

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADULTOS MAYORES

Psychological intervention in elderly adults

Ana Fernanda Rodríguez Uribe*
Laura Juliana Valderrama Orbezo*
Pontificia Universidad Javeriana (Colombia)
Juan Máximo Molina Linde**
Universidad de Granada (España)

Resumen

El objetivo de este artículo es plantear una propuesta de intervención psicológica dirigida a adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados; para ello se tomó como referencia la situación actual del adulto, los estudios realizados entorno a esta etapa y específicamente lo relacionado con el diseño de programas de intervención, para finalmente exponer la propuesta de intervención psicológica que pretende no solo mejorar la calidad de vida del adulto mayor, sino abarcarlo desde sus diversas áreas de funcionamiento.

Palabras clave: Intervención psicológica, adultez mayor, psicología de la salud, psicología clínica, modelo de intervención.

Fecha de recepción: 3 de febrero de 2010
Fecha de aceptación: 9 de abril de 2010

* Pontificia Universidad Javeriana Cali-Colombia. Directora del Departamento de Ciencias Sociales. Directora Grupo de Investigación Medición y Evaluación Psicológica. Categoría A. auribe@puj.edu.co; lvalderrama@puj.edu.co.

Correspondencia: Calle 18 N° 118-250, Av. Cañas Gordas, Cali (Colombia).

** Universidad de Granda (España). juanm.molina.ext@juntadeandalucia.es

Abstract

The objective of the present article is to raise a proposal of psychological intervention directed to older adults making a distinction between the institutionalized adults from the noninstitutionalized ones, taking as reference the present situation of the adult, the studies developed at this stage and specifically those related to the design of intervention programs. We expose the proposal of psychological intervention that tries not only to improve the quality of life of the older adult but to include them from their diverse areas.

Keywords: Psychological intervention, older adults, psychology of the health, clinical psychology, model of intervention

INTRODUCCIÓN

La adultez mayor es una etapa del desarrollo del ser humano que inicia a los 60 años y termina en el momento en el que la persona fallece, y se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento (OMS, 2006). Sin embargo, es preciso decir que aunque en América latina hay acuerdos con relación a la perspectiva del adulto mayor, las concepciones de este varían de acuerdo con la cultura de cada país, el momento histórico, la clase socioeconómica o la raza (Aranibar, 2001).

De esta manera los cambios a nivel biológico en la adultez mayor son identificados como “fracasos normativos de adaptación que finalmente produce un declive en el organismo” (Colegio Oficial de Psicólogos, 2003), que lleva al origen y mantenimiento de un sinnúmero de patologías, entre ellas las más comunes son la hipertensión arterial y la diabetes (Duras Uribe-Rodríguez Molina, Barco & González, 2006). A nivel psicológico, la persona en esta etapa de desarrollo atraviesa por un proceso de reflexión y comienza a contemplar su vida como un conjunto, que lo lleva a evaluar la manera como ha vivido su vida (Rage, 1997; Uribe-Rodríguez, Buela-Casal, 2003). A nivel social algunos de los hechos que impactan la vida del adulto mayor se relacionan con el temor por la pérdida de los seres queridos, la jubilación y con ella la inclusión

social, la falta de actividades físico-recreativas y la disminución de la interacción social (Gallar, 1998; Uribe-Rodríguez, Buena-Casal, 2003).

De esta manera, teniendo en cuenta los cambios de esta etapa, en la actualidad se hace un llamado a los psicólogos para que desarrollen herramientas eficaces que favorezcan la calidad de vida del adulto mayor en todas sus dimensiones, pues este profesional cuenta con los conocimientos teóricos y prácticos que le permiten abordar problemáticas de manera integral, trabajando conjuntamente con diversas disciplinas, como la gerontología, la medicina y la geriatría (Colegio Oficial de Psicólogos, 2003; Uribe-Rodríguez, Molina González, 2006).

SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR

A nivel mundial, la población adulta mayor ha aumentado significativamente debido, principalmente, al aumento de la esperanza de vida y la baja tasa de fecundidad (Popolo, 2001). En América Latina y el Caribe el promedio de edad vivida en el 2005 era de 72,4 años y se espera que para el 2025 el porcentaje de población mayor de 60 años sea de 14,25% (CONPES, 2004). Específicamente, en Colombia para el año 2005, el 6% de las personas se ubicaban dentro de la adultez mayor (65 y más años) (DANE, 2006).

De esta manera, se ha podido observar que el aumento de dicha población está relacionado, como se mencionaba, con el aumento de la esperanza de vida, es decir que durante los últimos años los avances científicos, tecnológicos y las investigaciones médicas han contribuido a la disminución y control de enfermedades infecciosas y agudas, ampliando así la cobertura de los sistemas de salud y las mejoras en las condiciones sanitarias, (CONPES, 2004) lo que se une a una nueva concepción del envejecimiento definido como “envejecimiento saludable y activo”, que abarca los siguientes componentes: duración de la vida, salud biológica y mental, eficacia cognitiva, competencia social y productividad, control personal y satisfacción en la vida (Colegio Oficial de Psicólogos, 2002).

De esta manera, el envejecimiento poblacional ha originado cambios no solo en las estructuras sociales, económicas y culturales de cada país,

sino también ha afectado las distintas áreas del adulto mayor (familia, economía, salud, tejido social), llevando a que distintos países se cuestionen temas relacionados con el trabajo y la jubilación, la calidad de vida, la salud, el involucramiento social y la búsqueda de la seguridad económica de estas personas (Jaspers-Faijer, 2005). A lo anterior se unen factores, tales como los procesos migratorios, el paso de la familia extensa a la familia nuclear y con esto una reducción del número de miembros que la componen, así como también el nuevo rol femenino que incorpora a la mujer al mundo laboral, y los procesos de separación, divorcio, que han llevado de una u otra manera a que se limite la dinámica familiar y, por ende, la permanencia de los adultos mayores con sus familiares (Fernández, 1992).

En Colombia, específicamente la Constitución de 1991, que consagró los derechos del adulto mayor, el reconocimiento de sus diferencias y la necesidad de una protección especial y una serie de garantías sociales, económicas y culturales, contribuyó a que los organismos públicos y privados favorecieran por medio de sus acciones la calidad de vida de esta población, especialmente de aquellos marginados, reorganizando la ampliación y la cobertura de los sistemas de salud, pensiones y riesgos profesionales, brindando así una seguridad social integral y preocupándose por implementar programas que favorezcan el subsidio económico. En América Latina entre el 40 y 60% de los ancianos no poseen ingresos, ni cuentan con una pensión, además de la implementación de programas de alimentación complementados con actividades de educación, cultura y deporte (Jaspers-Faijer, 2005).

Actualmente, en Colombia los organismos del Estado ya tienen una mirada integral del adulto mayor, y aunque las metas planteadas por la Constitución de 1991 no se han alcanzado en su totalidad, sí se han incorporado en sus programas a los adultos mayores, particularmente desde el 2002, así como también las universidades y centros de investigación han promovido y difundido el conocimiento en el campo de la vejez y la asesoría a comunidades y municipios (Jaspers-Faijer, 2005).

Por ende, se hace un llamado a las instituciones para que contribuyan al desarrollo de conocimientos y aptitudes que permitan prestar asistencia a

lo largo de la vida entera, pues es importante contribuir a las necesidades específicas de cada población, mediante la continua investigación que abarque al adulto mayor desde su integralidad (Peláez, 2005).

A nivel internacional ya se han originado planes dirigidos a aumentar el nivel de calidad de vida del adulto mayor, como el Plan de Acción Internacional 2002 que tiene como objetivo que los adultos mayores continúen participando en el sistema familiar, social, económico, cultural y cívicos, llevando a que estas personas “desarrollen su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de toda la vida y participen conforme a sus necesidades, deseos y capacidades” (Colegio Oficial de Psicólogos, 2002).

ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN ADULTOS MAYORES

Durante los últimos años, a causa del crecimiento de la población adulta, disciplinas como psicología, medicina, gerontología, sociología, entre otras, se han preocupado por estudiar diversas variables en esta etapa del ciclo vital y por contribuir al desarrollo de teorías e instrumentos que permitan un acercamiento integral al adulto mayor.

Específicamente, en el caso de la psicología, se pretende que los psicólogos contribuyan con el diseño de medidas fiables que permitan una evaluación y seguimiento de los programas de intervención y que se preocupen por emplear estrategias que contribuyan al cambio conductual y a la promoción y prevención de la enfermedad, optimizando el proceso de adaptación con intervenciones que apunten a necesidades propias de la población y del contexto familiar y social que lo rodea (Colegio Oficial de Psicólogos, 2002).

Se puede observar que la mayoría de los estudios dirigen sus objetivos a medir la eficacia de intervenciones psicológicas en relación con la salud del adulto mayor, seguidas de investigaciones relacionadas con los cuidadores de estas personas y de variables psicológicas como tal.

En relación con los programas de intervención que apuntan a la mejora de la salud, se puede afirmar que la implementación de un programa cognitivo-conductual, dirigido a adultos mayores, influía en los cambios de variables psicológicas, como la ansiedad, la ira y la solución de problemas en pacientes hipertensos contribuyendo a la disminución en los niveles de presión arterial (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado & Escalona, 1994).

Dichos resultados son similares a los de otro estudio (Moreno, Contreras, Martínez, Araya; Livacic-Rojas, & Vera-Villaroel, 2006) en el que el objetivo era evaluar el efecto de una intervención cognitiva-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores bajo tratamiento médico, y se encontró que los niveles de presión sistólica y diastólica disminuyeron después de aplicada la intervención, y resultó eficaz el empleo de técnicas cognitivo-conductuales (relajación y respiración, reestructuración cognitiva, psicoeducación, etc.) para el manejo de depresión, ansiedad, estrés y hábitos conductuales y, por ende, en la regulación de la actividad del sistema nervioso simpático.

Así mismo, en relación con el abordaje de la salud, otro de los estudios pretendió evaluar la aplicación de un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares, mediante la aplicación de diversas escalas (Escala de ansiedad y depresión de Leeds, Escala de sensibilización/negación), entrevistas de evaluación y el diseño de un programa de intervención que se basó en el empleo de técnicas de relajación y respiración, ejercicio físico, educación y transformación de procesos cognitivos; se obtuvo como resultado un locus de control interno mayor, más sensibilidad hacia su enfermedad, disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa, así como también un aumento en la interacción con familiares. La intervención contribuyó a que los pacientes tuvieran una mayor adherencia a la dieta, disminución en el consumo de café y tabaco y aumentó el ejercicio físico (Garcés, Velandrino, Conesa & Ortega, 2002).

Por otra parte, los programas de intervención también han sido dirigidos a los cuidadores de los adultos mayores; uno de los estudios tenía como

objetivo comprobar si una intervención educativa con los cuidadores formales en habilidades de trato y comunicación mejoran la calidad de vida del adulto mayor y del propio cuidador. De esta manera se logró con la intervención que la calidad de vida de los cuidadores aumentará, sobre todo en lo relacionado con los ciclos de sueño, afrontamiento ante reacciones catastróficas del adulto mayor y comunicación con el paciente (Castellón & Rodríguez, 2004).

Con respecto al estudio de las variables psicológicas se ha encontrado que el tema que más prevalece es el de la calidad de vida del adulto mayor y el de depresión. Uno de los estudios que hace referencia al primer tema se interesó por determinar la efectividad de una intervención psicológica cognitivo-conductual para el mejoramiento de la calidad de vida en viejos institucionalizados, y se trataron áreas como autoestima, resignificación de la vejez, habilidades sociales, manejo del tiempo libre y autocuidado, las cuales consideraron contribuían al mejoramiento en la calidad de vida. Los resultados mostraron que, nuevamente, la intervención cognitivo-conductual resulta efectiva; en este caso se logró un cambio en la percepción de la calidad de vida, específicamente en lo relacionado con el área física, psicológica y la autoestima (Uribe, Padilla & Ramírez, 2004).

Lo anterior se respalda con otro estudio en el que se encontró que la calidad de vida estaba relacionada con variables como soporte social, autonomía, salud mental, actividad físico recreativa y la percepción subjetiva de calidad de vida; así como también con los niveles de depresión (Mora, Villalobos, Araya & Ozols, 2004; Uribe-Rodríguez, Molina & González, 2006).

Finalmente, es importante resaltar el estudio realizado por López y Rodríguez (1999), quienes diseñaron una propuesta de intervención para ancianos deprimidos, y encontraron que dicho programa permitió que el 80,9% de los adultos mayores que participaron superaran su estado emocional, disminuyendo las ideas suicidas, mejorando las relaciones familiares y construyendo redes de apoyo (Uribe-Rodríguez, Molina & González, 2006).

PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DIRIGIDO A ADULTOS MAYORES

Dentro de las investigaciones realizadas sobre el adulto mayor se ha encontrado que los programas de intervención no solo son necesarios, sino que han mostrado su efectividad en las variables estudiadas, pues las herramientas psicológicas contribuyen al “desarrollo y puesta en práctica de sistemas de evaluación y programas de intervención” para hacer frente a los problemas comportamentales y psicológicos de los adultos mayores (Colegio Oficial de Psicólogos, 2002). Por tanto, el psicólogo es el profesional idóneo, dotado del conocimiento y habilidades necesarias para la elaboración de programas de intervención.

A lo anterior se une la preocupación de los teóricos por implementar programas de intervención que no solo impliquen al adulto mayor sino también a su contexto. Por tanto, el diseño de programas de intervención debe considerar no solo los factores relacionados con el adulto mayor, tales como es su historia personal, sino también las fuentes de apoyo y las necesidades propias de la población, resaltando que la calidad de vida del mismo puede beneficiarse de la intervención sobre la redes de apoyo, es decir, del entorno social próximo, familiares, profesionales encargados del cuidado del adulto mayor, instituciones, vecindarios, voluntariados, entre otros (Fernández, 1992).

En este sentido es importante, en primer lugar, hacer una distinción entre las debilidades- fortalezas, oportunidades y amenazas de los programas de intervención en adultos mayores. Entre las debilidades se pueden mencionar que los programas solo cubren algunas áreas del adulto mayor, lo cual genera una visión fragmentada del mismo, así como también el hecho de que no existan programas en salud mental en los diferentes centros del adulto. Por su parte, entre las fortalezas se encuentran que dichos programas, en la mayoría de los casos, son apoyados por personal médico, asistencia sanitaria, terapia ocupacional, entre otras, además de contribuir efectivamente al mejoramiento de la calidad de vida del adulto.

En relación con las oportunidades, se puede citar en el primer caso que los programas de intervención permiten generar diferentes espacios de

capacitación, contribuyen al desarrollo de estrategias de afrontamiento para los cambios de esta etapa de vida, y se convierten en un factor de protección para esta población. Entre las amenazas está la poca formación profesional y técnica sobre la atención del adulto mayor y la sobrecarga del mismo (cuidado de familiares), lo cual se relaciona con lo mencionado por el Colegio Oficial de Psicólogos (2002), al señalar que es por esta razón que los psicólogos deben dotar tanto a cuidadores como a otros profesionales de herramientas necesarias que les permitan el trabajo con el adulto mayor y sus familias, “humanizando la asistencia e incorporando los principios éticos subyacentes en la intervención y prevenir el síndrome de Burnout en los cuidadores y profesionales” (Molina-Linde, Sánchez Hernández & Uribe Rodríguez, 2006).

Por tanto, se debe tener en cuenta que las intervenciones tenderán a ser más efectivas en la medida en que se abarque al adulto mayor desde su integralidad, trabajando junto con otras disciplinas y teniendo un amplio conocimiento y contextualización sobre estas personas; un programa de intervención debe estar basado en indicadores biológicos, económicos, psicológicos y sociales ya que las inconsistencias se deben a miradas subjetivas del adulto mayor. (OMS, 2006; Uribe-Rodríguez, Molina & González, 2006).

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación se expone el modelo de intervención psicológica que, según los autores de este artículo, abarca la integralidad del adulto mayor, tanto institucionalizados como los no institucionalizados, lo que se justifica en el hecho de que el lugar en donde resida el adulto mayor puede interferir no solo en las necesidades que tenga el mismo, sino también en el nivel de funcionamiento y de bienestar, lo que hace necesario que las intervención se orienten a dichas necesidades (Uribe & Buela-Casal, 2004).

Cuadro 1
 Áreas/Objetivos de intervención para adultos mayores
 institucionalizados y no institucionalizados

Área	Adultos mayores institucionalizados	Adultos mayores no institucionalizados
Física-recreativa	Involucrar al adulto mayor en actividades de ocio y recreación.	
	Diagnosticar las principales patologías del adulto mayor.	Fomentar la práctica de actividad física
	Fomentar la práctica de actividad física, específicamente la de ejercicios pasivos.	
Psicológica	Diseñar e implementar grupos de apoyo que favorezcan la calidad de vida del adulto mayor.	
	Desarrollar estrategias de afrontamiento que le permitan al adulto mayor enfrentarse a problemáticas cotidianas.	
	Reconceptualizar el significado de la vejez y de la calidad de vida en las residencias.	Reconceptualizar el significado de la vejez y el impacto en las diversas áreas de funcionamiento del adulto mayor.
	Fomentar el desarrollo de una alta autoestima y autoconcepto.	
	Prevenir y/o intervenir sobre sintomatología depresiva	
	Fomentar el crecimiento espiritual	
	Promover la expresión de sentimientos hacia los compañeros de residencias.	Promover la expresión de sentimientos hacia las personas con quienes interactúan frecuentemente.
	Desarrollar la comunicación asertiva	
		Desarrollar estrategias de auto-eficacia.
	Entrenar al adulto mayor en técnicas de autocontrol emocional	
		Entrenamiento en habilidades sociales.
		Fomentar la adaptación ecológica y social del adulto mayor.
		Entrenamiento en técnicas para el mejoramiento de la memoria.
	Facilitar estrategias para la solución de problemas en los diferentes contextos en donde se desenvuelve el adulto.	
	Acercamiento del adulto mayor a la muerte.	

Continúa...

Relaciones sociales	Promover las vistas de voluntarios para los adultos mayores.	Facilitar la interacción positiva con familiares y amigos.
	Fomentar la interacción con adultos de diferentes residencias.	Promover la participación del adulto mayor en espacios de socialización.
	Comprender la importancia de distribuir adecuadamente el tiempo.	Entrenamiento para el manejo del tiempo libre.
	Incorporación en actividades brindadas por la caja de compensación.	
Cuidadores	Entrenamiento en habilidades para el manejo del paciente.	
	Desarrollar una comunicación asertiva entre el cuidador y el adulto mayor.	
	Fomentar una relación estable entre el adulto mayor y su cuidador.	
	Prevención del síndrome de Burnout.	
Familiar	Establecer contactos frecuentes con familiares.	Desarrollar una interacción eficaz entre los adultos mayores y sus familiares.
		Entrenar a los familiares en estrategias de resolución de conflictos.
Salud	Educar al adulto mayor con relación a los cuidados que deben tener frente a las diversas patologías.	
	Desarrollar hábitos saludables en el adulto mayor.	
	Acompañar al adulto mayor en procesos de rehabilitación, enfermedad crónica y cuidados paliativos.	
	Entrenar en habilidades de relajación y respiración para hacerle frente a situaciones que producen tensión.	
	Evaluar la salud mental del adulto mayor.	
	Promocionar y prevenir la enfermedad	

CONCLUSIÓN

La propuesta inicial de un modelo de intervención psicológica para adultos mayores, teniendo en cuenta el crecimiento de esta población, surgió de la necesidad de comprender e intervenir eficazmente sobre los mismos, y generar planes de acción que contribuyan al mejoramiento de su calidad de vida, a partir de una mirada integral a las necesidades propias de la población adulto mayor, su cultura, condiciones sociodemográficas y las investigaciones realizadas. De esta manera, se hace un llamado a las diferentes disciplinas que se interesan por el estudio del adulto mayor para que contribuyan al entendimiento de la complejidad de esta población y, sobre todo, al desarrollo de herramientas que permitan mejorar la vida

del adulto en todas sus áreas de funcionamiento (Uribe-Rodríguez & Buela-Casal, 2003).

Referencias

- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Serie *Población y desarrollo*, 21, 3-70
- Organización Mundial de la Salud (2006). Género y envejecimiento. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/genderageingsp.PDF>. Accedido el 15 agosto 2006.
- Colegio Oficial de Psicólogos (2002). Psicología, psicólogos y envejecimiento: Contribución de la psicología y los psicólogos al estudio y la intervención sobre el envejecimiento. *Revista Especializada en Gerontología*, 37 268-275.
- Durán, A., Uribe-Rodríguez, A.F., Molina, Barco M. & González, G. (2006) Incidencia de la enfermedad crónica en personas de la tercera edad en Colombia. *Geriatrka*.
- Rage, E. (1997). La personalidad del anciano. *Revista de Psicología Iberoamericana* 5, 13-22.
- Uribe-Rodríguez, A. F. & Buela- Casal, G. (2003). Influencia del tipo de residencia sobre la depresión, el deterioro cognitivo y la calidad de vida en personas mayores. Granada: Universidad de Granada (Documento sin publicar).
- Gallar, M. (1998). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Paraninfo.
- Uribe-Rodríguez, A. F., Molina, J. M. & González, L. (2006). Communication: Program of intervention on the quality of life, the depression and the cognitive deterioration in people who belong to groups of the third age. 26th International Congress of Applied Psychology. Atenas (Grecia).
- Popolo, F. (2001). Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. Serie *Población y Desarrollo* 19, 5-57.
- Consejo Nacional de Política Económica Social (CONPES) (2004). Lineamientos para la operación del programa nacional de alimentación para el adulto mayor “Juan Luis Londoño de la Cuesta” y la selección y priorización de sus beneficiarios. *Documento Conpes Social*, 86.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia (DANE), hallado en <http://www.dane.gov.co>. Accedido el 8 agosto 2006.
- Jaspers-Faijer, D. (2005) Boletín: Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. 2-11, hallado en <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/20633>. Accedido el 15 agosto 2005.

- Fernández, R. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Peláez, M. (2005). La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública* 17 299-302.
- Miguel-Tobal, J., Cano-Vindel, A., Casado, M. & Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología* 10, 199-216.
- Moreno, M., Contreras, D., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas P. & Vera-Villaroel P. (2006). Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico. *Revista Médica de Chile* 134, 443-440.
- Garcés, E., Velandrino, A., Conesa P. & Ortega, J. (2002). Un programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable. *Cuadernos de Psicología del Deporte* 2, 67-89.
- Castellón, A. & Rodríguez, G. (2004) Intervenciones prácticas en enfermos de alzheimer institucionalizados. *Revista Multidisciplinaria Gerontológica* 14, 66-72.
- Uribe, A., Padilla, C. & Ramírez, V. (2004) Intervención cognitivo conductual para la calidad de vida en viejos institucionalizados. *Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología: Geriatrika* 20, 145-149.
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G. & Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Revista MH Salud* 1, 1-11.
- López, I. & Rodríguez, H. (1999). Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. *Revista Cubana Médica General Integral* 15, 19-23.
- Molina Linde, J.M., Sánchez Hernández, M.P, & Uribe Rodríguez, A.F. (2006). El síndrome de Burnout en Gerontología. En R. Rubio Herrera y cols. (Eds.). *Avances y nuevas investigaciones en Gerontología 2005-2006* (pp. 24-43). Granada: Master Universitario en Gerontología Social.
- Uribe, A. F & Buela-Casal, G. (2004). Calidad de vida en personas mayores. IV Congreso Iberoamericano de Psicología. II Encuentro de la Red Iberoamericana de Facultades y Escuelas de Psicología. Santiago de Chile, Chile.