



A2.2 – Recursos educativos para docentes

# Aspectos psicosociales e inclusión

Módulo: 1. Conceptos básicos en la prestación de cuidados

Sub-Módulo: 1.6. Aspectos psicosociales e inclusión



# Introducción

<b>Módulo</b>	Conceptos básicos en la prestación de cuidados
<b>Sub-módulo</b>	Aspectos psicosociales e inclusión
<b>Lección nº.</b>	#1
<b>Duración</b> (minutos)	300
<b>Fecha</b>	Por definir

# Resultados de la lección

1. Identificar los principales aspectos psicológicos de la atención a población adulta.
2. Identificar los principales riesgos psicológicos.
3. Comprender la importancia de la psicología asistencial como competencia clave.

# Contenidos

1. Aspectos psicológicos en la asistencia.
  - 1.1. Psicología de la persona adulta y mayor.
  - 1.2. Psicología física y mental de las/os pacientes.
  - 1.3. Psicología de las personas cuidadoras.
  
2. Riesgos psicológicos.
  - 2.1. Estrés en la vejez.
  - 2.2. Trastornos de ansiedad.
  - 2.3. Alteraciones en los procesos cognitivos.
  - 2.4. Depresión.
  - 2.5. Insomnio.
  - 2.6. Suicidio.
  - 2.7. Abuso de sustancias.
  
3. Aislamiento, discriminación social e inclusión.
  
4. Instituciones asistenciales y cuidadores: repercusiones psicoafectivas.

# Psicología de la persona adulta y mayor



# Psicología de la persona adulta y mayor

Independientemente de la cultura, la raza o el sexo, ¿cuáles son los mitos/estereotipos y la realidad sobre las personas mayores?



	Mito	Realidad
Las personas mayores, aunque no estén enfermas, son incapaces de desarrollarse y muestran incapacidad para aprender.	✗	
La vejez corresponde a una especie de "segunda infancia" (infancia, dependencia y reducción de la responsabilidad individual).	✗	
Las personas mayores son responsables de una gran variedad de conocimientos transmitidos oralmente, de generación en generación.		✗
Se considera que las personas mayores tienen un poder de iniciativa limitado y dificultades para adoptar nuevos proyectos.	✗	
Las personas mayores muestran comportamientos conservadores, inflexibles y resistentes al cambio.	✗	
Las personas mayores contribuyeron al desarrollo de la sociedad, cumplieron sus compromisos.		✗

# Psicología de la persona adulta y mayor

## El final de la vida adulta y el principio del envejecimiento:

### ¿Cuándo empieza?



- Índice de tipo cronológico: más arbitrario, normalmente el periodo de mediana edad va de los 40 a los 60 o 65 años.
- Índice asociado a acontecimientos biológicos y sociales: la creciente sensación de que disponemos de un tiempo limitado para vivir y alcanzar nuestros objetivos es probablemente el "criterio" más importante de que nos estamos haciendo mayores. El cuerpo, la sociedad, las demás personas, envían "señales"/"mensajes" de que el proceso de envejecimiento está en marcha cuando se producen los siguientes cambios:
  - Cambios en la imagen corporal del "yo": de naturaleza física (piel seca, caída del cabello, pérdida de fuerza o resistencia), cambios en el sueño, cambios en el peso, enfermedades, entre otros.
  - Cambios en la vida profesional: llegar a la cima de la carrera profesional, quedarse repentinamente en paro o llegar a la jubilación.
  - Cambios en la vida familiar: las/os hijas/os se van de casa, la necesidad de ayudar a las personas mayores de la familia, la muerte de las/os madres/padres, el nuevo papel de abuelo/a, la viudedad.
  - Cambios en la vida diaria.

**¡Cambio no es sinónimo de discapacidad!**

# Psicología de la persona adulta y mayor

## Conceptos:

**Envejecimiento**: es un proceso universal, genéticamente determinado para los individuos de la especie (envejecimiento normal). Este proceso comienza poco después de la madurez sexual y se acelera a partir de la quinta década de vida, marcado por el cese o la reducción de la posibilidad de reproducción de la especie y por cambios fisiológicos y morfológicos típicos.

(Neri, 2013)

**Vejez**: término con un significado esencialmente sociológico y antropológico. La vejez debe entenderse como un concepto referido:

- A la forma en que cada sociedad conceptualiza esta fase del ciclo vital.
- A una construcción social inscrita en un contexto histórico determinado.

(Fernandes, 1997 e Lima & Viegas, 1988 Cit. In. Fonseca. 2005)

**Persona mayor**: individuos así denominados en un contexto sociocultural determinado, debido a las diferencias que presentan en apariencia, fuerza, funcionalidad, productividad y desempeño de roles sociales primarios en comparación con las personas adultas no mayores.

(Neri, 2009 Cit. In. Fonseca. 2005)



# Psicología de la persona adulta y mayor



Envejecimiento y desarrollo son dos procesos paralelos y relacionados, dos caras de una misma trayectoria vital.

(Fonseca, 2005)

# Psicología de la persona adulta y mayor

## 1ª mitad del siglo XX:

El desarrollo tiene lugar "dentro" de la persona con la secuencia crecimiento-estabilidad-decadencia.  
Se hace hincapié en la infancia/adolescencia y las etapas del desarrollo.

### Organicismo

- Raíz biológica
- Etapas
- Las etapas se suceden unidireccionalmente
- Camino jerárquico, secuencial, universal
- Metas finales
- Piaget, Freud...

## 2ª mitad del siglo XX:

El desarrollo como interacción de fuerzas "internas" y "externas" - desarrollo a lo largo de la vida

### Contextualismo

- Inserción social e histórica del individuo
- Transacciones individuo-entorno
- Reciprocidad
- Plasticidad
- Sin objetivos últimos
- Enfoques: ecológico, contextualista, duración de la vida

Desde la perspectiva del desarrollo a lo largo de la vida, el envejecimiento adquiere un significado completamente nuevo.

(Fonseca, 2005)

# Psicología de la persona adulta y mayor

**La perspectiva del ciclo de la vida de Paul B. Baltes (1939–2006)**



# Psicología de la persona adulta y mayor

## Enfoque del desarrollo a lo largo de la vida

- El desarrollo humano es un **proceso continuo**: A medida que las personas avanzan en la vida, experimentan continuamente procesos de cambio, transición y adaptación: se producen procesos de continuidad (acumulativos) y discontinuidad (innovadores):

Estos procesos dan lugar a la aparición de nuevos comportamientos, nuevas relaciones y nuevas percepciones de una/o misma/o y de la realidad

- El desarrollo es **multidimensional** (cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales).
- El desarrollo es **multidisciplinar** (el desarrollo debe contemplarse y estudiarse en sus distintas dimensiones: biología, psicología, neurociencia, sociología, etc.).
- El desarrollo es **multidireccional**: Diversidad y pluralismo en la dirección del cambio, incluso dentro del mismo dominio durante el mismo periodo de desarrollo, ciertas dimensiones del desarrollo cognitivo y socioemocional pueden mostrar crecimiento, pero otras decrecimiento.

# Psicología de la persona adulta y mayor

## Enfoque del desarrollo a lo largo de la vida

- **Potencial de plasticidad:** Rechaza cualquier forma de determinismo y propone una comprensión "plástica" del desarrollo humano (integración de las dimensiones social, biológica y conductual en la "producción" de este desarrollo).

### La persona es quien produce su propio desarrollo

- Dado que existe un potencial de plasticidad, también hay:
  - Un potencial de intervención en el desarrollo psicológico de cada individuo a lo largo de su vida.
  - Un potencial de cambio en el desarrollo. El cambio es:
    - ✓ Continuo.
    - ✓ Acumulativo.
    - ✓ Dirigido a.
    - ✓ Diferenciador.
    - ✓ Organizado.
    - ✓ Holístico.

# Psicología de la persona adulta y mayor

## Enfoque del desarrollo a lo largo de la vida

- La interacción recíproca organismo-entorno actúa sobre el desarrollo al considerar la existencia de **ganancias y pérdidas** de desarrollo.
- No existen etapas predefinidas y universales, la psicología del ciclo vital apunta a la búsqueda de una adaptación satisfactoria entre organismo y entorno como **objetivo específico del desarrollo**.

Esta adaptación entiende que el proceso de desarrollo constituye una ocurrencia conjunta de:

- "ganancias" (que se traducen en crecimiento).
- "pérdidas" (que se traducen en disminución) de la capacidad de adaptación.

# Psicología de la persona adulta y mayor

## Enfoque del desarrollo a lo largo de la vida

Tres funciones adaptativas generales implicadas en el desarrollo humano:

- **Crecimiento:** comportamientos cada vez más complejos que le permiten alcanzar niveles cada vez más altos de capacidad adaptativa.
- **Mantenimiento:** comportamientos que garantizan la estabilidad funcional frente a sucesos o pérdidas que amenazan la vida.
- **Regulación de pérdidas:** comportamientos que organizan el funcionamiento en "niveles básicos" de adaptación.

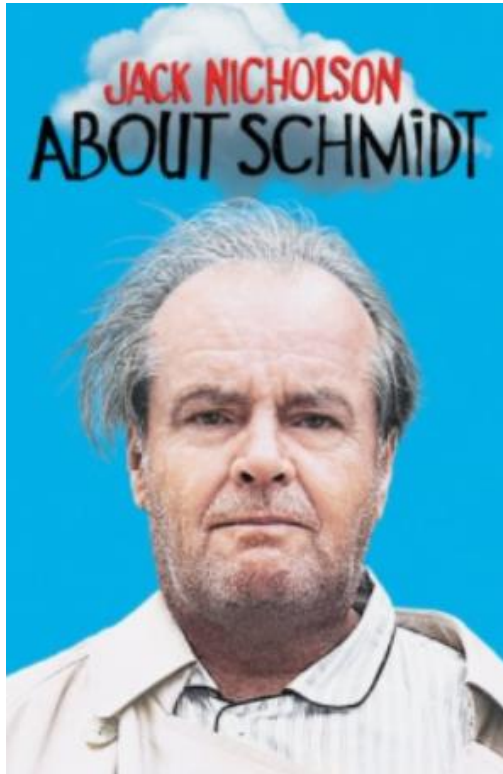


### Introducción del Modelo SOC desarrollado por Baltes y Baltes (1980)

El proceso adaptativo sigue un modelo compuesto por tres mecanismos interactivos: "selección, optimización y compensación" (modelo SOC). Según este modelo, es posible identificar y seleccionar áreas potenciales y optimizar su funcionamiento, compensando los fallos en las áreas de mayor deterioro funcional (Santos et al., 2008).

- **Selección:** desarrollo de preferencias; definición de objetivos y resultados deseables.
- **Optimización:** adquisición, aplicación y mejora de medios y recursos útiles para alcanzar altos niveles de funcionamiento.
- **Compensación:** producción de respuestas funcionales ante la aparición de pérdidas capaces de comprometer la consecución de los objetivos de desarrollo.

# Psicología de la persona adulta y mayor



Jack Nicholson interpreta a Warren Schmidt, un hombre a la deriva tras su jubilación y la repentina muerte de su esposa. Incierto tanto sobre su futuro como sobre su pasado, Warren recoge su Winnebago de 30 pies y emprende un viaje a través de las llanuras de Nebraska para asistir a la boda de su hija (Hope Davis) con un vendedor de camas de agua (Dermot Mulroney). Pero cada paso que da parece equivocado, y Warren parece destinado a acabar su vida tal y como la vivió: como un fracasado. Pero por el camino, Warren relata su viaje y comparte sus observaciones con un amigo inesperado: un niño pobre de Tanzania al que apadrina por 73 céntimos al día. En sus largas cartas al chico, Warren empieza a verse a sí mismo y a la vida que ha vivido con nuevos ojos.



# Psicología de la persona adulta y mayor

## Envejecimiento exitoso o satisfactorio

La OMS defiende la necesidad de que un envejecimiento exitoso o satisfactorio se traduzca en un envejecimiento activo, cuyos factores determinantes son:

- Aspectos económicos y sociales.
- Salud.
- Comportamientos/estilos de vida.
- Biología/genética.
- Entorno físico en el que vive.

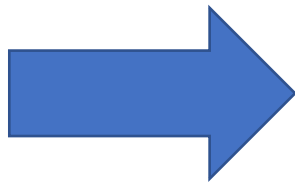
La OMS afirma que el envejecimiento activo es un proceso de optimización basado en tres pilares: salud, participación y seguridad, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

# Psicología de la persona adulta y mayor

## Envejecimiento activo

### Indicadores de éxito del envejecimiento activo:

- Alta capacidad funcional/independencia y adaptación positiva.
- Satisfacción con la vida.
- Longevidad.
- Ausencia de discapacidad.
- Dominio/crecimiento.
- Participación social activa.

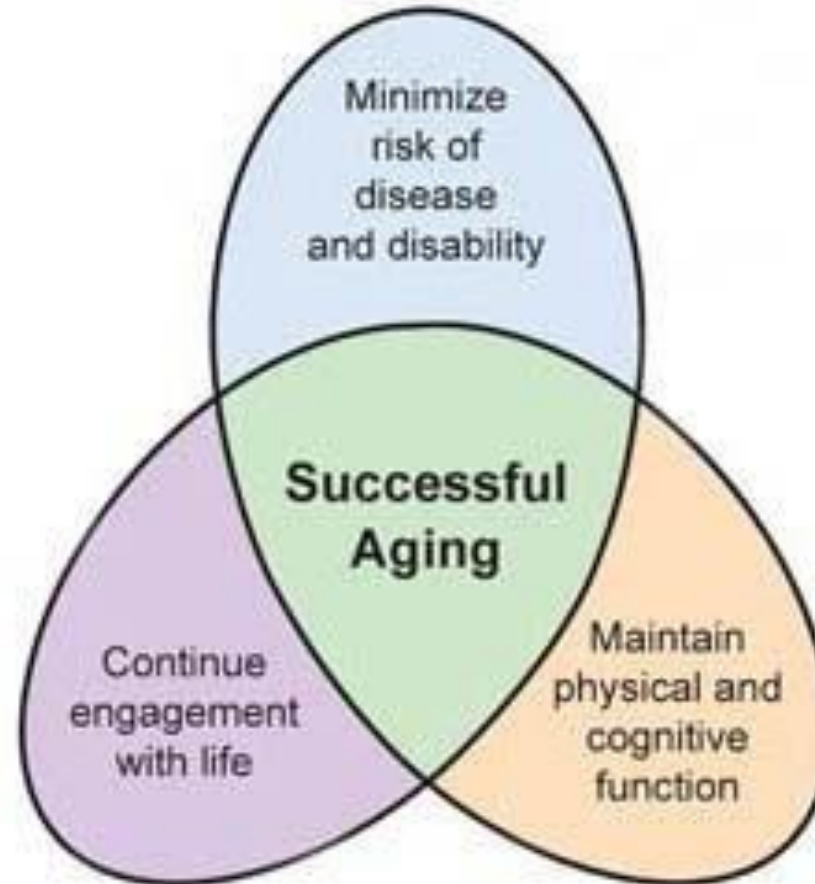


### Predictores:

- Nivel educativo alto.
- Práctica regular de actividad física.
- Sentimiento de autoeficacia.
- Participación social y ausencia de enfermedades crónicas.

# Psicología de la persona adulta y mayor

Modelo de Rowe y Kahn (1997)



# Psicología de la persona adulta y mayor

## Envejecimiento activo - La importancia de la prevención y el estilo de vida

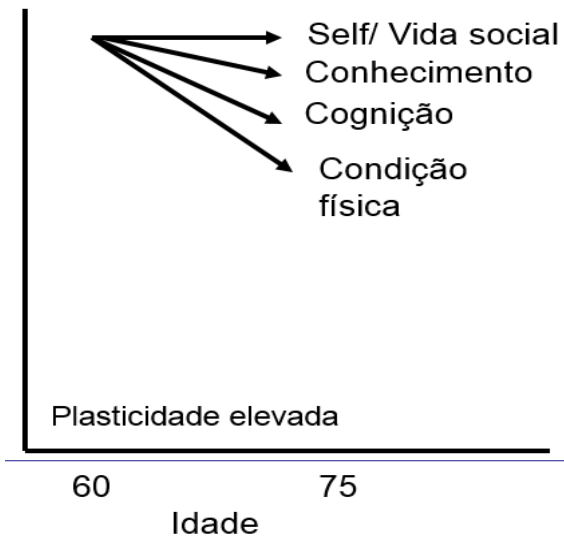
- Adoptar un estilo de vida saludable (dieta, ejercicio físico).
- Mantenerse activa/o cognitivamente (tener una actitud optimista, ser creativa/o y seguir con interés por las cosas).
- Mantener una red social de apoyo y mantenerse en contacto con otras personas.
- Mantener una relación mente-cuerpo sana (por ejemplo, meditación, crecimiento en espiritualidad).
- Mantener buenos hábitos económicos para evitar la dependencia financiera.



# Psicología de la persona adulta y mayor

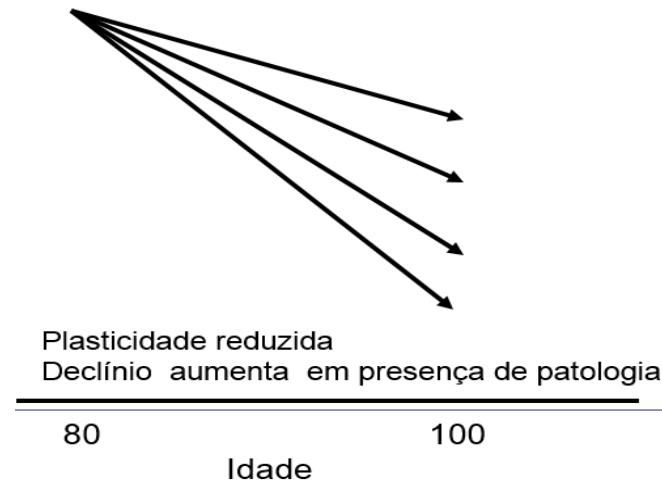
## ¿La "buena noticia" sobre las personas mayores (de unos 60-80 años)?

- Aumento de la esperanza de vida.
- Alto potencial para mantener la forma física y mental.
- Reservas cognitivas y emocionales.
- Altos niveles de bienestar personal.
- Estrategias eficaces de gestión de pérdidas y ganancias.
- Cada vez más personas envejecen con éxito.



## ¿La "mala noticia" sobre la 4ª edad (unos 80-100 años)?

- Pérdidas considerables de potencial cognitivo.
- Aumento de los síntomas de estrés crónico.
- Prevalencia considerable de demencias.
- Altos niveles de fragilidad, disfuncionalidad y multimorbilidad.



# ¿Cuáles son los retos de la longevidad para la calidad de vida y el bienestar?

¿Cuánto tiempo viviremos?

¿Nos gustaría vivir para siempre?

¿Hasta dónde puede alargarse el ciclo vital?



# Psicología física y mental de las/os pacientes

## Marco biopsicosocial del envejecimiento y las personas mayores

- **Envejecimiento biológico** (senescencia): incluye todos los factores genéticos y físicos relacionados con la salud (refleja una vulnerabilidad creciente).
- **Envejecimiento psicológico**: incluye todos los factores perceptivos, cognitivos, emocionales y de personalidad (capacidad del individuo para autorregularse ante el proceso de senescencia).
- **Envejecimiento social**: incluye los factores interpersonales, sociales y culturales que afectan al desarrollo (roles sociales adecuados a las expectativas de la sociedad).

# Psicología física y mental de las/os pacientes

## Envejecimiento psicológico

Las funciones cognitivas que se conservan mejor con la edad incluyen aspectos del lenguaje y el vocabulario, la sabiduría, el razonamiento y otras habilidades que dependen principalmente de la información y el conocimiento almacenados (Baltes, 1993).

Las personas mayores siguen siendo capaces de aprender cosas nuevas, aunque normalmente a un ritmo algo más lento que los individuos más jóvenes.

Muchas personas mayores experimentan cambios en sus capacidades ejecutivas (por ejemplo, planificar y organizar la información), y son quienes más experimentan cambios en relación con otros dominios (West, 1996).

La psicomotricidad más lenta, la reducción de la velocidad general de procesamiento de la información y la disminución de la capacidad de control motor son otros cambios que suelen asociarse al envejecimiento normal (Salthouse, 1996; Sliwinski y Buschke, 1999).



# Psicología física y mental de las/os pacientes

## Envejecimiento psicológico

### Funciones de la memoria en declive:

- Memoria de trabajo (retención de información que se está utilizando mientras se realiza otra tarea mental), memoria episódica (el recuerdo explícito de acontecimientos).
- Memoria de origen (el contexto en el que se aprendió la información).
- Memoria a corto plazo (almacenamiento pasivo de información a corto plazo).

### Funciones conservadas de la memoria:

- Memoria semántica (la evocación de conocimientos generales o factuales adquiridos).
- Memoria procedimental (aprendizaje y recuerdo de competencias).
- Preactivación o *priming* (efecto de memoria implícita en el que la exposición previa a un determinado estímulo influye en la respuesta dada posteriormente cuando se presenta).

# Psicología física y mental de las/os pacientes

Las personas mayores pueden experimentar síntomas físicos y cognitivos que se presentan en comorbilidad con enfermedades físicas.

Aunque estos síntomas suelen explorarse y tratarse como problemas físicos, pueden reflejar un cuadro mental subyacente de problemas de salud.

(Gallagher - Thompson et al., 2000). (cit. in. Austin, M. C. A, 2009)

# Psicología física y mental de las/os pacientes

Desde mediados del siglo XIX, los avances de la medicina han traído cambios significativos a los países desarrollados:

Mayor longevidad y aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, condiciones de discapacidad y dependencia total de otras personas para recibir cuidados.



Afecciones crónicas como la diabetes, las enfermedades respiratorias, el cáncer, los problemas cardiovasculares, la artritis, la hipertensión, la osteoporosis y la demencia son mucho más frecuentes entre las personas mayores que entre sus homólogos más jóvenes.

Otras afecciones, como las lesiones por caídas, la incontinencia y la fragilidad, también suelen asociarse al envejecimiento, por lo que a veces se denominan síndromes geriátricos.

# Psicología física y mental de las/os pacientes

A medida que avanzan los años, las personas son cada vez más vulnerables a los problemas crónicos de salud y a las limitaciones físicas y mentales que conllevan.



Necesitarán ayuda para realizar las AVD más sencillas.



Las necesidades de las personas mayores tienen  
**profundas implicaciones para sus familias**  
(cuidadoras/es)

(Stephens, M. A. P & F, M. M., 2009)

# Psicología de las/os cuidadoras/es



# Psicología de las/os cuidadoras/es

Existe una jerarquía bien establecida para determinar quién se convertirá en cuidador(a) principal.



**Cuidador(a) principal:** quien presta la mayor parte de los cuidados. La responsabilidad de los cuidados suele recaer en primer lugar en la/el cónyuge del anciano enfermo.



Las/os hijas/os adultas/os u otras/os familiares suelen participar como **cuidadores secundarios**.

Cuando un(a) cónyuge no está disponible o no puede asumir el papel de cuidador(a) principal, son las/os hijas/os adultas/os quienes asumen el papel de cuidadoras/es principales.

(Stephens, M. A. P & F, M. M., 2009)

# Psicología de las/os cuidadoras/es

## **Cuidador informal o familiar**

La/el cuidador(a) informal es cualquier persona, familiar o no, que se encarga de asistir a la persona con dependencia en su vida diaria, promoviendo su calidad de vida, garantizando la satisfacción de sus necesidades cotidianas. Son personas que realizan esta función de manera informal, sin formación profesional previa ni relación contractual alguna y sin ningún tipo de remuneración.

## **Cuidador formal o profesional**

Un(a) cuidador formal es cualquier persona con formación específica que desempeña un papel concreto en todos los cuidados que se prestan y que normalmente recibe una remuneración. Esta tipología de cuidados puede incluir los cuidados prestados por instituciones públicas por los que no se puede pagar, pero que entran en el ámbito de los cuidados formales (por ejemplo, la prestación de asistencia sanitaria).

# Psicología de las/os cuidadoras/es

¿Cuáles son las motivaciones para cuidar?

- Como resultado de las relaciones afectivas establecidas desde la infancia.
- Altruismo y reciprocidad.
- Sentido del deber (obligación social y moral).
- Recompensa material - beneficios económicos.
- Evitar la institucionalización.





# Psicología de las/os cuidadoras/es

## Tipos de cuidado

- Apoyo emocional y asesoramiento.
- Ayuda instrumental, como limpiar, cocinar, lavar la ropa, etc.
- Cuidados personales, como ducharse, vestirse, ir al baño, ayuda para caminar, medicación.
- Gestión económica.
- Toma de decisiones sobre cuidados para proveedores de servicios formales, como personal de enfermería y auxiliares.
- Ayuda financiera directa.



# Psicología de las/os cuidadoras/es

Los cuidadores dedican tiempo, energía y recursos emocionales y económicos a satisfacer las necesidades de la persona a la que cuidan.

Riesgos asociados al proceso de cuidar:

- Riesgos físicos.
- Riesgos financieros.
- Riesgos sociales.
- Riesgos psicológicos.



(Liu & Thompson, 2009)

# Psicología de las/os cuidadoras/es

Riesgos asociados con el proceso de cuidar:

## Riesgos físicos

Las personas cuidadoras informan sistemáticamente de una disminución de la salud general y un aumento de los problemas de salud, que también contribuyen a la morbilidad psiquiátrica en forma de aumento de la depresión.

(Schulz et al., 1995; Stephens, 2009; Vitaliano, Scanlan, Krenz, Schwartz e Marcovina, 1996).



# Psicología de las/os cuidadoras/es

## Riesgos asociados con el proceso de cuidar:

### Riesgos financieros

- Las cuestiones económicas asociadas a la prestación de cuidados pueden resultar gravosas, especialmente para las/os cuidadoras/es de personas con enfermedad de Alzheimer o demencia.
- Múltiples cuidadoras/es hacen grandes sacrificios económicos, tanto en gastos directos como en ingresos reducidos, para cuidar (como resultado de sus responsabilidades de cuidado, han tenido que ir a trabajar más tarde, salir antes, o tomar tiempo libre durante el día para proporcionar cuidados).
- Las/os cuidadoras/es de personas con demencia manifiestan una mayor necesidad de trabajos menos exigentes, de jubilarse antes, de perder prestaciones laborales o de dejar de trabajar que otras personas cuidadoras (Ory et al., 1999).

(Liu & Thompson, 2009)

# Psicología de las/os cuidadoras/es

## Riesgos asociados con el proceso de cuidar:

### Riesgos sociales

- Las relaciones familiares cambian cuando los cuidados deben ser más intensivos.
- Un mayor porcentaje de cuidadoras/es declara tener menos tiempo para otras/os familiares y amistades.
- Las/os cuidadoras/es de personas con demencia afirman tener que renunciar a actividades personales placenteras y experimentan un mayor grado de conflicto familiar.
- El aumento de los conflictos familiares es común entre las/os cuidadoras/es de personas con demencia.
- Las/os cuidadoras/es de personas con demencia reportan una mayor incidencia de conflictos maritales y una menor incidencia de interacciones positivas entre las parejas (Narayan, Lewis, Tornatore, Hepburn, & Corcoran- Perry, 2001; Pruchno, Pruchno, Kleban, Michaels e Dempsey, 1990).

(Liu & Thompson, 2009)

# Psicología de las/os cuidadoras/es

## Riesgos asociados con el proceso de cuidar:

### Riesgos psicológicos

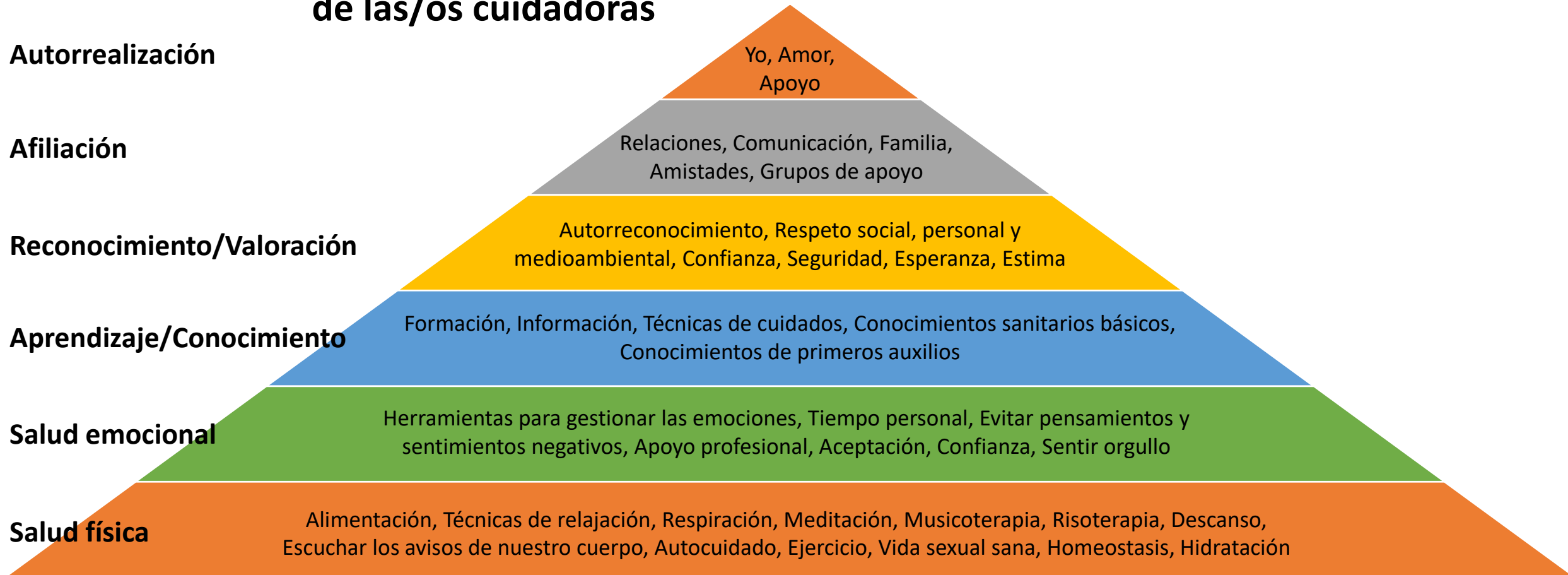
- La depresión, uno de los principales problemas de salud mental, es un grave factor de riesgo para las/os cuidadoras/es de personas con demencia. La depresión en sus diversas formas, como insomnio, fatiga, ansiedad, estrés y dolor de cabeza, es uno de los trastornos más frecuentes (Tabora & Flakerud, 1994).
- La persona cuidadora se siente cautiva de su rol: un sentimiento de anulación.
- Los factores que contribuyen a la depresión de la persona cuidadora son: problemas de comportamiento de la persona cuidada, percepción de incompetencia, aislamiento, conflictos familiares, falta de apoyo y abdicación de otras funciones y actividades.
- Las/os cuidadoras/es informaron de problemas significativos con el control y la frecuencia de las emociones de ira y hostilidad y dificultad para expresarlas de forma constructiva.

(Liu & Thompson, 2009)

# Psicología de las/os cuidadoras/es

## Pirámide de las necesidades de las/os cuidadoras

*Aspectos fundamentales para poder cuidar y cuidarse*



# Riesgos psicológicos

- 2.1. Estrés en la vejez
- 2.2. Trastornos de ansiedad
- 2.3. Alteraciones en los procesos cognitivos
- 2.4. Depresión
- 2.5. Insomnio
- 2.6. Suicidio
- 2.7. Abuso de sustancias





# Estrés en la vejez



# Estrés en la vejez

- Problemas relacionados con la persona cuidadora: por ejemplo, frustración o agotamiento.
- Debilidad funcional.
- Enfermedad crónica de larga duración.
- Limitación cognitiva.
- Aislamiento social.
- Escasos recursos económicos y sociales.
- Bajos ingresos, condiciones de salud precarias.
- Mala calidad de la relación con la persona cuidadora.
- Falta de apoyo social.

# Trastornos de ansiedad



# Trastornos de ansiedad

Se refieren a un estado duradero de ansiedad, caracterizado por síntomas como inquietud extrema, insomnio y fatiga, que produce sufrimiento y deterioro de las funciones.

Pueden manifestarse de diversas maneras, entre ellas:

- Fobias.
- Ansiedad generalizada.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno de pánico.

De las fobias, una de las más comunes es la agorafobia (miedo a los espacios abiertos), que tiende a combinarse con un miedo más específico a salir de casa. Otras fuentes comunes de preocupación son las caídas, la muerte y las situaciones sociales (véase Woods, 1999).



# Trastornos de ansiedad

## Características clínicas

- SOMÁTICAS**
- Tensión muscular
  - Temblores
  - Mareos
  - Palpitaciones
  - Trastornos del sueño
  - Transpiración
  - Náuseas
  - Diarrea
  - Dificultad para tragar
  - Necesidad frecuente de orinar
  - Rubor
  - Fatiga

<b>AFECTIVAS</b>	<b>COGNITIVAS</b>
<p>Ansiedad</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Sentimientos de inadecuación e incapacidad para afrontar el peligro</p> <p>Miedo a no ser competente</p> <p>Miedo a no ser aceptada/o por las demás personas</p>	<p>Percepción de peligro y amenaza</p> <p>Procesos rumiativos</p> <p>Preocupación por la evaluación negativa de las demás personas</p> <p>Disminución de la capacidad de concentración</p>

- COMPORTAMENTALES**
- Agitación psicomotriz
  - Hipervigilancia
  - Evitación, huida

# Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad, aunque relativamente frecuentes en las personas mayores, son menos prevalentes que en las poblaciones más jóvenes (Wolitzky-Taylor et al., 2010).

Aunque las personas mayores tienden a presentar síntomas de ansiedad similares a los de personas adultas más jóvenes, el contenido de sus miedos y preocupaciones tiende a estar relacionado con la edad (p. ej., problemas de salud) (Stanley y Beck, 2000).

Las personas mayores que presentan trastorno de pánico tienden a tener patrones de síntomas que difieren de los exhibidos por los adultos más jóvenes (por ejemplo, menos síntomas de excitación o más recuerdos intrusivos, respectivamente) (Lauderdale et al., 2011).

# Alteraciones en los procesos cognitivos



# Alteraciones en los procesos cognitivos

Las personas mayores pueden mostrar algunas alteraciones de la memoria, un aumento del tiempo necesario para interiorizar nuevos aprendizajes o para recordar acontecimientos importantes, pero la vejez no conduce inevitablemente a la demencia.

Sin embargo, si el deterioro global de las capacidades intelectuales es pronunciado, con alteraciones evidentes en sus actividades personales y profesionales, la persona puede estar ante un envejecimiento patológico y alterado, puede estar ante una situación de demencia.

(Paiva, 2013)



# Alteraciones en los procesos cognitivos

El envejecimiento ha tenido un profundo impacto en la aparición de la epidemia mundial de demencia, sobre todo en países como China, India y América Latina, donde la población está marcadamente envejecida y con tendencia a que estas cifras aumenten rápida y drásticamente.

Se estima que, en 2050, las personas de 60 años o más representarán alrededor del 22% de la población mundial, distribuida principalmente en África, Asia o América Latina (Organización Mundial de la Salud, 2012).

(Paiva, 2013)

# Alteraciones en los procesos cognitivos

## ¿Qué es la demencia?

Demencia es el término utilizado para describir los síntomas de una amplia gama de enfermedades que provocan un deterioro progresivo del funcionamiento de una persona. Es un término genérico que describe la pérdida de memoria, capacidad intelectual, razonamiento, habilidades sociales y cambios en las reacciones emocionales normales.

## ¿Quién desarrolla demencia?

Aunque la mayoría de las personas con demencia son mayores, es importante tener en cuenta que no todas las personas mayores la desarrollan y que no forma parte del proceso natural de envejecimiento. La demencia puede aparecer en cualquier persona, pero es más frecuente a partir de los 65 años. En algunas situaciones, puede aparecer en personas de entre 40 y 60 años.

<https://alzheimerportugal.org/pt>

# Alteraciones en los procesos cognitivos

## Prevalencia de la demencia

La OMS estima que en todo el mundo hay 47,5 millones de personas con demencia, una cifra que podría alcanzar los 75,6 millones en 2030 y casi triplicarse en 2050 hasta los 135,5 millones.

En este contexto, la enfermedad de Alzheimer asume un lugar destacado, representando alrededor del 60 al 70% de todos los casos de demencia (OMS, 2015).

# Alteraciones en los procesos cognitivos

## Formas más comunes de demencia

- Enfermedad de Alzheimer
- Demencia vascular
- Enfermedad de Parkinson
- Demencia por cuerpos de Lewy
- Demencia frontotemporal
- Enfermedad de Huntington
- Demencia alcohólica (síndrome de Korsakoff)
- Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob

# Alteraciones en los procesos cognitivos

## Señales de alerta para un diagnóstico precoz

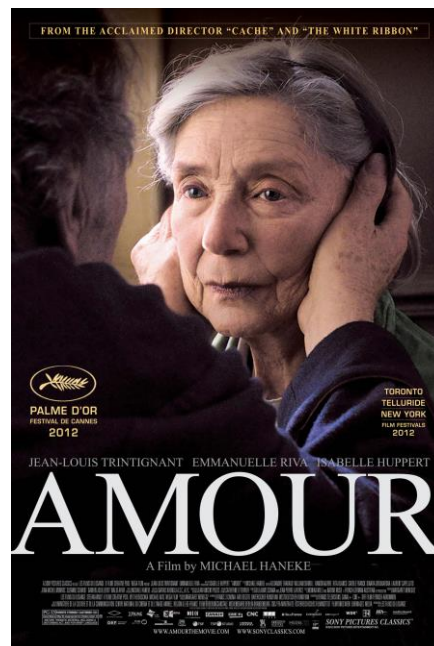
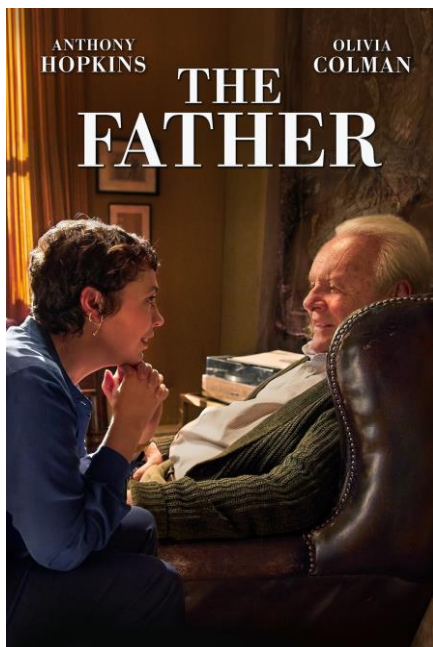
A menudo puede resultar difícil percibir la diferencia entre los cambios en las funciones cognitivas derivados del proceso natural de envejecimiento, con los síntomas que podrían traducirse en la aparición de una condición patológica.

- Pérdida de memoria frecuente y progresiva
- Confusión
- Cambios de personalidad
- Apatía y aislamiento
- Pérdida de la capacidad para realizar tareas cotidianas

Señales de alerta	Qué es normal en el envejecimiento
Olvido parcial o total de un acontecimiento	Tener un vago recuerdo de un acontecimiento
Pérdida progresiva de la capacidad para seguir instrucciones verbales o escritas	Mantener la capacidad de seguir instrucciones verbales o escritas
Pérdida progresiva de la capacidad de seguir la historia de una novela o película	Mantener la capacidad de seguir la historia de una novela o película
Olvido progresivo de información que conocía, como datos históricos o políticos	Olvidar nombres o palabras, pero recordarlos más tarde
Pérdida progresiva de la habilidad para bañarse, vestirse o alimentarse de forma independiente	Mantener la capacidad de lavarse, vestirse, alimentarse, a pesar de las dificultades impuestas por las limitaciones físicas
Pérdida progresiva de la habilidad para tomar decisiones	Tomar una decisión equivocada a tiempo
Pérdida progresiva de la capacidad para manejar un presupuesto	Cometer errores de vez en cuando, por ejemplo al escribir un cheque
Desconocimiento de la fecha o estación	Confundirse sobre el día de la semana en el que se encuentra, pero recordarlo más tarde
Dificultad para mantener una conversación, ausencia de capacidad para razonar o recordar las palabras	A veces olvidar la mejor palabra
Olvido sobre dónde se guarda un objeto y no ser capaz de hacer el proceso mental de retracción para recordar	Perder algo de vez en cuando, pero encontrarlo gracias al razonamiento lógico

# Alteraciones en los procesos cognitivos

Algunas sugerencias - Películas sobre la demencia



# Depresión



# Depresión

Depresión clínica: duradera y lo suficientemente grave como para interferir en el funcionamiento normal.

La depresión clínica no consiste sólo en "sentirse triste", sino que la persona está incapacitada, es decir, se queda sin energía mental y física.

(Hamilton, I. S., 2002)

Una persona con depresión puede manifestar cambios cognitivos y conductuales: falta de motivación, alteraciones de la voluntad, desinterés, pérdida de apetito, somatización, dolor físico, irritabilidad, dificultad para concentrarse, problemas de sueño, pérdida de ganas de vivir, debilidad física, dificultad para socializar con amistades, compañeras/os y familiares (Zimerman, 2000).

(Teixeira, 2010)



# Depresión

## Áreas afectadas por la depresión

**Afecto** (tristeza, llanto, irritabilidad, aspecto triste)

**Motivación** (disminución del interés por las actividades)

**Funcionamiento físico y motor** (pérdida de apetito, cambio de patrón, quejas somáticas vagas)

**Cognición** (anticipa el fracaso, expresa y verbaliza el fracaso y la autodevaluación, dificultad para concentrarse)

# Depresión

Las personas mayores están expuestas a más acontecimientos depresivos, que se deben a:

- Acontecimientos estresantes y negativos (por ejemplo, la pérdida de un ser querido).
- Enfermedades y efectos secundarios de los medicamentos.
- Pérdida de capacidades funcionales y cognitivas.
- Problemas económicos.
- Problemas sociales y de relación.
- Proceso de pérdida continua.
- Necesidad de adaptarse al proceso de envejecimiento.

(Hamilton, I. S., 2002) (Teixeira, 2010)



# Depresión

Desde el punto de vista de la experiencia, las personas mayores se encuentran en una situación de pérdidas continuas:

Hay tres factores determinantes que suelen ser importantes en la aparición de la depresión en la población mayor:

- a) **Determinantes ambientales:** aislamiento y falta de interacción social, ausencia de trabajo, muerte del cónyuge y desvalorización social y profesional.
- b) **Determinantes genéticos:** factores que predisponen a la depresión en edades más avanzadas.
- c) **Determinantes orgánicos:** se refieren a la enorme variedad de enfermedades orgánicas que pueden presentar síntomas de esta naturaleza.

# Insomnio



# Insomnio

Los factores que contribuyen a los problemas de sueño en la vejez pueden agruparse en las siguientes categorías:

- 1) Dolor o malestar físico.
- 2) Factores ambientales.
- 3) Malestares emocionales.
- 4) Cambios en el patrón de sueño (quejas relacionadas con el tiempo pasado en la cama sin dormir, dificultad para reanudar el sueño, menor duración del sueño nocturno, mayor latencia del sueño y despertar por la mañana antes de lo deseado).

También son frecuentes la somnolencia y la fatiga diurna, con un aumento de las siestas.

# Insomnio

El insomnio se define como una dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida/o, cuando puede haber una disminución total o parcial de la cantidad y/o la calidad del sueño.

Puede clasificarse como inicial, intermedio o final y, en cuanto a su duración, como transitorio (< 1 mes), a corto plazo (1 - 6 meses) o crónico (> 6 meses).

(Geib; Neto; Wainberg, Nunes, Magda, 2003)

# Insomnio

## Trastornos intrínsecos del sueño:

- Insomnio psicofisiológico.
- Síndrome de apnea del sueño.
- Síndrome de piernas inquietas.

(Geib; Neto; Wainberg, Nunes, Magda, 2003)

# Insomnio

## Trastornos extrínsecos del sueño:

Tipos de características	
Condiciones para dormir	Ligereza, ruido, temperatura, compañera/o de habitación, actividades inadecuadas en la cama, ingestión de alimentos y líquidos antes de acostarse, momento de utilizar diuréticos.
Factores psicosociales	Duelo Jubilación Cambios en el entorno social (aislamiento, institucionalización, dificultades financieras)
Factores de comportamiento	Reducción de la actividad física y de la exposición a la luz solar

(Geib; Neto; Wainberg, Nunes, Magda, 2003)



# Insomnio

## Higiene del sueño:

### Horario regular para acostarse y levantarse

- Es importante respetar estos horarios, incluso los fines de semana, ya que favorece el funcionamiento del reloj biológico. Los cambios de hábitos pueden alterar el sueño.

### Preparación del entorno

- El frío y el calor excesivos afectan mucho al sueño, así que procure mantener la habitación a una temperatura agradable.
- El ruido puede ser la causa de un mal sueño.
- Si hay mucha luz: oscurecer la habitación; si hay mucho ruido: eliminar o reducir el ruido.

# Insomnio

## Higiene del sueño:

### Qué comer antes de acostarse

- Intente comer comidas ligeras antes de acostarse y procure no acostarse justo después de comer. Lo ideal es esperar aproximadamente 1 hora.

### No fumar antes de acostarse

- La nicotina favorece el insomnio y el sueño no reparador.

### Relájese

- Intente relajar el cuerpo y la mente antes de acostarse. Nunca intente resolver problemas antes de acostarse.

# Suicidio



# Suicidio

**Ideación suicida:** designa específicamente los pensamientos y cogniciones de autodestrucción, de acabar con la propia vida. En una media luna jerárquica, la ideación suicida puede ir desde pensamientos generales sobre la muerte hasta idealizaciones más serias sobre las formas correctas de suicidarse.

(Hamilton, 2002)

Las tasas de suicidio más elevadas en todos los países de la OMS se registran por encima de los 75 años.

Las personas mayores que se intentan suicidar suelen hacerlo para escapar de una vida de dolor y sufrimiento.

(see Fremouw, Perezel e Ellis, 1990)

**El suicidio entre las personas mayores es un importante problema de salud pública.**

# Suicidio

La tasa de suicidios es tradicionalmente más alta entre las personas mayores.

Existen tres categorías principales de factores de riesgo:

- Individuales.
- Socioculturales
- Situacionales.



# Suicidio

## Factores de riesgo - Características principales

### Factores individuales

#### Edad

En Portugal, cerca del 50% de los suicidios se producen después de los 64 años (principalmente varones).

#### Estado civil

Las personas solteras, viudas o divorciadas son las que corren mayor riesgo.

#### Trastorno mental

La depresión es el factor de riesgo más frecuente. Las investigaciones muestran que el 4% de los pacientes con cualquier tipo de depresión y alrededor del 15 al 20% con depresión grave mueren por suicidio, afectando más a los hombres y a las personas mayores.

#### Resiliencias y vulnerabilidades de la personalidad

Los rasgos que suelen asociarse al riesgo son la hostilidad, la indefensión, la dependencia, la rigidez y el perfeccionismo. Los niveles elevados de desesperanza, con o sin depresión, se asocian a un factor de riesgo elevado.

#### Enfermedades físicas

Las enfermedades físicas pueden aumentar el riesgo, especialmente si se asocian a déficits funcionales, cambios en la imagen corporal, dolor crónico, dependencia de las demás personas.



# Suicidio

## Factores de riesgo - Características principales

### Factores socioculturales

#### Aislamiento social

El envejecimiento actual de nuestra población y el insuficiente apoyo familiar y social tienen un gran impacto en el aislamiento de las personas mayores.

El cambio actual de la estructura social, caracterizado por el creciente individualismo y la pérdida de solidaridades vecinales, acentúa las vulnerabilidades anteriores.



# Suicidio

## Factores de riesgo - Características principales Factores situacionales

Pobreza, bajo estatus social, dificultades domésticas y desesperanza

### Acontecimientos vitales negativos recientes

Divorcio, viudedad, pérdidas relacionales significativas, pérdida de estatus socioeconómico, abusos sexuales o físicos y violencia doméstica.

### Abuso de sustancias

El abuso de sustancias representa una de las formas más frecuentes de suicidio, especialmente entre las mujeres y las personas mayores.

Los ansiolíticos, especialmente las benzodiazepinas, se prescriben más a las mujeres y a la población mayor, y constituyen el grupo de fármacos más frecuentemente utilizados en los intentos de suicidio, solos o asociados al alcohol.





# Suicidio

## Pensamientos habituales

- "*Lo mejor es desaparecer para siempre...*" - **ESCAPE**
- "*Ya no tengo fuerzas, me rendiré...*" - **AGOTAMIENTO**
- "*Me siento inútil, no sirvo para nada...*" - **CULPA**
- "*No daré más trabajo a nadie...*" - **SACRIFICIO**
- "*¡Igual te arrepientes...!*" - **HOSTILIDAD / VENGANZA**

# Suicidio

## Cartas y notas de despedida

- *"Trata de entender, no puedo soportarlo más..."*
- *"Estoy cansado de todo, cansado..."*
- *"Perdóname por todo el mal que he hecho..."*
- *"Era mejor así, no sufras más..."*

# Suicidio

## Señales de peligro

- Amenaza de suicidio o afirmación del deseo o intención de morir.
- Intento previo de suicidio.
- Depresión.
- Alcoholismo.
- Cambios significativos en el comportamiento.
- Implicación en los preparativos finales.

# Suicidio

## Factores protectores

- **Factores individuales:** capacidad para resolver problemas y conflictos, iniciativa para pedir ayuda, noción de valor personal, apertura a nuevas experiencias y aprendizajes, estrategias de comunicación desarrolladas, compromiso con proyectos vitales.
- **Factores familiares:** buenas relaciones familiares, apoyo y respaldo familiar, relaciones de confianza.
- **Factores sociales:** estar empleada/o, tener fácil acceso a los servicios sanitarios, articulación entre los distintos niveles de los servicios sanitarios y asociaciones con instituciones que prestan servicios sociales y comunitarios, valores culturales, pertenencia a una religión.

# Abuso de sustancias



# Abuso de sustancias

De hecho, las personas mayores son grandes consumidoras (legítimamente recetadas) de fármacos hipnóticos (es decir, inductores del sueño) y sedantes, y su uso indebido es la causa más frecuente de ingreso en los servicios de urgencias de los hospitales estadounidenses (LaRue , Dessonville y Jarvik, 1985).

En muchos casos, el motivo es que el organismo envejecido no puede metabolizar adecuadamente el fármaco en cuestión, lo que provoca graves problemas de salud.

Más claramente perjudicial es el consumo excesivo de alcohol.

En general, los estudios confirman que los hombres mayores son más propensos a abusar del alcohol y las mujeres mayores a abusar de los medicamentos con receta (Graham et al., 1996).

(Hamilton, 2002)

# Aislamiento, discriminación social e inclusión



# Aislamiento, discriminación social e inclusión

El aislamiento está asociado con:

- La jubilación, la viudedad y el deterioro de la salud privan a las personas de muchas funciones y relaciones esenciales en torno a las cuales se había construido su identidad.
- Disminución de las redes sociales.
- Transformaciones económicas, sociales y familiares junto con cambios y/o pérdida de aptitudes intelectuales.
- Reducción de la participación en la comunidad.
- La jubilación genera una disminución de los ingresos.




# Aislamiento, discriminación social e inclusión

## Discriminación social

(Fonseca, 2005)

En la sociedad, prevalecen creencias que valoran a la juventud, pero a menudo generan una devaluación de las personas mayores, que pueden convertirse en víctimas de la exclusión social (Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999).

Hay una serie de estereotipos asociados a las personas mayores, a saber:

- "Las personas mayores no son capaces de aprender".
  - "La vejez corresponde a una especie de 'segunda infancia'".
  - "Las personas mayores son conservadoras, inflexibles y resistentes al cambio".
  - "El aumento del número de personas mayores en la población provoca un incremento de los costes de los servicios sanitarios y la seguridad social".
  - "Esto ya no es para tu edad". 
- Edadismo:** forma de discriminación basada en la edad que suele producirse en relación con las personas mayores.

# Aislamiento, discriminación social e inclusión

## Discriminación social

El edadismo empieza en casa, en el seno de la familia, en la forma en que se "codifica" a las personas mayores, de forma más o menos consciente por parte de las/os familiares más jóvenes ("hasta el abuelo puede ir..."), y se extiende a toda la sociedad, unas veces mediante prejuicios, otras mediante discriminación (una actitud más grave, cargada de hostilidad).

(Fonseca, 2005)



# Aislamiento, discriminación social e inclusión

## Discriminación social

Consecuencias del "edadismo" para las personas mayores:

- Percepción de incompetencia e incapacidad.
- Adopción de comportamientos menos activos (física y mentalmente).
- "Gerontofobia": actitud que resulta del intento de negar el propio envejecimiento.
- Repercusiones sobre la autoestima, el bienestar y la calidad de vida.



(Fonseca, 2005)

# Aislamiento, discriminación social e inclusión

## Inclusión - Acción político-social

- Formación adecuada para las/os cuidadoras/es formales e informales.
- Intervención con las generaciones más jóvenes (inclusión en el currículo de información sobre el ciclo vital, educando para una perspectiva positiva del envejecimiento; desarrollo de programas intergeneracionales y trabajo directo con la población mayor - en el mercado laboral, voluntariado...).
- Ciudades amigables con las personas mayores. Viviendas adaptadas. Espacios exteriores adecuados. Transporte adecuado. Apoyo comunitario y sanitario. Fomento de la participación social de las personas mayores. Fomento de su inclusión social. Fomento del respeto a las personas mayores. Creación de puestos de trabajo adaptados a la edad y al envejecimiento.



# Institucionalización y personas cuidadoras - Impactos psicoafectivos



# Institucionalización y cuidadores - Impactos psicoafectivos

**¿Quiénes son las personas mayores que viven en residencias?**

**¿Hicieron una elección?**

**Elección personal, "empujadas/os", inevitabilidad ("internamientos sociales")...**

# Institucionalización y cuidadores - Impactos psicoafectivos

## Institucionalización

"Respuesta social, desarrollada en un centro, destinada al alojamiento colectivo, de uso temporal o permanente, de personas mayores u otras personas con mayor riesgo de pérdida de independencia y/o autonomía".

En algunos casos, la institucionalización en una residencia gerontológica se convierte en la última y más viable solución: "La institucionalización suele aparecer, para la familia o para las personas mayores sin familia, como la última alternativa, cuando todas las demás no son viables".

# Institucionalización y cuidadores - Impactos psicoafectivos

## Aspectos clave de la atención a las personas mayores

- Responder a las necesidades personales
- Promover los contactos sociales
- Fomentar la autonomía
- Fomentar la aceptación del riesgo
- Fomentar la autoestima
- Respetar la individualidad
- Proteger la intimidad





# Institucionalización y cuidadores - Impactos psicoafectivos

## Aspectos clave de la atención a las personas mayores

Conocimientos necesarios para trabajar con personas mayores en situación de dependencia:

- Envejecimiento normal: cambios biológicos, psicológicos y sociales.
- Trastornos de salud mental, incluidas las demencias.
- Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.
- Cambios en el envejecimiento que requieren tratamiento psiquiátrico: tipos de tratamiento, medicación, interacción entre fármacos.
- Problemas sociales y físicos: duelo, pérdida de roles, dolor físico, trastornos del sueño, etc.

# Institucionalización y cuidadores - Impactos psicoafectivos

## Aspectos clave de la atención a las personas mayores

Cualidades personales para trabajar con personas mayores en situación de dependencia:

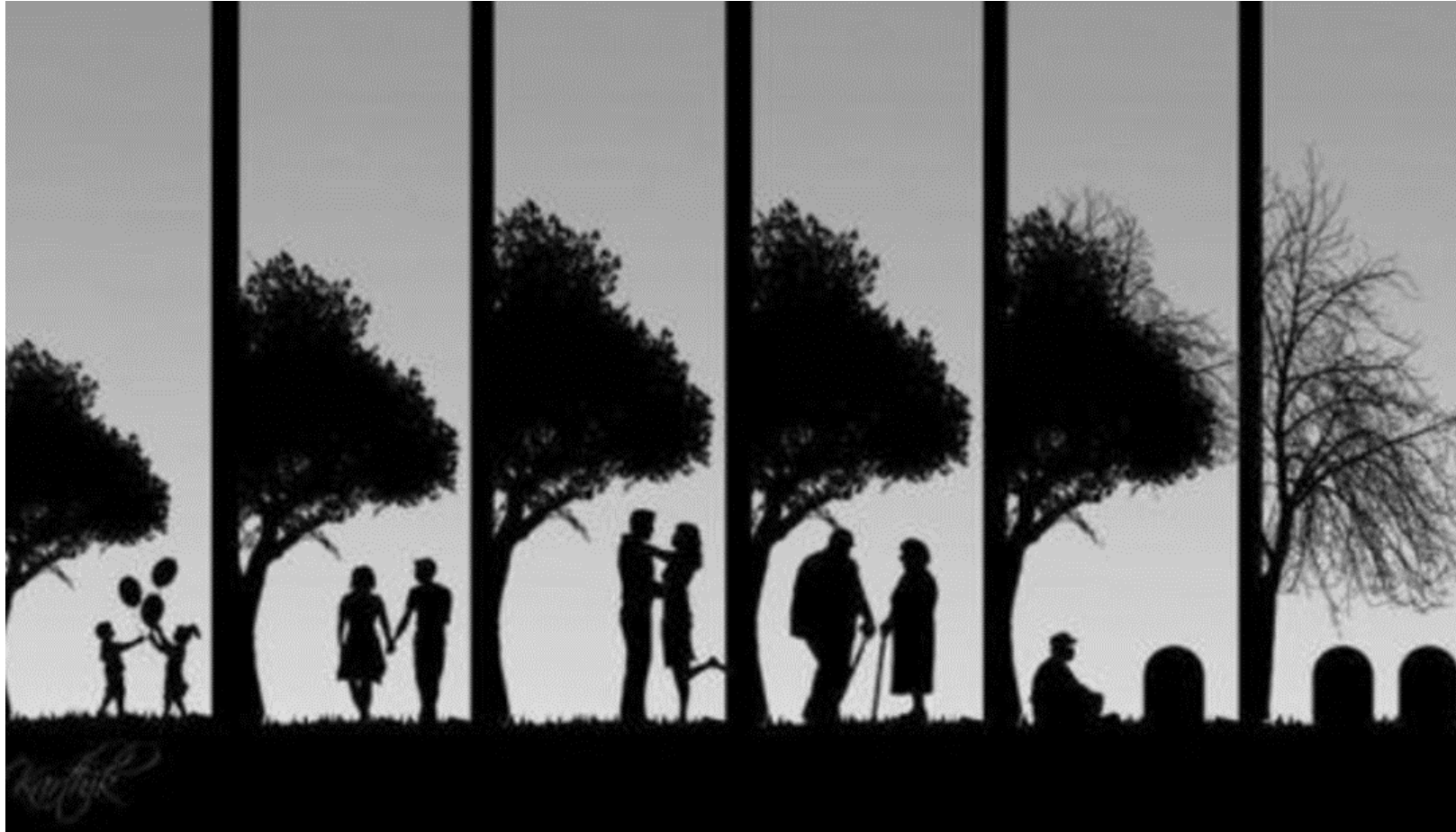
- Tener capacidad para afrontar sus propios sentimientos sobre el envejecimiento.
- Ser capaz de actuar con flexibilidad y amplitud.
- Tener paciencia y capacidad para informar y apoyar las decisiones médicas y sociales.
- Disfrutar trabajando en equipo con otras/os profesionales.
- Aceptar objetivos terapéuticos limitados (no desanimarse).
- Valorar los pequeños logros.
- Ser capaz de mantenerse optimista ante un mal pronóstico.
- Ver a la persona mayor como un individuo en desarrollo.



# Institucionalización y cuidadores - Impactos psicoafectivos

## Impactos psicoafectivos

- Obediencia absoluta a las normas de la institución.
- Ausencia de intimidad y de espacios privados: a veces no hay habitaciones individuales, no hay muebles ni objetos personales, el armario o la mesilla de noche están dispuestos según criterios estrictos y se inspeccionan periódicamente, etc.
- Falta de ritmos personales: todas las personas institucionalizadas están obligadas a vivir según los mismos horarios, definidos en función de la organización del trabajo.
- Despersonalización: incluyendo, muy a menudo, la identidad social y la apariencia (a menudo un corte de pelo, la elección de la ropa, etc.).
- Vigilancia estrecha de las relaciones exteriores: salidas prohibidas o autorizadas como recompensa, derechos de visita restringidos que dependen de la buena voluntad de las/os cuidadoras/es, etc.



# Bibliografía

Austin, M. C A. (2009). The Cultural Context of Clinical Work with Aging Caregivers. In Qualls, S. H & Zarit, S, H. (Eds.), *Aging Families and Caregiving* (pp. 45-60). Canada: Series Editor, Sara Honn Qualls.

Baltes, P. & J. Smith(2003). *New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age*. *Gerontology*, 49, 2, 123-135.

Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

Geib, L.; Neto, A.; Wainberg, R; Nunes, Magda (2003). Sono e envelhecimento. *R. Psiquiatr. RS*, 25'(3): 453-465

Hamilton, I. S. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução*. Canada: ARTMED, São Paulo.

Liu, W. & Thompson, D. G (2009). Impact of Dementia Caregiving: Risks, Strains, and Growth. In Qualls, S. H & Zarit, S, H. (Eds.), *Aging Families and Caregiving* (pp. 61-83). Canada: Series Editor, Sara Honn Qualls.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). *Linhas De Orientação Para A Prática Profissional Intervenção Psicológica Com Adultos Mais Velhos*. Disponível em: <https://www.ordemos psicologos.pt/pt/noticia/2643>

Neri, A. L. (2013). Conceitos e Teorias sobre o Envelhecimento. In Malloy-Diniz, L. Fuentes, D Consenza, R (Eds). *Neuropsicologia do Desenvolvimento. Uma abordagem Multidimensional*. Porto Alegre: Artmed.

Stephens, M. A. P & F, M. M. (2009). All in the Family: Providing Care to Chronically Ill and Disabled Older Adults In Qualls, S. H & Zarit, S, H. (Eds.), *Aging Families and Caregiving* (pp. 61-83). Canada: Series Editor, Sara Honn Qualls.

Teixeira, L. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade De Vida Em Idosos: Um Estudo Avaliativo Exploratório E Implementação-piloto de um Programa de Intervenção*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

<https://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-33-34-sinais-de-alerta-para-um-diagnostico-precoce>



¡Muchas gracias!

