

# Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado Guadalajara, Jal. México

Carolina Aranda  
Manuel Pando  
M<sup>a</sup> Guadalupe  
Aldrete

Investigadores  
del Departamento  
de Salud Pública  
Universidad  
de Guadalajara,  
México

## Resumen

Algunos autores definen la jubilación como la entrada social a la vejez, otros como el principio de una etapa de realización social. La presencia de síntomas psiquiátricos en las personas mayores se relaciona, además de con un peor apoyo social, con la existencia de enfermedad crónica y con la limitación que dicha patología origina en el individuo. El objetivo del estudio es el de analizar las condiciones de la Redes Sociales de Apoyo asociados a la presencia de trastornos psicológicos en la población mayor de 65 años de edad, jubilada de la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México. Para el análisis de este estudio, se utilizaron dos instrumentos de evaluación, el Cuestionario General de Salud de Goldberg (CGS) y la Escala de Evaluación de Apoyo y Contactos Sociales de Díaz Veiga. Según el CGS, el 27,7% (26) son detectados como caso probable de trastorno mental, y conforme a la Escala de Redes Sociales de Apoyo; el 43,6% cuentan con mal o nulo apoyo, más sin embargo el 45,7% reportan estar muy satisfechos con él. Existe asociación con el aspecto objetivo de la red y el continuar realizando o no alguna otra actividad posterior a su jubilación ( $p=0,0000$ ). Según el CGS, las tasas más altas se presentaron en aquellos jubilados que ya no realizan una actividad permanente, especialmente en los trastornos de "conducta observable" con 73,6%, los problemas de "relaciones interpersonales" con un 66,7%, y los trastornos del sueño con 63,1%. El mantenerse activo resulta también positivo para la salud mental.

**Palabras clave:** Jubilación. Adulto mayor. Trastornos psicológicos. Redes sociales de apoyo.

## Summary

Some authors define retirement as the social entry to old age, others as the beginning of a stage of social fulfillment. The presence of psychiatric symptoms in older persons are related with, in addition to having poorer social aid, the existence of chronic disease and with the limitation that this pathology originates in the individual. This study's aim is to analyze the conditions of Social Support Networks, associated with the presence of psychological disturbances in the retired, older-than- 65 population in metropolitan Guadalajara, Jalisco, Mexico. For the analysis of this study, two evaluation tools were used,

Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ) and Díaz Veiga's Aid and Social Contacts Evaluation Scale. According to the GHQ, 27.7% (26) were detected as probable mental disturbance cases, and in accord with the Social Networks Aid Scale, 43.6% have bad or non-existent aid; however, 45.7% report they are very satisfied with it. There is an association with the objective aspect of the network and continuing to perform or not perform another activity after their retirement ( $p=0.0000$ ). According to the GHQ, the highest rates were presented in those retirees who no longer perform a permanent activity, especially in the disturbances of "observable behavior" in 73.6%, "interpersonal relations" problems in 66.7%, and sleep disturbances in 63.1%. Maintaining oneself active is also positive for mental health.

**Key words:** Retirement. The elderly. Psychological disturbances. Social networks of aid.

## Introducción

"La senectud puede ser vista como un triunfo que se ha alcanzado por vivir tantos años desafiando los problemas de la vida" (González, 1996), la jubilación como la entrada a la vejez (Buendía, 1994).

La jubilación traerá para muchos, graves consecuencias negativas, debido a que los coloca en una situación de dependencia o de carencia económica, perdiendo su sentido de identidad social; para otros, significa el principio de una etapa de realización social (OPS, 1995). La jubilación del trabajo no se da igual para el hombre como para la mujer. Algunos autores refieren que la mujer es más vulnerable a aceptar la jubilación, sin embargo, es la que más fácilmente puede llegar a adaptarse, ya que en su ambiente familiar sigue siendo la que lleva el liderazgo doméstico (San Martín y Pastor, 1990; Buendía, 1994). Caso contrario en el hombre, el cual a pesar de que pasa largas horas en su casa, y de que sigue siendo la cabeza de la familia ante la sociedad, no es el que lleva tal liderazgo, y por lo tanto sufre más el

Correspondencia:  
Carolina Aranda Beltrán  
Av. Magisterio, 1545-2  
Sector Hidalgo  
Col. Miraflores  
44270 Guadalajara,  
Jal. Méx.  
E-mail:  
caranda2000@yahoo.com.mx

ser jubilado. También la jubilación y el apoyo social no se da igual en las áreas rurales que en las urbanas. En las primeras la jubilación no supone todavía una ruptura en las relaciones sociales, ya que ciertas relaciones no dependen exclusivamente de la vida laboral. Coward y Smith (1982) refieren que en áreas escasamente pobladas se dispone de más mecanismos y estrategias de afrontamiento frente a la jubilación. Durkheim (1997) muestra como el debilitamiento de los lazos sociales (familia, comunidad, iglesia, grupos sociales, etc) se relaciona con el suicidio a través del estado de anomia que se produce.

El tener apoyo social es de suma importancia para la salud, por ejemplo: en personas que experimentan un acontecimiento estresante, en individuos con angina de pecho, con cáncer, en enfermedades cardiovasculares, infarto del miocardio, en adultos con diabetes, en la prolongación de la muerte, depresión y ansiedad, de trastornos en la conducta y del sueño, estado civil, roles, género, etc. Pero también se ha demostrado que la influencia del apoyo social no siempre es positiva, hay ejemplos de influencia negativa en hombres que habían tenido un primer infarto, como aquellos cuya familia se preocupa más por su salud, tanto que son los que menos horas trabajaban, independientemente de la gravedad del ataque y de los problemas crónicos residuales (Rodríguez, 1995; Mutran, Danis, Bratton y col., 1997). La presencia de síntomas psiquiátricos en las personas mayores se relaciona, además de con un peor apoyo social, con la existencia de enfermedad crónica y con la limitación que dicha patología origina en el individuo (Martínez, Espejo, Rubio y col., 1998).

Trabajos recientes realizados en las personas mayores de 65 años de edad en la Zona Metropolitana de Guadalajara muestran que el 35% de ellas son consideradas como caso probable de trastorno mental y que la falta de apoyo sobre todo por parte del familiar incrementa aún más el riesgo de la aparición de psicopatología (Pando, Aranda, Salazar y col., 1998). De una muestra representativa de adultos mayores jubilados en la ciudad de Guadalajara, Jal., se detectó una tasa de 24% con trastornos psicológicos generales conforme al cuestionario empleado (Cuestionario General de Salud de Goldberg) y, 20% con depresión según la "Escala de Depresión Geriátrica". Estos trastornos parecen estar asociados al hecho de no continuar trabajando más que por la edad en sí misma. La sintomatología más frecuente encontrada fueron la angustia, la depresión y los trastornos del sueño (Pando, Aranda, López y col., 1999). En el distrito de Kungsholmen en Estocolmo, Suecia se llevó a cabo un estudio en 966 ancianos mayores de

78 años, el cual muestra que los sentimientos de ansiedad son asociados fuertemente a alteraciones psiquiátricas, depresión, demencia, género femenino e insatisfacción con redes sociales (Forsell y Winblad, 1998).

Las distintas formas de dominio masculino dentro del área laboral y el efecto de las relaciones de poder marcadas por el género sobre la cultura, la estructura y las prácticas de la empresa también es un punto que se ha analizado, así se ha encontrado que mujeres de todas las edades padecen de discriminación en el empleo a causa del sexo y de su edad, y de que la edad se combina con el género, en perjuicio de las mujeres de todas las edades (Arber y Ginn, 1996). Estudios más actuales sobre la asociación entre el estado de salud y el comportamiento laboral en hombres de 55 a 69 años de edad, muestran en sus resultados como la mala salud se asocia positivamente con la salida del área laboral, y negativamente con el regreso al trabajo. La salud fue particularmente importante entre los individuos para quienes el retiro fue menos atractivo (Mutchler, Burr, Massagli y col., 1999). Estudios realizados en personas previas a su jubilación, demuestran como las desventajas socioeconómicas, de salud y de empleo cuentan para una gran parte de diferencias raciales y étnicas en el retiro de la fuerza laboral. Los hombres negros y las mujeres hispanas experimentan más involuntariedad para la salida del mercado laboral que los blancos con características socioeconómicas y demográficas similares. (Flippen y Tienda, 2000).

El objetivo del estudio es el de analizar las condiciones de la Redes Sociales de Apoyo asociados a la presencia de trastornos psicológicos en la población mayor de 65 años de edad jubilada de la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México y su relación con los trastornos psicológicos.

## Material y métodos

El estudio es de tipo prospectivo, transversal y analítico. La población seleccionada para la realización de este trabajo fue obtenida de dos estudios anteriores sobre Salud Mental en las personas mayores de 65 años de edad, uno con población abierta que vive en sus domicilios y el otro con población que vive en los asilos, ambos estudios se llevaron a cabo en la Zona Metropolitana de Guadalajara.

La determinación de la muestra se hizo a través del Statcalt del EpilInfo6 y, del total de sujetos encuestados (583) se seleccionaron sólo a aquellos que se declararon "jubilados/as", obteniendo un total de 94 sujetos.

Para el cumplimiento del objetivo del estudio utilizamos dos instrumentos de evaluación: la Escala de Evaluación de Apoyo y Contactos Sociales de Díaz Veiga (Montorio, 1994) que ayudará al análisis sobre las redes sociales de apoyo; el otro, el Cuestionario General de Salud de Goldberg (Romero y Medina, 1997; Hernández y Hernández, 1997) nos ayudará a la identificación de casos potenciales de trastorno mental.

La Escala de Evaluación de Apoyo y Contactos Sociales de Díaz Veiga es un instrumento construido siguiendo las recomendaciones de Satarino y Syme, posteriormente validado por otros autores como el estudio de Montorio en 1990, con ancianos institucionalizados. Este inventario incluye elementos estructurales tales como: tamaño, frecuencia de contactos y tipos de apoyo con los que cuenta el sujeto (emocional e instrumental) sobre una escala ordinal de tres puntos. Por lo que respecta a las características funcionales subjetivas se incluye un último elemento que hace referencia a la satisfacción subjetiva respecto a las relaciones sociales que mantiene el anciano. El instrumento consta de cuatro secciones correspondientes a distintos tipos de interacción social; pareja, hijos, otros familiares y amigos. A partir de este instrumento se obtienen dos índices, uno referido a características objetivas de apoyo social (oscila entre 0 y 12 puntos) y otro referido a características subjetivas de satisfacción (oscila entre 0 y 3 puntos). Por lo que respecta a sus propiedades psicométricas se determinó la fiabilidad de la escala obteniendo los índices de consistencia interna de las diferentes subescalas, variando entre 0,35 y 0,86. (Montorio, 1994)

El Cuestionario General de Salud de Goldberg (CGS) es una prueba de tamizaje diseñada para detectar alteraciones psiquiátricas e identificar casos potenciales de trastorno mental a partir de una encuesta psiquiátrica. El cuestionario original está compuesto por 60 reactivos. Cada uno de los reactivos está formado por una pregunta y cuatro opciones calificándolos por el método de Likert (0, 1, 2, 3) que evalúan el desarrollo psiquiátrico en el momento en que se conteste. (Romero y Medina, 1997; Hernández y Ortiz, 1997).

Se han derivado versiones breves de 30, 28, 20 y 12 reactivos, la más utilizada es la de 30 reactivos. La validez de las versiones breves, ha sido demostrada en las comunidades, en la práctica médica general, en los laborales, en estudiantes universitarios, en pacientes ginecológicos y en otros como el de Caraveo (1985) y más recientes como los de Pando (1998, 1999).

En el estudio se utilizará la versión breve de 30 reactivos dividido en 5 factores (síntomas somáticos, perturbaciones del sueño, relaciones interpersonales, conducta observada, ansiedad y depresión severa). El punto corte óptimo es de 7/8 para poder ser considerado como "caso", con una correlación de 0,97 en relación al cuestionario general, una sensibilidad de 90% y una especificidad de 85% y una tasa de calificación errónea de 10 por ciento.

Para el desarrollo de este trabajo se considerará como "caso" a aquellas personas que presenten signos y/o síntomas pertenecientes en su generalidad a la clasificación psiquiátrica del DSM-IV (1995) que se encuentren contemplados en el CGS.

## Resultados

De la población estudiada (94 sujetos jubilados) el 45,7% (43) viven en sus domicilios, mientras que el 54,3% (51) lo hacen en los asilos. De ellos el 62,8% (59) son mujeres y el 37,2% (35) pertenecen al género masculino. El 36,2% (34) son casados, el 50% (47) viudos, el resto son solteros o divorciados. El grupo de edad más numeroso corresponde al de 75-79 años de edad, con un 21,3% (20), encontrando sólo a dos sujetos con más de 100 años de edad, siendo el promedio de 78,9 años. En cuanto a la escolaridad de estas personas encontramos que un gran porcentaje el 35,1% (35) son analfabetos, la mayoría el 53,2% (50) reportan haber terminado la escuela primaria, y el 5,3% (5) haber terminado una carrera profesional.

Según el Cuestionario General de Salud de Goldberg, el 27,7% (26) son detectados como caso probable de trastorno mental, y conforme a la Escala de Redes Sociales de Apoyo; el 14,9% (14) contaban con un buen apoyo social, el 41,5% (39) con un regular apoyo y el 43,6% (41) con un malo o nulo apoyo. En el aspecto subjetivo referente a si están o no satisfechos con el apoyo percibido el 45,7% (43) reportan estar muy satisfechos con el apoyo, el 52,1% (49) regular satisfechos y el 2,1% (2) insatisfechos.

Se observa asociación entre el aspecto objetivo de la red y el continuar o no desempeñando alguna otra actividad posterior a su jubilación ( $p=0,0000$ ) (Tabla 1 y 4), así como con el estado civil ( $p=0,0000$ ), si vive o no en un asilo ( $p=0,0005$ ), y con la edad ( $p=0,0354$ ). En cambio, la única variable que se encontró asociada con el aspecto subjetivo de la red, es decir, con la satisfacción con el apoyo percibido, fue con el estado civil ( $p=0,0330$ ) (Tabla 1).

Tabla 1.  
Valores de asociación del aspecto objetivo de las redes sociales de apoyo según la EACS en relación con las variables generales de los sujetos.

	Aspecto objetivo de la red p	Aspecto subjetivo de la red p
Realiza alguna otra actividad	0,0000*	0,2047
Estado civil	0,0000*	0,0330*
Donde vive (asilo-domicilio)	0,0005*	0,3671
Edad	0,0354*	0,3180
Escolaridad	0,0829	0,1510
Género	0,4080	0,2842

\*p = < 0,05

Tabla 2.  
Frecuencia y tasas de los sujetos que presentan síntomas (uno o más) en las diferentes dimensiones del CGS y según si mantienen alguna actividad o no

Dimensiones del Cuestionario de Salud de Goldberg (CGS)	Realiza alguna actividad		No realiza alguna actividad	
	f	%	f	%
Síntomas somáticos	16	43,24	28	49,12
Trastornos del sueño	17	45,94	36	63,15
Conducta observada	21	56,75	42	73,68
Relaciones interpersonales	18	48,64	38	66,66
Angustia y depresión	3	8,10	12	21,05

Tabla 3.  
Presencia o no de síntomas de psicopatología conforme al Cuestionario General de Salud de Goldberg en los sujetos que realizan o no alguna otra actividad posterior a su jubilación

Cuestionario General de Salud de Goldberg	Realiza alguna actividad		No realiza alguna actividad	
	f	%	f	%
Sin presencia de síntomas	12	70,5	5	29,5
Presencia de 1 o más síntomas	25	32,5	52	67,5
Total	37	39,4	57	60,6

p = 0,0083; RR = 0,20 (0,05-0,71)

Tabla 4.  
Frecuencias y porcentajes de los tipos de resultados encontrados en la Escala de Apoyo Social (aspecto objetivo) en personas jubiladas que siguen realizando alguna actividad y las que no lo hacen

Escala de Evaluación de Apoyo y Contactos Sociales (Aspecto objetivo de la red)	Realiza alguna actividad		No realiza alguna actividad	
	f	%	f	%
Muy frecuente	14	100	0	0
Poco frecuente	32	82,1	7	17,9
Nada frecuente	11	26,9	30	73,1

p = 0,0000

A diferencia con el aspecto objetivo de la red (frecuencia de contactos), el aspecto subjetivo, no resultó asociado con el continuar o no desempeñando alguna otra actividad posterior a su jubilación (p=0,2047) (Tabla 5).

De las diferentes dimensiones del Cuestionario General de Salud de Goldberg (CGS), las tasas más altas se presentaron en aquellos jubilados que ya no realizan una actividad permanente, especialmente en los trastornos de "conducta observable" con 73,6%, los problemas de "relaciones interpersonales" con un 66,7%, y los trastornos del sueño con 63,1% (Tabla 2).

El continuar realizando alguna actividad resultó asociado significativamente con la presencia o no de síntomas de psicopatología conforme el Cuestionario General de Salud de Goldberg (CGS) (Tabla 3), de aquellos que no realizan actividades después de jubilados, el 91% presenta al menos un síntoma, mientras que los que mantienen algún tipo de actividad solo el 67% registraron algún síntoma presente.

Los datos extraídos del Cuestionario General de Salud de Goldberg (CGS) no presentaron asociación significativa con ninguna de las variables generales cuando se analizó como "casos" y "no casos", excepto con la edad considerada como rebasar o no la esperanza de vida (Tabla 6), donde la tasa de "casos" en los menores de 75 años fue de 14% mientras que para aquellos de 75 y más años la misma tasa de "casos" fue de 35%.

## Discusión

La Redes Sociales evaluadas *objetivamente* (la Escala lo hace sobre la base del tipo y frecuencia de contactos), no parecen estar relacionadas con la evaluación *subjetiva* de las mismas, que se hace sobre la base de la satisfacción que reporta el sujeto).

La cantidad y tipo de contactos que establecen los sujetos queda condicionada por la edad y estado civil; siendo mejor en los más jóvenes y en los varones, lo que se explica a partir de que los más jóvenes resultan más funcionales y que los varones cuentan con mayor libertad de movimiento en nuestra sociedad. También destaca el hecho de vivir en un asilo, que es fácilmente explicable si se conoce que en nuestra sociedad la mayoría de los asilos (o residencias) de ancianos son *instituciones totales*, es decir, asumen el control total sobre la vida del sujeto e incluso no se le permite salir a la calle o recibir visitas sin permiso de la autoridades de la Institución.

Para la variable de jubilación, que nos ocupa en este estudio, es muy destacable el hecho de que la valoración *objetiva* de las Redes Sociales se asocie con mantenerse activo, muchos de los adultos mayores

Escala de Evaluación de Apoyo y Contactos Sociales (Aspecto subjetivo de la red)	Realiza alguna actividad		No realiza alguna actividad	
	f	%	f	%
Muy frecuente	27	62,8	16	37,2
Poco frecuente	30	61,2	19	38,8
Nada frecuente	0	0	2	100

p= 0,2047

participantes en este estudio se han mantenido laborando (mayoritariamente por necesidad económica), y algunos han iniciado estudios en instituciones educativas que imponen un determinado uso del tiempo y la obligada relación con diversos grupos de personas, por lo que puede apreciarse que la esencia no está en conservar una relación laboral obligadamente, sino en un determinado modo de utilización del tiempo libre. Sin embargo, el mantener mayor cantidad de contactos no proporciona mayor satisfacción con los mismos, probablemente porque la satisfacción con el estilo de vida tiene mucho que ver con el modelo ideal que se tenga para la vida de jubilado y para la vejez, de manera que algunos sujetos encontraran satisfacción en un modo de vida retraído y con pocos contactos, pero emocionalmente satisfactorios, similar a los estilos de *desapego* o *disengagement* propuestos por Cumming (Cumming y Henry, 1961).

El mantenerse activo resulta también positivo para la salud mental ya que esta situación parece proteger contra la aparición de síntomas psicopatológicos en general y en específico las cinco dimensiones del CGS mostraron tasas más altas en aquellos sujetos que no tenían ya actividades como las mencionadas.

La jubilación en nuestros países latinoamericanos trae conjuntamente una reducción de los recursos económicos y un enorme incremento en el tiempo libre disponible, dado que la combinación resulta bastante difícil de manejar y en algunas maneras resulta un factor de riesgo para la salud, es recomendable, además de los diferentes programas de prejubilación que ya se han propuesto, que la jubilación se realizara de manera etápica, es decir, que el trabajador accediera a ella en una serie de etapas. El proceso podría llevarse a cabo en cuatro años, en el primer año reduciría un 25% su jornada laboral y sus ingresos serían 75% de su salario normal y 25% de su pensión legal, los siguientes años reduciría igualmente un 25% de su jornada hasta llegar a la jubilación total.

Cuestionario General de Salud de Goldberg (Aspecto subjetivo de la red)	75 años y menos		Más de 75 años	
	f	%	f	%
Casos	5	19,23	21	80,87
No casos	30	44,11	38	55,89

OR= 0-30 (0-09-0,99); p= 0,0461

## Bibliografía

- Arber S, Ginn J. (1996). *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid: Narcea, 1ª ed.
- Buendía J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. España: Edit. Siglo Veintiuno de España, 1ª. ed.
- Caraveo J. (1985). *La vigilancia epidemiológica en el campo de la psiquiatría y la salud mental*. México *Salud Mental*, 8,20-2.
- Coward T, Smith M. (1982). Families in Rural Society. En: Dillman DA, Hobbs DJ, comps. *Rural Society in the U.S. Issues for the 1980's* Boulder, CO, Westview.
- Cumming E, Henry W. (1961). *Growing older*. Basic Books, 1ª. ed. N.Y.: Basic Books.
- Durkheim E. (1997). *El Suicidio*. México: Ediciones Coyoacán, 3ª Ed.
- DSM IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Editorial Masson, 1ª ed.
- Flippen C, Tienda M. (2000). Pathways to retirement: Patterns of labor force participation and labor market exit among the pre-retirement population by race, Hispanic origin, and sex. *The Journals of Gerontology*, 55,14.
- Forsell Y, Winblad B. (1998). Feelings of anxiety and associated variables in a very elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13,454-8.
- González C. (1996). Algún día llegaremos. *Revista Mundo Médico*, 11,31-6.
- Hernández Z, Ortiz G. (1997). La salud mental en la tercera edad: resultado preliminar de un estudio comparativo entre asilados y asistentes al Instituto Nacional de la Senectud (INSEN). *Psicología y Salud*, 7,7-15.
- Martínez J, Espejo J, Rubio V, y col. (1998). Factores asociados a los síntomas psiquiátricos en población mayor de sesenta años (proyecto ANCO). *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 33,331-9.
- Montorio I. (1994). *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Edit. Ministerio de asuntos so-

Tabla 5. Frecuencia y porcentajes de la calidad de redes sociales de apoyo según la Escala de Apoyo y Contacto Social (aspecto subjetivo) en personas jubiladas que siguen realizando alguna actividad y las que no lo hacen

Tabla 6. Frecuencias de "casos" y "no casos" según el GSD en los sujetos jubilados de acuerdo a los que superan la esperanza de vida y los que aún no la han superado

- ciales. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales. 1ª ed.
- Mutchler J, Burr J, Massagli M y col. (1999). Work transitions and health in later life. *The Journals of Gerontology*, 54,252-61.
- Mutran J, Danis M, Bratton A, Sudha S y col. (1997). Attitudes of the critically ill toward prolonging life: The role of social support. *The Gerontological Society of America. The Gerontologist*, 37,192-9.
- OPS. (1995). *El adulto mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médico sociales*. Organización Panamericana de la Salud.
- Pando M, Aranda C, Salazar J. (1998). Redes familiares de apoyo y trastornos psicológicos en el adulto mayor en Guadalajara, Jalisco. *Psicología y Salud*, 12,67-73.
- Pando M, Aranda C, López M, y col. (1999). Salud mental en la tercera edad. Resultados de una encuesta a jubilados. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 4,373-7.
- Rodríguez J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis, 1ª ed.
- Romero M, Medina E. (1997). Validez de una versión del Cuestionario General de Salud de Goldberg para detectar psicopatología en estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 10,90-7.
- San Martín H, Pastor V. (1999). *Epidemiología de la vejez*. España: Interamericana McGraw-Hill, 1ª. Ed.