



## ¿Cómo citar este artículo?

López, E., Echavarría, L. & Galeano, N. (2017). Desesperanza y vulnerabilidad en el adulto mayor. *Revista Reflexiones y Saberes*, 4(7), 34-52.  
Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaRyS/article/view/861/1379>

# Desesperanza y vulnerabilidad en el adulto mayor \*

### **Eucaristía López Zapata**

Estudiante de Psicología,  
Fundación Universitaria Católica del Norte  
Participante del semillero  
"Fenómenos psicológicos, sociales e inclusión"  
[dollylopezzapata@yahoo.com](mailto:dollylopezzapata@yahoo.com);  
[edlopez@soyucn.edu.co](mailto:edlopez@soyucn.edu.co)

### **Luis Mauricio Echavarría Castañeda**

Estudiante de Psicología,  
Fundación Universitaria Católica del Norte  
Participante del semillero

### "Fenómenos psicológicos, sociales e inclusión"

[mauryecasta@hotmail.it](mailto:mauryecasta@hotmail.it);  
[Imechavarria@soyucn.edu.co](mailto:Imechavarria@soyucn.edu.co)

### **Nidia Galeano Vélez**

Estudiante de Psicología Fundación  
Universitaria Católica del Norte  
Participante del Semillero  
"Fenómenos psicológicos, sociales e inclusión"  
[mariu464@gmail.com](mailto:mariu464@gmail.com); [ngaleano@soyucn.edu.co](mailto:ngaleano@soyucn.edu.co)

**Tipo de artículo:** revisión teórica.

## Resumen

Este artículo es producto de una revisión teórica en el marco de la investigación sobre la identificación de sentimientos de desesperanza en adultos mayores de 62 a 101 años de edad en la comuna 2 de la ciudad de Cali. Se definen en ella cuatro ejes temáticos: el adulto mayor según el ciclo vital del desarrollo humano; la etiología de la depresión; el significado de los sentimientos de desesperanza; y el apego. La adultez mayor o "vejez" es considerada como "un estado de existencia marginal, que llega con pérdida de energía, de control, de flexibilidad, de sexualidad, de movilidad física, memoria e incluso inteligencia" (Molano, 2001, p.

20). En este contexto, algunos adultos mayores experimentan la desesperanza y la depresión, mientras que otros consideran como única salida el suicidio, padecen apatía y cierta voluntad de deserción o de renuncia. Autores como Beck et al. consideran que la desesperanza es una especie de "vulnerabilidad cognitiva, un deseo de escapar de algo" lo cual puede afectar significativamente la vida y el bienestar de los adultos mayores, afectados en gran medida también por el apego, como se muestra en el desarrollo del texto.

## Palabras clave

Desesperanza, Vulnerabilidad, Depresión, Integridad, Renuncia, Apego.

## Introducción

Desde la perspectiva de Erickson (1985, p. 49), el ciclo vital llega a su recta final con la última etapa del adulto mayor, denominada "Integridad contra desesperación", en donde la principal tarea del desarrollo es "Enfrentar la muerte; superar la desesperación potencial; resolver el sentido de la vida" (Lefrançois, 2001, p. 36). Según Marcel (2005, p. 49), en esta etapa algunos adultos mayores pueden experimentar desesperanza, entendida como "un deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema insoluble y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro".

De acuerdo con las observaciones realizadas con algunos grupos gerontológicos del sector Santa Mónica de la comuna 2 en la ciudad de Cali (Departamento del Valle del Cauca), se evidencia la presencia de "sentimientos de desesperanza" en adultos de 62 a 101 años de edad. Además, se encuentran cifras que demuestran la presencia de suicidio en la ciudad, y algunos de esos casos se ubican en el rango de edad de la población objeto de estudio y en la comuna señalada. A partir de lo anterior surgió esta propuesta de reflexión, a partir de la cual se indagaron los sentimientos de desesperanza en diferentes grupos gerontológicos, cuyo rango de edad oscila entre 62 y 101 años.

La primera etapa de la reflexión es la exploración bibliográfica, cuyo fin es la profundización teórica y conceptual para tener un punto de partida en los demás momentos del proceso investigativo. En este contexto, se presenta a continuación una síntesis de los principales hallazgos producto de la revisión teórica inicial.

## Cambios en el adulto mayor

**Cambios físicos y sociales.** Al comienzo del ciclo de la vida, suceden cambios paulatinos que merecen una celebración: la salida del primer diente, los primeros pasos, las primeras palabras o los logros alcanzados en la etapa escolar. Cada escaño deja ver la transformación del niño a adolescente y la forma como se adentra el joven en la edad adulta. Luego, esos cambios connotan otros significados o apremian en la

“vejez o senescencia”, término técnico para el periodo de deterioro del final de la vida (Lefrançois, 2001, p. 497). Con el paso de los años se pierde incluso “la claridad cognitiva como fuente de la necesidad de afiliación” (Blanco, Caballero & De la Corte, 2005, p. 126). Al respecto, Arranz (2004) manifiesta que:

el conocimiento de los cambios que conlleva la vejez y el contacto con la diferente forma de adaptarse a ellos que representa cada persona mayor es fundamental para comprender mejor las necesidades de los mayores y para entender y adaptarse al propio envejecimiento cuando comience a producirse. (p. 142).

La edad madura sugiere cambios paulatinos reveladores que delatan la llegada de los años consecuentes con el desgaste —en algunas personas en mayor proporción que en otras—. Este deterioro o evolución irremediable (reflejado física, mental y socialmente) en el adulto mayor causa que se mengüen de forma gradual las “facultades intelectuales y físicas [que] son cada vez más deficientes; su vista falla, su memoria ya les es insuficiente, su velocidad de pensamiento es lenta y sus achaques físicos los atormentan cada vez con mayor intensidad” (Villanueva, 1985, p. 203).

Aunque hay personas expuestas a mayor deterioro que otras, en todas aparecen esos cambios universales propios de la edad: pérdida de calcio en los huesos o la atrofia de las células cerebrales. Muchos de estos cambios no son visibles al simple mirar de ojos, mientras otros se notan en la apariencia, la cual revela

encogimiento y endurecimiento de los tendones, aplanamiento de los pies, encogimiento de la columna vertebral, pérdida de células grasas y elasticidad de la piel, pérdida de cabello y de su pigmentación, recesión de las encías, uso de dentadura postiza, etc. (Lefrançois, 2001, p. 497).

Otros, “viven entonces de recuerdos ‘de los buenos tiempos’ en que tenían la oportunidad de vivir intensamente” (Villanueva, 1985, p. 203). Consecuentemente, “la vida es un proceso, es un fluir dinámico, no un producto. En el proceso vital hay etapas de gozo, de éxito, de logro y también de pena, de crisis y fracaso” (Casares & Aguilar, 1995, p. 59).

En la condición física “deterioros paulatinos con pérdida de flexibilidad y fuerza, mayor tiempo de reacción” (Lefrançois, 2001, p. 503), así como “el balance nutricional requiere de menos calorías y de mayor consumo de minerales y vitaminas (calcio y vitamina D) dan como resultado menor necesidad de grasas y más hidratación” (Lefrançois, 2001, p. 499). En consecuencia, expertos nutricionales recomiendan la ingestión de alimentos blandos y sugieren corregir rutinas para evitar complicaciones por deglución, tránsito lento, o problemas gastrointestinales severos y crónicos.

En la salud y atención médica el adulto mayor sufre menos padecimientos agudos, pero requiere más tiempo de recuperación. En muchos aparecen las enfermedades de “Alzheimer y Parkinson, la arterioesclerosis, lo que representa mayores costos de atención

en salud. Además, están “las pérdidas sensoriales la vista y el oído, presbicia, vista cansada, presbiacusia, [y] degeneración del sistema auditivo” (Lefrançois 2001, p. 500). Igualmente, Craig y Baucum (2009, p. 513) señalan otros cambios:

Al hablar de los acontecimientos de la adultez, en general los teóricos se refieren a los cambios de roles, a hechos más importantes, a los hitos, a los problemas críticos y a las tareas del desarrollo. La expresión concreta de estos elementos de continuidad y cambio están vinculados al ciclo de vida familiar y al modelo del desarrollo basado en su sincronización. Ciertas tareas del desarrollo definen la madurez, aunque las relacionadas con la juventud y la vejez pueden mezclarse con las de la madurez. Dichas tareas difieren también en el hombre y la mujer.

Algunos adultos mayores luchan por preservar su imagen física y no revelan la edad, o incluso pasan desapercibidos ante los ojos de escépticos que los consideran de menos años. Sin embargo, aunque la condición física no sufra el deterioro propio de la edad, algunos padecen cambios cognoscitivos de mayor tramado e incidencia. “La primera en sufrir deterioro es la memoria, la inteligencia. El razonamiento de los ancianos es más pragmático, intuitivo y mítico que lógico, como lo dice Lefrançois (2001, p. 503). Frente a la última etapa del ciclo vital,

cada día muere una parte del ser humano y para que esta renuncia tenga sentido deberá ser valerosa y consciente con el fin de reinventar una forma nueva de ser sin que duela el cambio de una etapa a la otra (Erikson 1978, p. 20).

**Cambios cognitivos.** Al menguarse los procesos cognitivos de la memoria, la atención y la concentración, ciertos adultos piden paciente comprensión. A este respecto, a la edad de 70 años, Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, dijo lo siguiente: “¿por qué debería yo esperar un tratamiento especial? La vejez, con sus arrugas, llega para todos. Yo no me revelo contra el orden universal” (Entrevista concedida al periodista George Sylvester Viereck en 1926). Aun cuando sus fuerzas estaban a punto de colapsar por el cáncer que lo aquejaba, conservaba intacta su sobresaliente inteligencia y brillantez mental.

Surgen varios interrogantes en medio de esta reflexión. ¿Hasta qué punto está preparado el adulto mayor para enfrentar con equilibrio y sano juicio los cambios físicos y los cognoscitivos? Pocos se preparan lo suficiente para la adultez mayor; algunos prefieren desertar de la vida antes que pasar por esa metamorfosis dolorosa. ¿Es la resignación la salida, o la clara conciencia de una etapa de cambios propios del ciclo de la vida? Se requiere valentía para no doblegarse ante el olvido, o la angustia que lo precede, en los desiertos días de la adultez avanzada.

Los “ancianos necesitan evaluar, adicionar y aceptar sus vidas para aceptar la proximidad de la muerte” (Erikson, 1978, p. 20). ¿Está advertido el adulto mayor de esta transitoriedad del ciclo vital y del paso de los años? ¿Cuenta con valentía para sobreponerse a los cambios desde la evaluación, la aceptación y la inminente llegada de la muerte? “Si tenemos que morir, si nos vemos forzados a construir nuestro propio

mundo, si cada uno de nosotros está básicamente solo en un universo diferente, ¿cuál es el significado de la vida?" (Yalom, 1984, p. 20). Este postulado se da en el contexto de las cuatro preocupaciones o realidades que vive cada individuo dentro de su ciclo vital: la muerte, la libertad, el aislamiento y la falta de un sentido vital (Yalom, 1984, p. 20).

Hasta aquí quedan expuestos los cambios físicos, emocionales y conductuales que suceden en el adulto mayor de manera paulatina, al tiempo que se dan otros relacionados con la existencia misma; como lo sugiere Heidegger (citado por Yalom, 1984, p. 48), "hay dos maneras fundamentales de existir en el mundo: 1) un estado de descuido de uno mismo y 2) otro de cuidado de uno mismo". Esta doble vía de existir en algunos se da en soledad, desesperanza o vulnerabilidad, puesto que "cuando se entra en el segundo modo de existencia 'el cuidado del ser', se existe auténticamente de donde se deriva el frecuente empleo en la psicología de nuestros tiempos del término 'autenticidad'" (Yalom, 1984, p. 48).

En este vaivén de cambios cabe preguntarse con Yalom (1984, p. 23): "¿Por qué vivimos?, ¿cómo debemos vivir?, ¿serán lo bastante firmes para soportar los embates de la propia vida? En este momento y en los niveles más profundos de mi ser, ¿cuáles son mis fuentes fundamentales de temor?". Algunos autores sugieren

defenderse de las angustias, que nunca faltan en una vida, "haciendo cosas" (quizás para los que se quedaron en la etapa del *homo faber*), y por lo tanto intentaremos fabricar algunas *ruedas de auxilio* muy simples para disfrutar de una mejor calidad de vida en la vejez (Segre Forti, 1997, p. 19).

Como puede verse en lo expuesto, el adulto mayor enfrenta una serie de cambios, los cuales conllevan a una pérdida que, de no ser tramitada, puede devenir en depresión y en sentimientos de desesperanza, como se verá a continuación.

## La depresión en el adulto mayor

El término "depresión cubre una variedad de cambios en los estados de ánimo negativos y en la conducta" (Sarason & Sarason, 2006, p. 333). Según las etapas del desarrollo señaladas por Erickson (1978, p. 49), se considera la adultez tardía o vejez como la octava y última fase del ciclo vital. Consistente con el desgaste de los años y el deterioro cognitivo, es inevitable que la depresión aparezca en el anciano al llegar a dicha estación. Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) profundizan más en el tema y destacan otros síntomas:

Los síntomas motivacionales (por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.) también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. [...]. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. (p. 20).

El “depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviera muerto.” (Beck et al., 1983, p. 20). Sucede también que

una de las características principales del paciente depresivo es su relativa inconsciencia o falta de atención con respecto a los estímulos ambientales. Independientemente de lo que ocurra a su alrededor, tiende a perseverar en sus temas de privación, anormalidad o enfermedad. (Beck et al., 1983, p. 28).

La depresión es sugerida como enfermedad contemporánea por el impacto negativo en personas de todas las edades y con particular énfasis en el sexo masculino, según las estadísticas registradas en la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) (versión modular 2.1 de 12 meses), diseñada y presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997). Este trabajo presenta un análisis exhaustivo de esta realidad marginal en personas que la padecen.

Existen dos tipos de depresión en la adultez tardía: “la depresión que continúa desde las etapas tempranas de la vida y la depresión que ocurre como resultado del envejecimiento” (Gatz, 1997, citado en Feldman, 2006, p. 608). De acuerdo con lo anterior, “la depresión que sucede justo al envejecer no se diagnostica oportunamente por la inadecuación e imprecisión de datos y evolución de la misma” (Kennedy, 1995, citado en Alcalá, Camacho & Giner, 2007, p. 1). El adulto mayor carga en sus hombros su propia historia cognitiva conductual, y en muchos casos arrastra sobre sí mismo la depresión temprana por el resto de su vida.

El ser humano, llegado a la adultez, bajo la presión de los años y sometido a circunstancias existenciales adversas, soporta “periodos depresivos leves o esporádicos por la soledad, la enfermedad u otras circunstancias de salud, los episodios moderados, controlados por fármacos o psicoterapia y los episodios mayores que requieren en muchos casos intervención psiquiátrica, medicamentos y hospitalización” (American Psychiatric Association [DSM-IV-TR]<sup>1</sup>, 2012, p. 387).

También el entorno familiar y social que rodea al adulto mayor cesante, connota “la tristeza, la pérdida de interés, los sentimientos de culpa y de desesperanza” (Feldman, 2006, p. 608). Como efectos normales de la edad, muchos pasan indiferentes ante el “trastorno del sueño, la pérdida del apetito o la disminución de los procesos cognitivos en su vida familiar mayor” (Feldman, 2006, p. 608). ¿Para qué desgastarse en ver lo que se califica de normal? ¿Por qué tanta algarabía por algo tan simple? Algunos profesionales de la medicina caen en este facilismo diagnóstico de ver estos rasgos o características de depresión como normales. “El enmascaramiento de la depresión en el anciano suele

<sup>1</sup> “El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, abreviado DSM), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés, American Psychiatric Association, abreviado APA), es una obra que contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos e investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales” (Wikipedia, s. f., disponible en [https://es.wikipedia.org/wiki/Manual\\_diagn%C3%B3stico\\_y\\_estad%C3%ADstico\\_de\\_los\\_trastornos\\_mentales](https://es.wikipedia.org/wiki/Manual_diagn%C3%B3stico_y_estad%C3%ADstico_de_los_trastornos_mentales)).

ocurrir por quejas somáticas” (Barbier, citado en Alcalá, Camacho & Giner, 2007, p. 1).

El Manual Estadístico de Enfermedades Mentales DSM-IV-TR define la depresión como un

estado de ánimo decaído, tristeza permanente, pérdida de interés o de capacidad para experimentar placer, pérdida de energía, sentimientos de inadecuación o culpa, enlentecimiento físico y apatía, dificultades de concentración, entorpecimiento en las habilidades cognitivas y pensamientos recurrentes sobre el suicidio o la muerte. Sentimiento de impotencia, desesperanza e inutilidad, entre otros. (American Psychiatric Association, 2012, p. 412).

Sobre la depresión asociada al desgaste físico en el adulto mayor, Zarebski (1994, p. 33) sugiere lo siguiente:

Cuando esta [la depresión] se produce, además de las consecuencias habituales de sedentarismo, pérdida de fuerza y de autoconfianza, miedos y autorreproches, se produce la pérdida de la autonomía, la cual realimenta la depresión que, junto al repliegue generalizado, con un entorno cada vez más pobre y reducido, va determinando un gradual desapego de todos los espacios: motor, auditivo, visual, temporal, mental y social.

Desestimar los criterios que identifican la depresión en el adulto mayor es debilitar el andamiaje cognitivo en términos de la percepción de sí mismo, del mundo y del futuro, como lo señalan Beck et al. (1983, p. 19). Ello precipita la depresión y altera el pensamiento, el afecto y la conducta de quien ya vivió lo suficiente y solo espera días de sosegada paz y de compañía gratificante, capaz de reforzar la experiencia fundante de la adultez tardía.

Según el DSM-IV-TR (2012, p. 413), los criterios diagnósticos de la depresión, se refieren a un

estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, pérdida importante de peso, insomnio o hipersomnias, agitación o enlentecimiento psicomotor, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida.

Además de lo anterior existen factores como los familiares, sociales, culturales, emocionales, características diagnósticas, subtipos y/o especificaciones de la misma, el procedimiento o tipificación de la enfermedad [depresión], los síntomas y trastornos asociados que la acompañan, así como los síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo. (American Psychiatric Association, 2012, p. 413).

Para algunos, llegar a la edad de 65 años consiste en iniciar una cuenta regresiva; y constituye el detonante en algunos casos para

disparar la depresión, como se observa en el informe del CIDI, (OMS, 2012). La lista de factores precipitantes de la depresión es larga, y el análisis factorial de la investigación sugiere que el sexo masculino es proclive a padecerla con mayor incidencia. Respecto de la depresión asociada a la pérdida, "nos guste o no, nunca volvemos a ser 'nuestro antiguo yo' después de una pérdida importante, aunque con mucho esfuerzo podemos construir una identidad que encaje con nuestro nuevo rol" (Neimeyer, 2007, p. 77).

Corresponde al personal médico, psiquiatra o psicoterapeuta, a la entidad de salud, a la familia o cuidador, ofrecer un entorno responsable, verificar la prevalencia de la depresión, el curso que toma, el patrón familiar que la rodea y el diagnóstico diferencial, o clases de trastornos depresivos como "trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado, trastorno depresivo mayor, episodio único, leve; trastorno depresivo mayor, episodio único, trastorno depresivo mayor, episodio único, grave, sin síntomas psicóticos" (American Psychiatric Association, 2012, p. 389). Aunque los términos específicos no serán diferenciados por el común de la gente o la misma familia, los cambios presentados en el adulto mayor sí constituyen un punto de referencia.

**Según los ítems de la escala de depresión, como lo indica Beck (1974, p. 32), esta última**

está acompañada por tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativas de castigo, auto desprecio, autoacusación, ideas suicidas, episodios de llanto, irritabilidad, retirada social, indecisión, cambios en la imagen corporal, enlentecimiento, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas, bajo nivel de energía.

De forma concordante con este planteamiento, en la adultez

el ser humano se enfrenta a situaciones que tienen un alto costo psicológico: frustración, stress, depresión, inadaptación, insomnio, sensación de inactividad y de fracaso, y todo esto acompañado muchas veces de una gran sensación de pérdida, soledad y vacío existencial. (Casares & Aguilar, 1995, p. 60).

Para Erikson (1978, p. 20) "el adulto mayor sucumbe ante la depresión, aterrorizado por el pasado que no logra remediar y ante el futuro gris que le espera".

En el siguiente apartado se da paso a la desesperanza como expresión de la depresión en adultos mayores proclives a la vulnerabilidad, pérdida de motivación y sentido de la existencia; se sumergen en un mar de incertidumbre que parece no tener fin, según lo observado en el trabajo de campo.

## La desesperanza en la depresión

Respecto del tópico que da título a esta sección, Erikson (1978, p. 20) sostiene que

[en] la última crisis del Ciclo Vital en la vejez se produce una lucha dialéctica entre una búsqueda de Integridad y un sentido de Desesperación y Disgusto (o Desdén). Estos opuestos que se mantienen en un equilibrio dinámico, son esenciales para una fuerza última del ser humano: La Sabiduría.

Este autor describe la última etapa del ciclo vital como un vaivén de emociones, sentimientos y pensamientos que oscilan entre la integridad y la desesperanza.

Centrados en el tema de la desesperanza, Clark, Beck y Alford (1999, p. 165) precisan lo siguiente:

Metalsky y Jonier (1997) desarrollaron un inventario de autorreporte de 32 ítems, llamado cuestionario de síntomas de depresión tipo desesperanza (CSDD), para medir específicamente ocho síntomas que, se hipotetizaba, hacían parte del subtipo de depresión con desesperanza – déficit motivacional, dependencia interpersonal, retardación psicomotora, falta de energía, apatía/anhedonia, insomnia, dificultad para concentrarse y riesgo de suicidio.

Estudiosos de la talla de Abramson, Metalsky y Alloy (1997, p. 212), destacados autores que teorizan sobre la “desesperanza de la depresión”, agregan que la vulnerabilidad es el principal eje de la misma. Según lo descrito hasta aquí, y como puede observarse, en dicho trastorno uno de los elementos sobresalientes corresponde a los “sentimientos de desesperanza”, entendidos como “un sistema de esquemas cognitivos en los cuales la expectativa negativa sobre el futuro a mediano y largo plazos es el denominador común” (Stotland 1969, citado en Bolio Chacón et al., 2015, p. 73). Además, los autores nombrados afirman que los sujetos desesperanzados creen que nada saldrá bien, nunca serán exitosos en lo que intenten, nunca podrán alcanzar sus objetivos y no podrán solucionar los diversos problemas que afronten en la vida. Si bien la desesperanza es un constructo que se relaciona con diversos cuadros psicopatológicos, el mismo está fuertemente asociado a la depresión.

Los sentimientos de desesperanza se caracterizan por la ausencia “del yo espero”, que según Marcel (2005, p. 41) está orientado hacia una salvación: “la acogida a la esperanza alegre”. La desesperanza hace alusión a “las tinieblas del alma que sumerge en las tinieblas de la enfermedad, de la separación, del exilio, de la esclavitud, de la frustración, del fracaso y de la misma vejez” (Marcel, 2005, p. 41). Así entonces, ¿el adulto mayor desesperanzado no espera? O, como dicen muchos, “¿para qué esperar a mis años?” Un rasgo de esa desesperanza absurda y obstinada en la que muchos sucumben.

Lo contrario de la desesperanza es la esperanza; en palabras de Marcel, esta última "se sitúa en el marco de la prueba al que no solo corresponde, sino que es una verdadera respuesta del ser" (2005, p. 41). Algunos adultos mayores conjugan estas dos realidades desde la dimensión humana y la espiritual: esperar es cuestión de fe, y en el plano humano se trata de resignación. Esta incongruencia hace pensar que la resignación es parte de una desesperanza soterrada, enmascarada e infeliz, que ciertos adultos mayores se esfuerzan por ocultar a toda costa.

Según Marcel (2005, p. 41), la desesperanza es sinónimo de deserción: ¿es acaso exilio, tinieblas, desolación? Es exilio cuando se deja atrás el éxito, el reconocimiento, el poder y un estilo de vida solvente, para enfrentar una nueva; muchos viven de las memorias de antaño, y se estacionan en sus recuerdos tortuosos e ingratos. Otros adultos mayores consideran que es "mejor morir a tiempo antes que perder el estándar de vida que han tenido siempre", quizás, antes de emprender el exilio hacia las tinieblas de la desesperanza. ¿Es esta una manera de desertar de la vida?

El mismo autor sugiere algunos interrogantes, tales como ¿dónde queda la esperanza, si el que espera anhela lo externo? Se trata de la solución de un problema práctico de oportunidades o de probabilidades (Marcel, 2005, p. 41). El adulto mayor que supera los 80 y 90 años de edad suele considerar la vida resuelta desde lo externo, pero en el fondo está la soledad, el miedo a la muerte, esa desazón inexplicable que se llama desesperanza como nervio central de la depresión. Por tanto, ¿en qué condiciones el padecer puede llegar a ser una experiencia de cautiverio? La esperanza se sitúa en "el marco de la prueba a la que no solo corresponde, sino que es una verdadera respuesta del ser" (Marcel, 2005, p. 42).

¿Podrá el adulto mayor transformar la desesperanza en esperanza?, desde luego que sí, en condiciones favorables propicias y amenas. "Superar el aniquilamiento forzoso de verse sin fuerzas para seguir viviendo" (Marcel, 2005, p. 48). Este autor analiza la otra cara de la moneda llamada "esperanza", porque

la experiencia sí parece fundar que la esperanza es capaz de subsistir a una destrucción casi total del organismo; así pues, si esperanza es vitalidad, es en un sentido muy difícil de determinar y que no coincide con aquel sentido que conferimos a esta palabra cuando hablamos de la vitalidad de un cuerpo que goza de buena salud.

Seguramente esta vitalidad esperanzada y feliz facilitará días de sosegada paz. Es un constante fluir hacia la renuncia, la integridad y la sabiduría propuesta por Erikson (1978, p. 31); no así para Marcel (2005, p. 50), quien considera que se trata de "desprenderse en presencia de esta parada, de este inevitable", y hace mención a la inevitable desesperanza o vulnerabilidad que no acepta salvaguardar coherentemente la propia identidad. Es una dinámica exigente que muchos adultos mayores experimentan en esa espiral de desesperanza y vulnerabilidad galopante que hace caer "en, el fondo, renunciar a

ser uno mismo, fascinado por la idea de la propia destrucción hasta el punto de anticiparse a esta destrucción misma [la muerte]" (Marcel, 2005, p. 50).

Para concluir este tema sobre la desesperanza, Erikson (1978, p. 32), como estudioso del ciclo vital en todas sus etapas, dice que los adultos mayores "se ven agobiados por la desesperanza al descubrir que el tiempo es demasiado corto para buscar nuevos caminos para la integridad del yo. Si esta crisis quiere resolverse con éxito, la integridad debe superar la desesperanza". Es inevitable algún tipo de desesperanza: el mismo autor puntualiza que "las personas mayores necesitan desahogarse no solo de sus propios infortunios y oportunidades sino también de la vulnerabilidad y transitoriedad de la condición humana" (Erikson, 1978, p. 32).

¿Qué tan integrada está la vida del adulto mayor para soportar los altibajos propios de la edad y no sucumbir a la desesperanza? Erikson (1978, p. 32), se refiere a "aquella motivación de la vejez [...] que impulsa a experimentar y, en rigor, también a afirmar la desesperación total para obtener cierto sentido integrado de la propia vida: ¿pues no será que el ciclo vital, en conjunto, es una revelación?".

En sus aportes teóricos sobre el ciclo de la vida, este autor se detiene con mayor precisión en la adultez tardía —comprensible por la edad que él mismo alcanzó: 92 años— al manifestar que, al llegar a sus años de "madurez, los adultos pueden defenderse contra la realidad definitiva de la muerte y que, entre la adolescencia y la senectud, las energías y capacidades maduras se apliquen totalmente a aquello que los hindúes denominan "el mantenimiento del mundo", tal como lo cita Erikson (1978, p. 38); este último, además, se refiere a la integridad que supera a la desesperanza dentro del marco de la sabiduría.

A continuación se discute sobre el apego, que podría estar relacionado con la desesperanza, la personalidad y los cambios en el adulto mayor. El mismo Bowlby (1998, p. 171), admite que "está muy difundida la idea de que el afecto, el sentimiento y la emoción son, en cierto sentido, las causas de la conducta de apego".

## El apego en la adultez

El tema del apego está asociado al nombre de Bowlby (1998, p. 492), autor de obligada referencia, quien ofrece una idea sobre el significado de este vocablo: "[el] término apego se limita a la conducta dirigida hacia alguien concebido como más capaz de hacer frente a la situación que está teniendo lugar". Aunque su estudio lo plantea a partir de la infancia, se refiere al apego en todas las etapas de la vida según Bowlby (1998, p. 492), quien complementa al decir que

situaciones causantes de temor que un niño o persona mayor puede prever ninguna lo aterra tanto como la posibilidad de que se halle ausente la figura de apego, o, en términos más generales, de que no se halle a su disposición cuando la necesita.

Esta necesidad humana de establecer vínculos de apego entre los adultos mayores entrevistados en la comuna 2 de Cali surge en quienes viven solos —en su mayoría, personas de sexo femenino—. Este tema acontece en el marco de la investigación sobre sentimientos de desesperanza en adultos mayores y de su posible relación con el apego, según los grupos identificados en el sector de dicha comuna. En este mismo sentido, Bowlby (1998, p. 433) se pregunta lo siguiente:

¿Cuál es, desde un punto de vista descriptivo, la escala de variaciones de la conducta de apego a una edad determinada, y en términos de qué dimensiones podrán ser descritas más adecuadamente? ¿Qué condiciones previas influyen sobre el desarrollo de cada tipo de pautas? ¿Cuál es la estabilidad de cada pauta a cada edad? ¿De qué manera se relaciona cada pauta con el desarrollo posterior de la personalidad y con la salud mental?

La conducta de apego alude a la teoría del desligamiento propuesta por Cummings y Henry (1961, citado en Feldman, 2006, p. 633) y en la que suceden “cambios graduales, dentro de los cuales encajan los desapegos que no causan ninguna alteración en quien los vive, suceden de manera natural”. Tal desligamiento es obligado en unas personas y espontáneo en otras, puesto que se requiere valentía e integridad solvente y constante para saber decir adiós a las personas a quienes el mismo adulto mayor sobrevive, o a una vida que fue y ya no está frente a sus ojos. Lo contrario sucede en adultos mayores que no doblegan el ánimo tan fácilmente: aunque califican sus arraigos como moderados o normales, concuerdan con los presupuestos de la teoría de la actividad de los mismos autores. Dinámicos, y sólidos, no deponen sus responsabilidades; conservan las rutinas propias de toda la vida; el ritmo lo conservan en equilibrio moderado; y los apegos se mantienen en un nivel coherente mientras nada amenace la seguridad que los circunda. Para Bowlby (1998, p. 441), “la ansiedad se produce no porque haya una situación de peligro o riesgo real, sino por estar aumentada la probabilidad de dicho riesgo”.

Las siguientes pautas principales de apego, clasificadas por Ainsworth et al. (1978), están basadas en la teoría del apego de Bowlby (1998, p. 441) (ambos autores trabajaron juntos durante varias décadas):

### **Pauta B.**

Característica principal del apego seguro en los niños. Estos son activos en el juego y buscan el contacto, incluso cuando se han angustiado después de una separación breve; enseguida quedan consolados y vuelven muy pronto a absorberse en el juego. (Bowlby 1998, p. 441).

Como lo plantean Ainsworth et al. (1978), esta pauta de niños puede extrapolarse a la realidad del adulto mayor, puesto que no todos padecen desesperanza: algunos con personalidades integradas revelan un apego seguro cuando conviven con su realidad de manera holgada y libre, como se observa en la cotidianidad al interactuar con ellos.

Este apego seguro propuesto por Bowlby (1985, p. 226), desarrollado desde temprana edad, favorece la "sensibilidad, la disponibilidad, y la accesibilidad en el sujeto". Algunos adultos mayores conservan en parte estas cualidades que les permiten un desligamiento gradual, estable y seguro, no traumático. Esto sucede cuando se tiene conciencia de envejecer con dignidad y aceptar los cambios propios de la edad con madurez emocional, como lo describe excepcionalmente Goleman (1997, p. 11), autor de "Inteligencia Emocional". Retomando a Bowlby (1985, p. 226), podría decirse que

cuando un individuo confía en contar con la presencia de apoyo de la figura de apego siempre que la necesite será mucho menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos que otra persona que, por una razón u otra no alberga idéntico grado de confianza.

Según lo observado en los adultos mayores objeto de estudio, algunos dejan de lado apegos, desarraigos, gustos, actividades e incluso personas; la cotidianidad los aparta del tesoro más preciado: sus propios hijos. El retiro a una vida tranquila libre de compromisos sociales es una opción en la que los apegos, las personas que fallecen o los hijos que emigran a otras latitudes pasan a un segundo plano.

**Pauta A.** "Característica principal del apego ansioso a la madre y esquivos. Algunos de ellos tratan al extraño de un modo más amistoso que a la propia madre." (Bowlby, 1998, p. 441). En los adultos mayores identificados en la comuna 2 de Cali, esta característica puede aparecer en personas del sexo femenino, cuando el cuidador o amigo, son objeto de afecto y apego, más que la propia familia.

Es posible que la personalidad del adulto mayor esté ligada a los apegos y en esto podría coincidir con el tercer postulado de Bowlby (1998, p. 441), en cuanto al apego ansioso elusivo, que afecta "la codificación y organización de información acerca de eventos emocionales, figuras de apego y el sí mismo" (Mikulincer, 1997, citado en Bowlby, 1998, p. 441).

El mismo Bowlby (1985, p. 237), define el apego ansioso como:

una expresión mucho más adecuada para describir la situación es la de "apego ansioso" o *apego inseguro*. Ello indica con toda claridad que la preocupación básica del individuo reside en que las figuras de afecto no resulten accesibles y/o no le respondan adecuadamente. [...], el deseo natural del sujeto de entablar una relación estrecha con la figura de apego, y se toma en cuenta el temor que experimenta de que la relación llegue a su fin.

De forma consecuente con este postulado, tanto Bowlby como Ainsworth et al. (1978) sitúan el apego ansioso en la pauta C.

### **Pauta C**

Característica principal en un apego ansioso a la madre y rechazantes: oscilan entre buscar la proximidad y el contacto con ésta y oponerse al contacto y a la interacción con ella. Algunos son descritos también como

más coléricos que los demás niños y unos pocos más pasivos. (Bowlby, 1998, p. 441).

El 88% de los adultos mayores de quienes se ocupa esta investigación no revelan esta característica de manera clara o diáfana; es posible que la experimenten, pero no la muestran tácitamente.

Es posible que la personalidad del adulto mayor influya en su tendencia al apego, puesto que "la conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo" (Bowlby, 1998, p. 492). Adultos mayores del sexo femenino que superan los ochenta años de edad suelen decir que "la soledad las aterra". Revelan un apego inusitado, ansioso y demandante; requieren todo el tiempo la presencia del cuidador; y no aceptan la separación parcial incluso dentro de la misma casa que habitan, como se evidencia en la observación cotidiana.

Posiblemente, algunas adultas mayores que en apariencia lucen bien físicamente sean proclives a la ansiedad, esto es, a una actitud que exige la presencia de alguien más en sus vidas: en ocasiones tienen "codificación de información distorsionada" (Bowlby, 1998, p. 441), su "sí mismo" experimenta soledad y no entienden el abandono aparente ni la ausencia constante de sus hijos. Se tornan hurañas y taciturnas, según se observa. Estas personas, "con estilo de apego evasivo o elusivo, rechazan la información que pudiese crear confusión, cerrando sus esquemas a esta, teniendo estructuras cognitivas rígidas" (Bowlby, 1998, p. 441). Este tipo de apego podría ser consistente con la personalidad pasiva dependiente.

En la película francesa *Amor* (2013), escrita y dirigida por Michael Haneke y protagonizada por dos profesores de música que son adultos mayores pensionados, se describe el apego con crudeza narrativa. Incluso, el filme revela hasta dónde el apego entre esposos es parte de la desesperanza que precipita a sus personajes a dejar de manera drástica la propia existencia. La película muestra el paso al desarraigo pleno, al desapego del otro, a dejar de escucharlo, presenciar su dolor, su aniquilamiento o decadencia. La película revela la forma en que la vida se apaga, dejando a su paso desesperanza, soledad y abandono. El apego ansioso evasivo es elocuente en esta película.

Ciertos adultos mayores, experimentan exilios no menos lacerantes en la viudez. "Uno de los resultados de la pérdida del cónyuge [desapego], es una depresión tan grave que exige tratamiento y a veces hospitalización", como lo manifiesta Lefrançois (2001, p. 530). Cuando el amor es tan fuerte, cuando se acostumbra el uno al otro en una simbiosis casi perfecta y la articulación de sentimientos coincide, el apego se hace más intenso y difícil de superar.

Riso (2009, p. 113) señala que "es importante ver el apego como un repertorio relativamente móvil y flexible, que progresa evolutivamente desde conductas simples y estereotipadas de búsqueda de contacto y protección hasta modelos representacionales internalizados y estables". Según se observa, el apego en adultos mayores puede tener estas

características de flexibilidad y movilidad, dependiendo de quién esté a su lado, de su personalidad, de la vulnerabilidad o de la visión que tienen de sí mismos, del mundo y del futuro, según la triada cognitiva de Beck et al. (1992, p. 71).

El adulto mayor está en esa búsqueda de protección incondicional en la posibilidad de liberarse de su estado de vulnerabilidad cognitivo / afectiva según el mismo Bowlby (1998, p. 171). ¿Quiénes son realmente las figuras de apego de estas personas que acaban sus vidas debatiéndose entre la desesperanza y la vulnerabilidad? “Las diversas expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de las figuras de apego forjadas por distintos individuos durante sus años inmaduros construyen un reflejo relativamente fiel de sus experiencias reales” (Bowlby, 1985, p. 226).

## Modelos activos de figuras de apego y del sí mismo

Si se miran los modelos activos y las figuras de apego y del sí mismo en los adultos mayores podría decirse que “todo individuo elabora sus propios modelos del mundo y de sí mismo, con ayuda de los cuales percibe los hechos producidos, prevé el futuro y elabora sus planes” (Bowlby, 1985, p. 227). Algunos consolidan las figuras de apego en las amigas o amigos, unos más jóvenes que otros, y establecen relaciones de apego seguro o ansioso dependiendo de cuán fuertes se encuentren en su sí mismo. En este sentido, “en el modelo del mundo que toda persona construye, una característica clave es su criterio para establecer quienes son sus figuras de apego, dónde puede encontrárselas y de qué manera previsible pueden responder” (Bowlby, 1985, p. 227).

Algunos adultos mayores no entienden por qué están solas, por qué sus hijos, están ausentes, por qué no disfrutan de sus nietos y por qué deben aceptar la vida como la plantea el cuidador encargado o asignado por la familia. Esta variable de aceptar o no la realidad puede coincidir con su necesidad interior: “en el modelo de sí misma que construye una persona una característica clave es su criterio sobre aceptabilidad o inaceptabilidad de su propio ser a ojos de las figuras de afecto” (Bowlby, 1985, p. 227). Es probable que ciertos adultos mayores experimenten temor a ser ellos mismos, a aceptarse tal cual, por el temor mismo a perder de vista a la figura de apego, familiar o cuidador. Por tanto, es evidente, según sostiene Bowlby (1985, p. 227), que

Íntimamente aunado al tipo de pronóstico que elabora una persona con respecto a la disponibilidad probable de sus figuras de apego se halla, asimismo, su propensión a responder con muestras de temor siempre que deba enfrentar una situación potencialmente alarmante en el curso normal de los acontecimientos.

Existen casos puntuales en los cuales podría darse cierta relación entre la desesperanza y el apego en cuanto al temor a la soledad y al desapego abrupto por la muerte de los hijos o del cónyuge, por ejemplo.

## La “sobredependencia” o apego ansioso

Se retoma nuevamente el apego ansioso a partir del enfoque de la dependencia o de la sobredependencia, puesto que “a cualquier edad (la niñez, la adolescencia, la edad adulta) el ser humano puede mostrarse muy apegado a otro ser, sea de manera literal o figurada” (Bowlby, 1985, p. 235). Si bien son los niños quienes experimentan el enojo ante la separación de la figura de apego o notable reducción en el afecto, puesto que, “las separaciones, en particular cuando son prolongadas o repetidas, ejercen un efecto dual. Por un lado, surge el enojo; por otro, disminuye el amor” (Bowlby, 1985, p. 273).

En los adultos mayores es posible que se dé un mutismo forzado e impotente, como expresión de enojo o de reproche, algunos consideran que no están en posición de exigir o de pedir a la figura de apego que esté siempre a su lado, es la percepción que se tiene de lo observado. Esta sobredependencia es superada por quienes tienen una personalidad integrada y un apego seguro, podría ser también la “fuerza del yo desarrollado durante la ancianidad es la sabiduría, descrita por Erickson (1978) como “un interés informado y desapegado con la vida misma en vista de la muerte misma” (citado en Cloninger, 2003, p. 146).

## La ira, la ambivalencia y la ansiedad

Otro aspecto destacado del apego ansioso es la doble vía de la ira a partir de la ambivalencia o de la ansiedad, ya que su fin es “mantener hasta un punto máximo la accesibilidad de la figura de apego. [...] el amor, la ansiedad, la ira y a veces el odio suelen ser provocados por la misma persona. Como resultado son inevitables los conflictos penosos” (Bowlby, 1985, p. 277).

Bowlby (1985, p. 278) plantea esta ambivalencia entre amor y odio como la

Interrelación existente entre el amor, el temor y el odio, ya que en los trabajos clínicos es común dar con pacientes cuyos problemas emocionales parecen surgir de una tendencia a responder hacia la figura de afecto con una combinación turbulenta de los tres elementos: profundo sentimiento de posesión, ansiedad intensa e ira igualmente intensa.

Por tanto,

es común que una persona desarrolle una conducta de apego sumamente ansiosa y posesiva aunada a una amarga cólera que dirige contra la figura de apego, y a menudo combina ambas con una preocupación llena de ansiedad acerca de la seguridad de esa figura. (Bowlby, 1985, p. 280).

En el caso que ocupa a esta reflexión es posible que

la conducta actual de una persona puede explicarse, no en función de su situación presente, sino de experiencias acumuladas muchos años atrás. La naturaleza y origen de nuestros sentimientos y conducta con

frecuencia permanecen tan oscuros, no sólo para otros sino también para nosotros mismos. (Bowlby, 1985, p. 281).

## Conclusiones

La vida está compuesta y constituida por fases en movimiento: un individuo siempre está en el proceso de desarrollar su personalidad, de crecer; ninguna etapa es estacionaria, es un constante fluir. Se habla de la octava etapa del adulto tardío, adulto mayor, anciano o viejo. Esta fase final implica el desarrollo de una sabiduría y de una filosofía trascendente de la vida. Por el contrario, si no se adquiere esta noción de integridad, la desesperación y el temor a la muerte se presentarán como resultado de una vida sin sentido.

El adulto mayor es susceptible de vivir una curva ascendente que va desde lo afectivo y lo cognitivo hasta lo conductual. En constante flujo evalúa su relación consigo mismo, con el mundo y hacia el futuro. Tanto la desesperanza como la vulnerabilidad afloran de manera inevitable. Superarlo es el reto, para lo cual se requiere algo más que buena voluntad: un estado de conciencia abierto y congruente con la realidad existencial y experimentar la integridad y la sabiduría como las mejores aliadas.

Los adultos mayores se ven agobiados por la desesperanza al descubrir que el tiempo es demasiado corto para buscar nuevos caminos o remediar acontecimientos inconclusos en el pasado. Si esta crisis quiere resolverse con éxito, la integridad debe superar la desesperanza.

Los apegos aunados a la personalidad precipitan la vulnerabilidad y la desesperanza en la adultez; pocos escapan de los apegos evasivos y ambivalentes, ansiosos y dependientes. La familia, la sociedad y el Estado son actores que tendrán que asumir con responsabilidad la posición frente al adulto mayor, en aras de minimizar el riesgo de la desesperanza y la vulnerabilidad como factores determinantes en la ideación suicida, incluso en el suicidio consumado.

## Referencias

- Abramson, Metalsky y Alloy (1997). Teoría de la Depresión por Desesperanza: Aportaciones recientes. *Revista de Psicología y Psicología Clínica*, 2 (3), 211-222.
- Ainsworth, M. D. S. et al. (1998). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Alcalá, V., Camacho, M. y Giner, J. (2007) *Afectos y depresión en la Tercera Edad. Psicothema*, 19 (1), 49-56. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72719108.pdf>
- Arranz, E. (2004). *Familia y Desarrollo Psicológico*. Barcelona: Pearson Educación.

- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. 2ª Ed. Barcelona: Declée de Brouwer.
- Beck, A., et al. (1992). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de la Personalidad*. Nueva York: Paidós.
- Beck. (1974). Escala de desesperanza de A. Beck. Recuperado de [http://www.depresion.psicomag.com/esc\\_desesperanza.php](http://www.depresion.psicomag.com/esc_desesperanza.php)
- Blanco, A., Caballero, A. y De la Corte, L. (2005). *Psicología de los Grupos*. Madrid: Pearson Educación.
- Bowlby, J. (1998). *El Apego y la Pérdida 1*. Madrid: Paidós.
- Bowlby, J. (1985). *La Separación- 2*. Madrid: Paidós.
- Bolio Chacón, D. et al. (2015). La depresión en estudiantes del doctorado del CECIP. Praxis Investigativa REDIE, 7 (12), 72-84. Recuperado de <http://redie.mx/librosyrevistas/revistas/praxisinv12.pdf>
- Casares, D. y Aguilar, A. (1995). *Planeación de Vida y Carrera. Vitalidad Personal y Organizacional Desarrollo Humano y Crisis de Madurez Asertividad y Administración del Tiempo*. México: Limusa Noriega Editores.
- Clark, D., Beck, A., & Alford, B. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. Toronto: John Wiley & Sons.
- Cloninger, S. C. (2003). *Teorías de la Personalidad. 3ª Ed.* Bogotá: Pearson.
- Craig, G. & Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico. 9ª Ed.* México: Pearson Educación.
- American Psychiatric Association. (2012). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Elsevier Masson.
- Erikson, H. (1978). *La Adulthood*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Feldman, R. S. (2006). *Desarrollo Psicológico a través de la vida*. Bogotá: Pearson Educación.
- Goleman, D. (1997). *La inteligencia emocional*. Buenos Aires: Javier Vergara Editor.
- Lefrançois, G. (2001). *El ciclo de la vida*. México: Thomson Editores.
- Marcel, G. (2005). *Homo Viator*. Salamanca: Editorial Sígueme.
- Molano, M. L. (2001). *Psicología del Desarrollo*. Módulo de aprendizaje de clase. Medellín: Fundación Universitaria Católica del Norte.
- Neimeyer, R. (2007). *Aprender de la Pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Bolsillo Paidós.
- OMS (2012). Plan Nacional de Salud Mental Bogotá, En el marco del Día

Mundial de la Salud Mental D.C. Recuperado de [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1718:reunion-concertacion-del-plan-nacional-de-salud-mental&catid=767&itemid=554](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1718:reunion-concertacion-del-plan-nacional-de-salud-mental&catid=767&itemid=554)

OMS (1997). Resultados de la CIDI sobre la depresión. Recuperado de [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1718:reunion-concertacion-del-plan-nacional-de-salud-mental&catid=767&itemid=554](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1718:reunion-concertacion-del-plan-nacional-de-salud-mental&catid=767&itemid=554)

Riso, W. (2009). *Terapia Cognitiva. Fundamentos Teóricos y conceptualización del caso clínico*. Barcelona: Paidós.

Sarason, I. & Sarason B. (2006). *Psicopatología. 11ª Ed.* México: Pearson Educación.

Segre Forti, L. (1997), *Según pasan los años*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana. Recuperado de: <http://www.tiflolibros.com.ar/biblioteca>.

Viereck, G. S. (1957). Entrevista al Dr. Sigmund Freud. El valor de la vida. Recuperado de: <http://www.clinicamente.com.ar/articulos/ev-freud.htm>

Villanueva, M. (1985). *Hacia un modelo integral de la personalidad*. México: El Manual Moderno.

Yalom, I. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Editorial Herder.

Zarebski G. (1994). *Para no "caer"*. Buenos Aires: Tekne Paidós.