

## “ANÁLISIS DEL “SÍNDROME DEL CUIDADOR” EN LOS CASOS DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DESDE UN ENFOQUE ÉTICO-ANTROPOLÓGICO”<sup>1</sup>

Nuria Garro-Gil, Alumna Interna de Posgrado (nggil@alumni.unav.es)

Departamento de Educación, Universidad de Navarra

RESUMEN: el rápido envejecimiento de la población y el correspondiente aumento de casos de personas que padecen la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, ha puesto de relieve el papel de la familia como principal agente social encargado del cuidado y atención de estas personas. Sin embargo, la escasez de ayudas económicas, materiales y humanas dirigidas a apoyar y facilitar el trabajo con estas personas y la falta de conocimiento y conciencia social acerca de la enfermedad de Alzheimer y las demencias, dificulta la tarea de cuidado asumida por los familiares, que se sienten solos en su cometido, carentes de apoyo, inseguros en su labor por falta de formación y conocimiento acerca de la enfermedad, incomprendidos por el entorno próximo y mostrando síntomas de agotamiento emocional, estrés, sueño y cansancio físico, lo que da origen al denominado *síndrome del cuidador* o *síndrome del asistente desasistido*. Sin embargo, la presente comunicación pretende dar una nueva visión del nombrado síndrome adoptando un enfoque ético-antropológico, que explica por qué la persona libre y voluntariamente decide hacerse cargo de ese familiar enfermo y dependiente a través de un acto de entrega y donación personal. Ese trascenderse a sí mismo a través de la libre aceptación de ese encargo personal explica por qué la persona se mantiene firme en su deseo de atender al familiar con Alzheimer u otra demencia y reconoce sentirse obligada moralmente a asumir su responsabilidad, a pesar de las implicaciones psico-afectivas que de por sí conlleva semejante tarea. De esta manera, se pretende partir del habitual enfoque psico-emocional adoptado en el análisis y estudio del *burnout* para dar un paso más y adoptar un enfoque ético-antropológico que verdaderamente dé un sentido trascendente a la labor desinteresada y libremente asumida y querida de todas esas personas que cuidan de familiares enfermos.

PALABRAS CLAVE: burnout, Alzheimer, familia, cuidador, filiación, piedad.

---

<sup>1</sup> Comunicación personal presentada en el I Congreso Nacional de Demencias y Enfermedad de Alzheimer, celebrado en Almería el 29 y 30 de junio y 1 de julio de 2011.

Publicada en: Pérez Fuentes, M.C. y Gázquez Linares, J.J. (2011). *Envejecimiento y demencia. Un enfoque multidisciplinar*. Almería: Editorial GEU (ISBN: 978-84-9915-452-7).

## 1. ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

El progresivo envejecimiento demográfico y el aumento del número de personas mayores que además padecen enfermedades que los hacen dependientes de su entorno, ha centrado la atención de los investigadores y expertos en este sector de la población, que empieza a reclamar ayudas y recursos de muy diversa índole: materiales, sanitarios, económicos, sociales, humanos, etc. (Coleman, 2005; Crespo Garrido et. Al., 2010; Walker, 1996; Schoenmaeckers y Kotowska, 2005). Por otra parte, la enfermedad de Alzheimer se ha erigido como una de las principales causas de demencia que afecta al 10% de las personas mayores de 65 años y al 40% de los mayores de 85 (Ferrara, et. Al., 2008; Sánchez y Sayago, 2000). Tratándose de una enfermedad degenerativa, de larga duración y que por lo tanto hace a la persona que la padece dependiente y necesitada de constantes cuidados y atención, lleva a cuestionarse el tipo de cuidados que estas personas reciben, qué agentes sociales, profesionales y personal cualificado los proporcionan y de qué tipo de recursos y ayudas disponen estas personas y sus familias.

Sin embargo, diferentes estudios demuestran de forma reiterada que el principal agente social encargado del cuidado y atención de estas personas dependientes es la propia familia, focalizando la tarea, principalmente, en el cónyuge, el hijo/a, el hermano/a u otros parientes próximos (Algado, Basterra y Garrigós, 1997; Peinado y Garcés, 1998; Roig, Abégozar y Serra, 1998). El hecho de que la tarea de cuidado del familiar dependiente recaiga principalmente en una sola persona y que además esta persona carezca de la formación especial necesaria para desarrollar dicha función, del apoyo de otras instituciones y agentes sociales, de la comprensión de la sociedad, de la ayuda del entorno próximo y de la implicación de otros familiares, provoca finalmente una serie de sentimientos, sensaciones y emociones que lejos de contribuir al buen desarrollo de la tarea de cuidado, la dificulta y entorpece (Ferrara et. Al., 2008). El familiar se siente aislado, solo e indefenso ante la dificultad de la tarea que asume – resultado en muchos casos por la falta de formación especializada en torno al cuidado de personas dependientes y por el desconocimiento acerca de la enfermedad de Alzheimer–, incomprendido por el entorno familiar, alejado de sus amistades y además se siente culpable por desatender a su propia familia nuclear –marido/mujer e hijos–, por no estar cumpliendo bien con su función de cuidador y por albergar sentimientos

negativos hacia el propio enfermo y hacia la situación en la que se encuentra (Algado, Basterra y Garrigós, 1997).

Todo ello revierte, además, en un peor desempeño de su responsabilidad para con el familiar enfermo y dependiente, quien, a pesar de la posible merma de sus capacidades mentales, percibe ese malestar y negativismo que no se expresan con palabras pero que flotan en el ambiente, lo que a su vez le provoca miedo e inseguridad al no comprender la conexión entre la propia situación y la actitud del cuidador (Furtmayr-Schuh, 2001).

Ese conjunto de sentimientos y emociones negativas manifestadas por los propios familiares cuidadores y detectadas por diferentes especialistas del ámbito de la psicología y la medicina, terminan por desembocar, en la mayoría de los casos, en lo que se viene a denominar *burnout* o síndrome del cuidador.

## 2. ORIGEN Y SIGNIFICADO DEL “BURNOUT”

El término “burnout” se traduce en castellano como “estar quemado” o “síndrome del quemado profesional” y surge por primera vez en la sociedad británica asociada al mundo del deporte en relación con las expectativas puestas sobre los deportistas y el rendimiento que finalmente obtenían. Sin embargo, a partir de la década de los 70 Freudemberger asocia el *burnout* con el agotamiento que sufrían los trabajadores de servicios sociales y, posteriormente, Maslach lo define en 1977 como el agotamiento de todos aquellos trabajadores que trabajan con o para personas en lo que se denominaban servicios humanos (Moriana Alvira, 2005).

Dos décadas después, la investigación sobre el *burnout* se ha centrado principalmente en el ámbito laboral, destacando el trabajo de Maslach y Jackson, cuya definición del síndrome de agotamiento es, a día de hoy, una de las más aceptadas por la comunidad científica: “una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización” (Maslach y Jackson, 1981). Los tres aspectos básicos detectados por estas autoras en el desarrollo y transcurso del *burnout* fueron: el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal (Moriana Alvira, 2005).

El objetivo de la presente comunicación es el análisis del *burnout* asociado a aquellas personas que realizan tareas de cuidado con familiares con enfermedad de Alzheimer –como una de las principales demencias en la sociedad actual– a partir de la definición ofrecida por Maslach y Jackson. Para ello se adopta un enfoque ético-antropológico que pretende hacer una clara distinción entre las implicaciones psico-emocionales asociadas generalmente al denominado “síndrome del cuidador” y las implicaciones ético-antropológicas presentes en el cuidado de familiares y que fundamentan la decisión de la persona de hacerse cargo de ese familiar dependiente y necesitado; como son: la responsabilidad moral, el carácter de filiación, el amor conyugal y la virtud de la piedad.

### 3. EL “SÍNDROME DEL CUIDADOR” EN LOS CASOS DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

La enfermedad de Alzheimer se considera en la actualidad como la principal causa de demencia entre las personas mayores de 65 años –si bien también se realizan diagnósticos en edades más tempranas– y se define como un padecimiento neurodegenerativo del sistema nervioso central que se caracteriza por el deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas (Sánchez y Sayago, 2000). Diferentes estudios y expertos en la materia coinciden en la importancia de un diagnóstico precoz que además pueda descartar otro tipo de enfermedades psíquicas o dolencias orgánicas que estén causando la pérdida de capacidad intelectual (Sánchez y Sayago, 2000; Furtmayr-Schuh, 2001; Fundación Clínica Mayo, 2002); al mismo tiempo que resaltan el papel de los profesionales médicos a la hora de dar indicaciones, directrices, pautas y consejos a la familia, que tras el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer debe ser informada de que las consecuencias de la misma no sólo afectarán al paciente, sino al conjunto del núcleo familiar, repercutiendo en su calidad de vida y haciendo que los cuidadores y familiares de la persona enferma sean también víctimas de la enfermedad (Peinado y Garcés, 1998).

Así pues la familia debe ser también objeto de atención y cuidado en calidad de cuidadora de la personas con enfermedad de Alzheimer y así lo revelan el gran número de estudios e investigaciones que se han centrado en el análisis del impacto de la

enfermedad en el núcleo familiar y más concretamente en la figura del cuidador, que es la persona –por lo general familiar del enfermo– que decide hacerse cargo y responsabilizarse del cuidado y atención de la persona con Alzheimer durante todo el transcurso de la enfermedad, bien sea por lazos de consanguinidad, de afectividad, por solidaridad o por deber moral (Algado, Basterra y Garrigós, 1997).

Pero es precisamente esa dedicación absoluta y completa al cuidado de la persona con Alzheimer –sobre todo en estadios avanzados en los que la persona requiere una atención ininterrumpida– y la sensación de sobrecarga en su papel de cuidador principal, las que le llevan a un estado de agotamiento, estrés, tensión y sensación de incomunicación y aislamiento respecto a otras personas y realidades y que pueden dar lugar al denominado *síndrome del cuidador*, conceptualizado también como *caregiver burden*, *caregiver strain* o *caregiver stress* (Peinado y Garcés, 1998). Diferentes estudios empíricos muestran una serie de factores desencadenantes del proceso de *burnout* comunes a todos los familiares cuidadores de personas con Alzheimer, tales como: percepción de las necesidades crecientes del enfermo; excesiva inversión de tiempo, atención y cuidados; desatención de la propia familia nuclear; falta de libertad (Algado, Basterra y Garrigós, 1997); privaciones y sacrificios personales; sentimientos de culpa; conflictos intrafamiliares por la falta de apoyo y reparto de tareas (Peinado y Garcés, 1998); sentimientos negativos hacia el familiar enfermo; aislamiento respecto del entorno (Roig, Abégozar y Serra, 1998); y falta de retribución económica y de apoyos sociales (Badia, Lara y Roset, 2004).

Por otra parte, los diferentes estudios hacen también un análisis de las motivaciones que llevan a estas personas a hacerse cargo de familiares enfermos de Alzheimer sabiendo que se trata de una dolencia psíquica de media-larga duración, degenerativa, que requiere atención y cuidados constantes, sobre todo, en estadios avanzados, y que además conlleva una carga emocional y afectiva tanto para el cuidador principal como para todo el entorno familiar implicado directa o indirectamente en dicho proceso. De esta manera, concluyen que las principales motivaciones sobre las que la persona cuidadora sustenta su labor libremente asumida y, además, querida en todos los casos son: el sentido de responsabilidad para con el familiar por el grado de parentesco, la obligación moral, el amor tanto conyugal como filial y la solidaridad

(Algado, Basterra y Garrigós, 1997; Roig, Abéngozar y Serra, 1998; Furtmayr-Schuh, 2001).

#### 4. DOBLE ENFOQUE EN EL ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN DE CUIDADOR: ENFOQUE PSICO-EMOCIONAL Y ENFOQUE ÉTICO-ANTROPOLÓGICO

Si analizamos conjuntamente los factores desencadenantes del proceso de *burnout* y las motivaciones que llevan a los familiares a hacerse cargo de la atención y cuidado de las personas con enfermedad de Alzheimer y retomamos la definición ofrecida por Maslach y Jackson en 1981 (Moriana Alvira, 2005), apreciamos dos planos o enfoques desde los que se está tratando el tema del cuidado: por un lado un enfoque psico-emocional y por otro lado un enfoque ético-antropológico.

Desde el primer enfoque psico-emocional, se entiende el proceso de *burnout* en su sentido más comúnmente conocido y apreciado en la sociedad, como un estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio en el que los cuidadores tanto informales como formales (Acker, 2011) acusan falta de sueño, de tiempo para sí mismos, falta de libertad, abandono de relaciones sociales y descuido de la propia familia nuclear, lo que además provoca conflictos con cónyuges, hijos y otros familiares directos (Ferrara et. Al., 2008). Todas ellas consecuencias de tipo emocional y afectivo producto de la impotencia ante el progreso degenerativo de la enfermedad del familiar, la imposibilidad de modificar sus comportamientos disfuncionales, la sobrecarga de trabajo, la sensación de aislamiento y abandono por parte del entorno familiar, el posible desentendimiento de otros familiares y el sentimiento de culpabilidad por pensar que no se está cuidando a la persona como se debiera y que no se están haciendo bien las cosas (IMSERSO, 2009). Manifestaciones comunes a todos los procesos de *burnout*, reconocidas e identificadas por multitud de estudios y expertos y consideradas como una respuesta natural y lógica en el trabajo con personas mayores con Alzheimer y otras demencias y enfermedades psíquicas, principalmente en estadios avanzados de la enfermedad, en los que los niveles de estrés y agotamiento emocional van proporcionalmente en aumento (Ferrara et. Al., 2008). De ahí que la tarea de cuidado pueda asumirse principalmente –adoptando un enfoque psico-emocional– como una obligación por relación de parentesco, de proximidad con la persona enferma, o por

mera compasión y además se considere como algo insatisfactorio y poco gratificante (Peinado y Garcés, 1998), quedándose en un plano puramente afectivo que no termina de dar un sentido trascendente a esa labor de entrega y donación personal.

Pero analizado el *burnout* desde un enfoque ético-antropológico, el cuidado al familiar mayor, enfermo y dependiente cobra otra luz. Por un lado, la persona con demencia o enfermedad de Alzheimer deja de ser el dependiente, el enfermo, el impedido, incluso la carga familiar, para ser una persona con demencia, una persona enferma, una persona dependiente, pasando del *algo* al *alguien*, viendo más allá de la enfermedad a la persona que hay detrás. Y es en la aceptación personal de ese *alguien* en la que se reconoce a la persona como ser dual que comporta un ser –el familiar querido y amado y reconocido por *quien* es, miembro de la comunidad familiar– que se manifiesta a los demás desde *quien* es como lo *que* es (Spaemann, 2000): en este caso persona mayor, enferma, con las capacidades mermadas y dependiente de su entorno y de los demás, pero que no por ello ha perdido su sentido de ser personal. De esta manera, la adopción de este nuevo enfoque ético-antropológico hace una clara distinción entre el ser personal, el *quien*, que es la persona, el familiar amado, que es invariable y no cambia en su esencia y por lo tanto es siempre reconocido y aceptado; y el ser manifestativo, que es un reflejo del ser personal pero que varía según el tiempo y las circunstancias y se da a conocer a los demás de formas diversas a través de sus manifestaciones, lo que en el caso de las personas con enfermedad de Alzheimer serían la pérdida de memoria, de capacidad intelectual, dificultad de expresión verbal, comportamientos disruptivos y carácter conflictivo.

Por eso, a pesar de la enfermedad y sus implicaciones físicas, psíquicas y conductuales, la familia sigue amando y aceptando a esa persona por *quien* es el yo personal –que permanece inalterable– y en referencia a él acepta y asume las alteraciones y los cambios en el plano manifestativo, que –por ser además producto de un deterioro orgánico y físico– no dependen de él y sobre los que no ejerce control alguno, y se compromete a cuidar y atender a esa persona mientras lo necesite.

Al mismo tiempo, la persona cuidadora, como ser trascendente, no se agota en su labor de cuidador y en su tarea de atender al familiar enfermo sino que, aceptando libremente su encargo en un reconocimiento a ese ser personal –el familiar enfermo–

que es dependiente y está necesitado de atención y cuidado, logra ir más allá y conecta con su ser donal, que se da y entrega a los demás libremente y que es lo que finalmente da sentido a su dedicación personal por ese familiar y lo que revierte en el crecimiento de su ser personal, de su propia identidad, puesto que es la persona ética que vive y actúa conforme a la moral, la que verdaderamente crece y se perfecciona (Terrasa, 2005; Polo, 1993).

A la luz de esta nueva interpretación, el *burnout* se entiende de otra manera. La persona sigue manifestando un proceso de agotamiento, estrés, cansancio, como manifestaciones lógicas de una tarea que conlleva una gran dedicación tanto en intensidad como en extensión en el tiempo y que conformarían el primero de los tres aspectos básicos detectados por Maslach y Jackson en el proceso de *burnout* (Morian Alvir, 2005): el cansancio emocional. Sin embargo, ninguno de los otros dos aspectos –despersonalización y falta de realización personal– tendrían ya sentido bajo un enfoque ético-antropológico de la tarea de cuidado, puesto que se entiende que es la propia persona la que decide en un acto de libertad íntima aceptar como *quien* es y no como lo *que* es a ese familiar enfermo y donarse por completo a él a través de la tarea de atención y cuidado. De esta manera, logra proyectar su ser personal más allá de todo estado afectivo y, por lo tanto, cambiante y pasajero, logrando trascenderse a través de la realización de ese encargo reconocido, aceptado y querido libremente y por consiguiente dotándolo de sentido. Desde esta visión, la persona no se agota en su manifestación como cuidador informal, sino que logra trascenderse, creciendo y perfeccionándose como persona y descubriendo por lo tanto su propio ser personal (Polo, 1993), que por un espacio de tiempo se manifiesta en el cuidar del familiar enfermo –hasta que la persona finalmente fallezca o ingrese en una institución y ya no requiera sus cuidados–, pero que va más allá, que forma parte de su ser personal y que además contribuye a su crecimiento. Esto vendría a relacionarse con los consejos de psicólogos y demás profesionales que transmiten la necesidad de la persona de mantener un espacio personal para sí misma, no descuidar la propia familia nuclear ni las relaciones sociales y procurar hacer ejercicio y actividad física (Furtmayr-Schuh, 2001), lo que desde un enfoque ético-antropológico se explica por el hecho de que la persona no se agota en su encargo, el encargo no da sentido a su ser, sino que su ser personal



dota de sentido al encargo, constituyéndose este como un medio que remite a un fin mayor: ser feliz.

## 5. CONCLUSIONES

Con todo ello, la definición de *burnout* tendría sentido solamente si se analiza desde un plano psico-emocional centrado solamente en las emociones y sensaciones que experimentan los cuidadores; pero no desde una visión ético-antropológica del ser personal y de su capacidad de aceptación y donación, que logra trascender ese primer plano puramente psicológico y dota a la tarea de cuidado y atención de personas con Alzheimer y otras demencias de un sentido profundo y trascendente.

Esta explicación o enfoque sirva, quizás, para entender por qué la mayoría de las personas con familiares enfermos psíquicos a su cargo admiten padecer un estado de agotamiento emocional pero al mismo tiempo reconocen que libremente han aceptado y asumido la tarea de cuidado y atención hacia esa persona atribuyéndolo a lo que ellos denominan “obligación moral” o “responsabilidad personal” (Roig, Abéngozar, Serra, 1998). En realidad, se estaría haciendo alusión al reconocimiento de esa persona como un alguien, a quien además se acepta y se ama por el carácter de filiación, entendida esta como la identidad personal, como referencia al origen de uno mismo (Altarejos, 2002); y por la virtud de la piedad, que es la veneración al propio origen, al creador de uno mismo (Polo, 1993), lo que en términos de cuidado explicaría la dedicación de los hijos a la atención de los padres. De ahí que los familiares no quieran delegar su responsabilidad en otras personas –ya sean otros familiares o trabajadores– ni ser sustituidas en su labor, pero sí busquen apoyo tanto dentro como fuera de la familia y soliciten recursos y ayudas tanto materiales, económicas, como humanas (Algado, Basterra y Garrigós, 1997) para desempeñar y realizar mejor su encargo y poder atender a otras esferas, dimensiones y responsabilidades de su propia vida: familia nuclear, ocupación laboral, tiempo libre, relaciones sociales, etc.

Todo ello pone de relieve el hecho de que las necesidades de estas personas cuidadoras no deben identificarse solamente desde un plano psicológico, como se ha venido haciendo hasta el momento, sino que, analizando en profundidad sus motivaciones y fundamentos en orden a reconocer y aceptar la responsabilidad de cuidar

al familiar enfermo, ha de reconocerse la verdadera necesidad que va más allá del apoyo afectivo y que implica a todo el entorno familiar, al resto de agentes sociales –Estado, mercado y tercer sector– y a la sociedad en general y que supone la inversión de tiempo y recursos de todo tipo.

## BIBLIOGRAFÍA

Acker, G.M. (2011). Burnout among mental health care providers. *Journal of Social Work*, publicación online, DOI: 10.1177/1468017310392418.

Algado, M.T., Basterra, Á. y Garrigós, J.I. (1997). Familia y enfermedad de Alzheimer. Una perspectiva cualitativa. *Anales de Psicología*, 13(1), 19-29.

Altarejos, F. (2002). El problema de la identidad en la praxis social: afiliación y filiación. *Studia Poliana*, 4, 61-80.

Badia Llach, X., Lara Suriñach, N. y Roset Gamisans, M. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Aten Primaria*, 34(4), 170-177.

Clínica Mayo (2002). *Guía de la Clínica Mayo sobre enfermedad de Alzheimer. Respuestas prácticas sobre pérdida de memoria, envejecimiento, investigación, tratamiento y cuidados*. México: Mayo Foundation for Medical Education and Research.

Crespo Garrido, M., Moretón Sanz, M.F. y Cols. (2010). *Discriminación por razón de edad y de sexo. Retos pendientes del Estado Social*. Madrid: COLEX.

Coleman, D. (2005). Facing the 21th century: new developments, continuing problems. En Macura, M., MacDonald, A.L. y Haug, W. (Eds.), *The new demographic regime. Population challenges and policy responses* (pp. 11-39). Génova: United Nations Publications.

Ferrara, M., Langiano, E., Di Brango, T., De Vito, E., Di Cioccio, L. y Bauco, C. (2008). Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(1), 93-98.

Furtmayr-Schuh, A. (2001). *La enfermedad de Alzheimer. Saber, prevenir, tratar, vivir con la enfermedad*. Barcelona: Editorial Herder.

IMSERSO (2009). Cuidar al cuidador. *Revista IMSERSO, 60 y más*, 284.

Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory* (2ª ed.). Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Moriana Alvira, J.A. (2005). Burnout y cuidado de la salud en voluntaries. Comunicación presentada en el “*Encuentro Internacional de Psicólogos Sin Fronteras*”, 4-6 agosto, Universidad Nacional de San Luis, Argentina.

Peinado Portero, A.I. y Garcés de Los Fayos Ruiz, E.J. (1998). Bunout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología, 14*(1), 83-93.

Polo, L. (1993). *Quién es el hombre: un espíritu en el mundo*. Madrid: Rialp.

Roig, M.V., Abengózar, M.C. y Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología, 14*(2), 215-227.

Sánchez, J.L. y Sayago, A.M. (2000). Diagnóstico precoz y evolución de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología, 30*(2), 121-127.

Schoenmaeckers, R. y Kotowska, I. (2005). Population Ageing and its Challenges to Social Policy. *Council of Europe Publishing: Population Studies, 50*.

Spaemann, R. (2000). *Personas. Acerca de la distinción entre algo y alguien*. Pamplona: EUNSA.

Terrasa, E. (2005). *El viaje hacia la propia identidad*. Pamplona: EUNSA.

Walker, A. (1996). Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores. *Reis, 73*, 17-42.