alta el punto de corte para IP e IN es de 5 puntos o más en cada una de las escalas.

Se debe señalar que según las escalas de validez definidas, la paciente al presentar un nivel educativo alto, intentó dar una imagen favorecida de sí misma (IP= 7, alto; IN=1, bajo; CO=2) pudiéndose considerar un perfil poco creíble y por lo tanto invalido para su análisis (Millon, 2001). Se menciona que la paciente presentaría buenos recursos psicológicos, índice de ajuste psicológico (T=74), con tendencia a una mayor adaptación y motivación en realizar conductas interpersonales valoradas y en ausencia de trastornos psicológicos (Castro Solano et al., 2004).

A fines de realizar una descripción para el presente objetivo y dada la invalidez anteriormente indicada, se menciona cautelosamente lo analizado, sirviéndose como referencia los aportes en la interpretación según Castro Solano et al.(2004).

En sus metas motivacionales, la paciente mostró rasgos de apertura (PP93) exacerbados, es decir mostraría actitudes optimistas hacia el futuro. Le interesaba buscar nuevas experiencias que le gratifiquen, siendo protagonista de dichos cambios, presentando una modificación (PP65) en contraposición de acomodación (PP51) a los acontecimientos. También evidenció marcados rasgos de protección (PP74), orientados en proteger a su entorno. Con respecto a su primera administración, en dicho aspecto se mantuvieron las prevalencias de los rasgos descriptos.

La mayor modificación se observó en los modos cognitivos, aumentando su afectividad (PP94) de manera exacerbada, anteriormente se registró en su historia clínica que marcaba moderadamente (PP73), es decir procesaría sus experiencias involucrando sus emociones. Su manera de razonar estaría condicionada por el vínculo empático establecido con los demás, por lo tanto sus decisiones en general estaban ligadas a la impresión afectiva que le produzcan los otros, que previamente a la terapia no eran funcionales. Se mantendría su orientación externa, extraversión (PP72) en el momento de tomar decisiones, inclinándose por la información concreta del entorno, aspecto que pudo haber favorecido al empirismo colaborativo y la experiencia práctica de las habilidades aprendidas correspondientes a la TCC (Beck,1983). Se destaca variación en la sistematización, siendo esta escala anteriormente moderada (PP63) y en su segunda prueba de presencia exacerbada (PP98), por lo tanto estaría siendo más predecible y perfeccionista consigo misma, transformando los conocimientos nuevos en lo conocido de manera metódica y disciplinada.

La paciente en cuanto a sus vínculos, se presentaron como rasgos exacerbados en su segunda administración, firmeza (PP94) y control (PP99). Se podría inferir que son rasgos

característicos de Marina, sintiéndose segura de ella misma, pudiendo ser persuasiva en que sus ideas sean acatadas y esperando que su entorno reconozca sus cualidades. Se puede deducir que presentaba un comportamiento dominante y controlador hacia las situaciones y personas. Al mismo tiempo, dichos rasgos podrían informar que presentaría menor flexibilidad ante demandas del ambiente.

Al no poseer el rasgo de retraimiento (PP26), implicaría que necesitaría verse compensada o reforzada por su entorno, por el contrario se desmotivaba. En contraposición, el rasgo de comunicatividad (PP72), indicaría presencia de habilidades en el trato social. Con respecto a su primer protocolo, la escala de comunicaciones interpersonales, se observó similares anotaciones en su historia clínica, excepto un incremento en la comunicatividad, siendo anteriormente inferior (PP58). Se menciona que la primer administración del MIPS había sido válida, según las escalas determinadas por dicho cuestionario y la información rescatada de su historia clínica.

Los rasgos de personalidad de extraversión, comunicación y firmeza según el estudio realizado por Urquijo y Krzemien (2007), se caracterizan en mujeres ancianas que perciben y cuentan con apoyo social satisfactorio. Se podría decir que se ha incrementado su motivación orientada a la participación social e integración de grupos, logrando un intercambio favorable con su entorno y entrenando sus habilidades sociales. Como se ha mencionado anteriormente (Pearlin, 1989), el apoyo social al ser un recurso de afrontamiento favorece a la valoración de las transacciones con el ambiente y la propia subjetividad en los sentimientos de soledad. Por otro lado, su terapeuta agregó que continuaría con rasgos de personalidad controladores, pero se habrían mejorado la confianza en sí misma y su autopercepción.

6. Conclusiones

Las definiciones sobre el envejecimiento suelen estar dirigidas a su biología, generalizando este campo a otros. Se plantea como una etapa de pérdidas y déficit que llevaba a concebir el envejecer como la síntesis del deterioro progresivo de la persona (Zetina Lozano, 1999). A partir del crecimiento en la población adulta mayor, es preciso considerar que cada envejecimiento es diferencial y que se encuentra integrado por diversos factores tanto el biológico como también el psicológico y social. Dichos procesos son manifestados en la misma persona, de manera diversa y con rasgos diferenciados (Esquivel et al., 2009). En el presente trabajo se pretendió describir el proceso terapéutico para el afrontamiento del estrés en una mujer adulta mayor, involucrando dichos factores, dentro del marco de un tratamiento cognitivo conductual.

Desde la TCC se trabajó desde la problemática presente de la paciente, aquello que vivía cotidianamente y constituía el componente subjetivo del estrés, por ende su interacción con su entorno y la manera de valorar los acontecimientos (Lazarus, 2000). Las causas que llevaron a Marina a comenzar psicoterapia, fueron cambios aparejados al proceso de envejecimiento: la modificación de roles familiares y sociales, el ejercicio de su abuelidad, la disminución en sus actividades, la pérdida de un ser querido, mayor cantidad de tiempo disponible luego de su jubilación, desestimar el tiempo futuro y la búsqueda de un espacio donde le permitiera reflexionar de qué manera deseaba envejecer.

Lo anteriormente mencionado, implicó trabajar en sus pensamientos disfuncionales, en el registro de sus emociones y su consecuente comportamiento desadaptativo (Beck, 1983). Mediante la intervención psicológica y la aplicación de técnicas principalmente de entrenamiento de inoculación del estrés (Meichenbaum, 1987) se lograron cambios en los sentimientos, pensamientos y actos de la paciente hacia ella misma y en relación con los otros. Se promovió el desarrollo de habilidades de contacto, la disminución en las tensiones fisiológicas mediante la relajación y respiración, el comienzo de actividades recreativas asumiendo roles sociales, la realización de ejercicio físico, mejorar el apoyo social y ser capaz de lograr un afrontamiento cognitivo y emocional acorde a los acontecimientos y recursos trabajados desde la terapia (Lazarus & Folkman, 1986).

Con respecto a las limitaciones que tuvo el presente estudio, hubiese sido interesante poder participar desde el inicio en el tratamiento descripto. La observación de la paciente fue realizada en instancias de sesiones de seguimiento y apoyo en relación a su problemática expuesta en el presente trabajo. Por otro lado, la segunda administración del MIPS (Millon, 2001) no aportó una información enriquecida para la descripción de los avances evidenciados en su entrenamiento de habilidades para el afrontamiento. Se puede inferir que se trata de una prueba psicométrica extensa para ser realizada por una paciente adulta mayor, dónde los rasgos de personalidad y principalmente los estilos de afrontamiento suelen mantenerse (Bulacio, 2011) sin presentar variaciones marcadas a los 70 años de edad y en el transcurso de un año.

Al hablar de un trastorno adaptativo, relacionado con traumas y factores de estrés (APA, 2014), el mismo obedece a la ocurrencia de diferentes sucesos que implican una necesidad de cambio involucrando diferentes reacciones fisiológicas y psicológicas, por lo tanto su cualidad de estresante, como se ha mencionado, dependerá de las características del sujeto (Sandin, 2003). En la intención de describir en el presente trabajo, la evaluación y valoración que realizaba Marina a diversos acontecimientos, principalmente normativos de su

vida cotidiana (Belloch et al, 2008); pudo haber sido un aspecto limitante la reproducción de sus emociones y conductas al ser información rescatada de los registros de su historia clínica principalmente, y no de la observación directa en el momento que se experimentaban y eran planteados en la terapia; favoreciendo quizás de dicha manera a obtener información más precisa del componente subjetivo de estrés involucrado en sus evaluaciones e interacciones con el entorno.

Sin embargo más allá de las dificultades encontradas, se puede considerar que la realización del trabajo ha brindado a su autora un gran aprendizaje pudiendo poder experimentar y observar el trabajo profesional dentro de una institución pública, dirigido a una población que presenta varios prejuicios (Salvarezza, 1988) producto de la construcción social y la significación negativa de hacerse viejo como algo ajeno (Fernández Ballesteros, 1991). La práctica realizada, brindó la posibilidad de trabajar sobre la desarticulación de las construcciones subjetivas referentes a la vejez.

Las observaciones y escuchas de los pacientes adultos mayores, que acudían al hospital con diferentes problemáticas y patologías, permitieron a la pasante del presente trabajo, comprender a la vejez como realmente se vive. Es decir, ampliar la mirada hacia los viejos alejada de la carencia y como un estado definitivo sin posibilidades de cambio. Por el contrario, los viejos son sujetos con deseos, receptivos, con capacidad de adquirir recursos y estrategias para mejorar su calidad de vida. Las personas mayores concurren buscando un apoyo psicológico que les permita afrontar los cambios a los acontecimientos que atraviesan en un envejecimiento normal. Acuden a la terapia como espacio de reflexión, con la necesidad que la atención clínica supere la práctica psiquiátrica y farmacológica, como se ha mencionado en la teoría, el objetivo de trabajo psicoterapéutico en la vejez es aprender a vivir con los cambios biológicos, psicológicos y sociales que trae el envejecimiento.

Como perspectiva crítica, hubiese sido interesante el poder incluir a la familia de la paciente en las entrevistas, es decir planificar en el tratamiento una entrevista con sus hijos o pareja, sin la presencia de Marina. El sentido de esta indicación sería para recabar información sobre el grupo familiar, saber con qué ayuda se puede disponer para los objetivos del tratamiento y su posterior adaptación en su vida cotidiana. También cual es el papel de la paciente en su familia y cómo repercute su problemática al grupo. Se considera que en el caso descrito no se realizó tal consideración por el profesional a cargo, debido a que la adulta mayor no presentaba ninguna patología inhabilitante, solicitó el tratamiento por ciertos síntomas y procesos por los que estaba atravesando, haciéndose cargo de los recursos implicados. Se menciona la limitación que sus hijas se encontraban viviendo en el exterior.

Se puede sugerir que sería beneficioso la posibilidad de ofrecer nuevamente grupos de charla gratuitas en el hospital, debido a que varios de los pacientes adultos mayores mencionaban el querer volver a participar de los mismos, ofrecidos varios años atrás por la institución. Se considera que la creación de dichos encuentros, permite a los viejos el tener pares para dialogar, aprender y discutir sobre diferentes temáticas referentes a la sexualidad, alimentación, dinámicas familiares, ser viejo hoy, rol de los abuelos, entre otras. Dichas temáticas, hacen a la calidad de vida en el envejecimiento sin tener la obligación de hablar temas personales o íntimos en dicho espacio social.

En concordancia con lo anteriormente planteado, se puede ampliar la red de servicio por fuera del hospital, desarrollando pequeñas sedes estatales o por convenio con instituciones existentes, para que el adulto mayor pueda concurrir libremente de manera accesible, gratuita y diaria. Se podrían brindar actividades como música, gimnasia, artesanías, idiomas, juegos, excursiones, charlas, enfermería, servicios de prevención y apoyo mediante la facilitación a los servicios de salud. Utilizar medios de difusión habituales como diarios y radios, pero principalmente la distribución de folletos en las colas de los bancos donde se pagan jubilaciones, farmacias, obras sociales o lugares habituales de reunión de gente mayor.

Principalmente sería beneficioso para aquellos adultos mayores que no poseen redes sociales de apoyo ni recursos. Mediante la asistencia a dichos grupos podrían sentirse acompañados en sus preocupaciones al compartir un tiempo generacional y vivencias similares, se podría favorecer a que se encuentren puntos de contacto positivos y eviten su aislamiento. Como se ha mencionado, el apoyo social es un recurso fundamental para el afrontamiento frente a las crisis (Lazarus, 2000; Pearlin, 1989; Thoits, 1986), la ayuda emocional y la experiencia individual de competencia y bienestar (Sluzki, 1998). Se considera importante que el adulto mayor continúe vinculado con las instituciones, servicios sociales y sanitarios, y que los mismos le provean ayuda, orientación o información necesaria, cuando el estado físico, psíquico y social lo requieran.

En calidad de estudiante y como futura profesional, se propone como aporte personal, tomar conciencia en el abordaje terapéutico en adultos mayores. Es fundamental poder reconocer y conocer las expectativas sociales que se generan frente a los sujetos en las que son dirigidas las intervenciones psicoterapéuticas como sanitarias. El percibir los cambios sociales y generacionales, impactan en la modalidad de vincularnos con los adultos mayores y en consecuencia aproximarnos a sus inquietudes que no se encuentran exclusivamente vinculadas a lo biológico y patológico. En la medida que podamos aceptar que todos envejecemos desde que nacemos (Giro Miranda, 2016), esto permitirá tener un compromiso

como futuros terapeutas orientando a brindar un espacio generador de oportunidades y de prevención de un envejecimiento patológico y marginado socialmente.

El crecimiento de la longevidad en las diferentes sociedades, amplía la perspectiva de vida y por la tanto plantea nuevos escenarios (Osorio, 2006) que permiten visualizarlo como fenómeno a estudiar. Se proponen como futuras líneas de investigación, los factores sociales y psicológicos involucrados en el proceso institucionalización del adulto mayor. La decisión de alojar a los viejos que requieren cuidados o dependencia frente a una enfermedad inhabilitante o envejecimiento patológico, se considera que constituye un conflicto que impacta a la familia y al propio viejo. Se ha visto en la práctica que cuando sobreviene la necesidad de pensar un ingreso a una institución para el cuidado del viejo, el grupo familiar comienza a transitar un proceso de duelo e impacto emocional, como también la necesidad de organizar recursos económicos y sociales, que permiten plantear interrogantes sobre la manera de abordar como profesionales de la salud, dicha problemática propuesta.

7. Referencias bibliográficas

- Alberich, T. (2008). Envejecimiento físico, psicológico y social. En A. Barranco & A. Funes (coords.), *Intervención social y sanitaria con mayores: manual de trabajo con la 3ª y 4ª edad* (pp.17-47). Madrid: Dykinson.
- Alvarado García, A. M., Maya, S., & María, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Aspinwall, L. G., & Staudinger, U. M. (2007). *Psicología del potencial humano: cuestiones fundamentales y normas para una psicología positiva*. España: Gedisa.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ballesteros, J. (2007). *Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Madrid: Universitas.
- Beck, A. T. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée Brouwer.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos F. (Eds.) (2008). *Manual de Psicopatología (2ª ed.)*. Vols. I y II. Madrid: McGraw Hill Interamericana.

- Blanco Abarca, A. (1991). Factores sociales de la vida adulta. En A. Marchesi, J. Palacios & M. Carretero (Eds.), *Psicología evolutiva vol III. Madurez y secnitud* (pp. 201-213). Madrid: Alianza Psicológica.
- Bulacio, J. M. (2004). *Ansiedad, Estrés y Práctica Clínica. Un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Akadia.
- Bulacio, J. M. (2011). *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Buenos Aires: Librería Akadia.
- Burin, M., & Meler, I. (1999). *Género y familia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Caro Gabalda, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Sevilla: Desclée de Brouwer.
- Carstensen, L. (1995). Evidence for alife span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4 (5), 151-156.
- Castro Solano, A., Casullo, M. & Pérez, M. (2004). *Aplicaciones del MIPS en los ámbitos laboral, educativo y médico*. Buenos Aires: Paidós.
- Cockerham, W.C. (2001). *Handbook of medical sociology*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Clemente, A., Tartaglini, M. F., & Stefani, D. (2009). Estrés Psicosocial y Estilos de Afrontamiento del Adulto Mayor en Distintos Contextos Habitacionales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVIII, 69-75.
- Cuevas, S. G., & Gutiérrez, E. J. C. (2012). *Estrés y salud: investigación básica y aplicada*. Ciudad de México: El Manual Moderno.
- Erikson, E. (1950/2000). *Ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós.
- Esquivel, L. R., Calleja, A. M. M., Hernández, I. M., Medellín, M. P. O., & Paz, M. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de educación y desarrollo*, 11, 47-56.
- Fernández Abascal, E. G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E. G. Fernández Abascal, F. Palmero, M. Chóliz & F. Martínez (Ed.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción* (pp. 189- 206). Madrid: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R. (1991). Hacia una vejez competente: Un desafío la ciencia y a la sociedad. En A. Marchesi, J. Palacios & M. Carretero (Eds.), *Psicología evolutiva vol III. Madurez y secnitud* (pp. 239-258). Madrid: Alianza Psicológica.
- Fernández, M.A.R., García, M.I.D., & Crespo, A.V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Sevilla: Desclée de Brouwer.
- Giro Miranda, J. (2004) *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva pluridisciplinar*. España: Universidad de la Rioja

- González Bernal, J., & de la Fuente Anuncibay, R. (2014). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, . 121-129.
- Gross, R. (1998). *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta*. México: El Manual Moderno.
- Iacub, R., & Sabatini, B. (2012). Psicología de la mediana edad y la vejez (Vol. Módulo 3. Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional). *Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Desarrollo Social y Universidad Nacional de Mar del Plata*.
- Krzemien, D., Monchietti, A., & Urquijo, S. (2005). Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción. *Interdisciplinaria*, 22(2), 183-210. Recuperado en 01 de septiembre de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272005000200004&lng=es&tlng=es.
- Labrador, F.J. (2008). *Técnicas de modificación de la conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Labrador, F. J., & Crespo, M. (1993). *Estrés, trastornos psicofísicos*. Madrid: Eudema.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984 / 1986). *Stress, appraisal and coping / Estrés y procesos cognitivos*. Nueva York / Barcelona: Springer / Martínez Roca.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée Brouwer.
- Leibovich de Figueroa, N. B. (1999). *Adaptación del Inventario de Valoración y Afrontamiento (IVA)*. Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología, U.B.A.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. España: Martínez Roca.
- Millon, T. (2001). *Inventario de Estilos de Personalidad de Millon*. Adaptación Española: Sánchez López, M. P., Díaz Morales, J.F., Aparicio García, M. Madrid: TEA.
- Montalvo Toro, J. (1997). La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 459-473
- Muchnik, E., & Seidmann, S. (1999). *Aislamiento y soledad*. Barcelona: Gedisa
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Recuperado el 28 de agosto del 2017 http://search.who.int/search?q=envejecimiento&ie=utf8&site=who&client=_es_r&proxystylesheet=_es_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8
- Osorio, P. (2006). Exclusión Generacional: La Tercera edad. *Revista MAD* N° 14, Mayo 2006. Departamento de Antropología Universidad de Chile

- en <http://www.revistamad.uchile.cl/14/osorio.pdf>, visitado el 11 de septiembre del 2017.
- Palmero, F., & Fernández Abascal, E.G. (1999). *Emociones y Salud*. España: Ediciones Ariel S.A.
- Papalia, D. (1991). *El desarrollo humano*. España: Mc Graw-Hill.
- Pérez, G. (2004). *Calidad de vida en personas mayores*. Madrid: Dykinson.
- Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of health and social behavior*, 241-256.
- Robledo Díaz, L. (2016). Los paralogismos de la vejez. *Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 4(1), 125-140. Recuperado en 02 de septiembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322016000100009&lng=es&tlng=es.
- Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría: teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez-López, M^a P., & Casullo, M.M. (2000). *Los estilos de Personalidad: una perspectiva iberoamericana*. Buenos Aires/Madrid: Miño y Dávila.
- Sandín, B. (1999). *El estrés psicosocial*. Madrid: Klnik.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol.3 N°1, 141-157. Recuperado en <http://www.redalyc.org/pdf/337/33730109.pdf>
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Cía. Gral. Fabril.
- Sierra, J.C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*. Vol.3(1), 10-59.
- Smelser, N. J., & Erikson, E. (1982). *Trabajo y amor en la edad adulta*. Barcelona: Grijalbo.
- Sluzki, C. (1998). La red social: *Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gidesa.
- Thoits, P.A. (1986). Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. En B. Kaplan (ed.), *Psychological stress: Trends in theory and research* (pp. 33-103). Nueva York: Academic Press.
- Urquijo, S., & Krzemien, D. (2007). Evaluación de los estilos de personalidad mediante el MIPS en adultas mayores. *Psiquiatría.com revista electrónica de psiquiatría*, 10 (2) 123-123.
- Zetina Lozano, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, enero-marzo, 23-41.

8. Anexos