

100 preguntas sobre psicología

después de los 50

En colaboración con:



Cambios de la edad	p. 52
Jubilación y familia	p. 57
Ansiedad y estrés	p. 62
Depresión	p. 66
Afrontar el duelo	p. 69
El buen y el mal trato	p. 73
Decidir por mí mismo	p. 78
Optimismo	p. 83
Cuidar de un ser querido	p. 87
Sexualidad y personas mayores	p. 92

Cambios de la edad

Texto: **Vanesa Blanco Criado, Miguel Ángel Maroto Serrano y Manuel Nevado Rey**

Fotos: **Shutterstock.**

1. ¿Cómo puedo adaptarme a los cambios de la edad?

Comenzamos a envejecer alrededor de los treinta años de vida; por eso, cifrar la edad de envejecimiento sobre los 65, como suele hacerse, es un error importante de apreciación. A medida que nos vamos haciendo mayores sufrimos cambios a nivel físico, como la presbicia, a nivel social, como la jubilación, o a nivel psicológico, como el síndrome del nido vacío. Por todo ello, para adaptarnos a los cambios propios de la edad, debemos anticiparnos a esa situación y comenzar a vivir con una mentalidad abierta que permita adaptarnos al paso del tiempo, aprendiendo a disfrutar de la nueva realidad y a recordar las épocas pasadas, en las que no éramos ni mejores ni peores,

sino simplemente diferentes. Por ello, es clave retomar aficiones abandonadas, asumir retos pendientes y vivir el aquí y el ahora, disfrutando el momento y los cambios de la edad, lo cual no tiene nada de negativo, sino que es un proceso adaptativo que nos sirve para prepararnos con vistas al futuro.

2. ¿Cómo envejeceré psicológicamente?

Psicológicamente envejecemos igual que como hemos vivido, y los rasgos psicológicos predominantes en cada uno de nosotros se suelen mantener estables a lo largo de la vida. Esto quiere decir que si alguien ha sido una persona independiente y activa durante toda su vida, de igual modo intentará



FOTO PORTADA: SHUTTERSTOCK

100 preguntas sobre psicología

seguir manteniendo este tipo de rol en su vejez. Envejecer psicológicamente supone, una vez más, adaptarse a cambios, aprender de las situaciones de ganancias y logros vitales, como pueden ser la llegada de nietos, disponer de más tiempo para poder estar con la pareja o los amigos y las nuevas líneas psicológicas que se potencian a partir de determinados retos. Por otro lado, hay que trabajar también las pérdidas y el hecho de afrontar procesos de duelo; situaciones como el nido vacío, la soledad o el fallecimiento de seres queridos. Otro de las claves para un buen envejecimiento psicológico es aprender a dejar atrás etapas, mirando al presente y preparando el futuro.

3. ¿Y cognitivamente?

En primer lugar, es preciso saber que todos los seres humanos podemos seguir aprendiendo hasta el último momento de nuestras vidas. Si analizamos personajes famosos, podemos comprobar cómo José Saramago, por ejemplo, vivió hasta el último día con una extraordinaria lucidez, mientras que otros aquejados de problemas cognitivos relacionados con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias van perdiendo día a día todas sus capacidades mentales, como por ejemplo Pasqual Maragall.

4. ¿Cuáles son los cambios más importantes?

En líneas generales, y haciendo un pequeño resumen, podríamos señalar que los cambios más importantes serían los siguientes

- Enlentecimiento en el procesamiento de la información.

- Inteligencia cristalizada; es decir, aquella que hace referencia a los conocimientos generales, experiencia vivida o capacidad lingüística permanece intacta si no existe causa orgánica que la deteriore, como por ejemplo una demencia
- Inteligencia fluida. Se ocupa de procesar la nueva información y adquirir nuevos conocimientos. Con el paso del tiempo se produce un enlentecimiento de este tipo de inteligencia, que implica concentración, rapidez, atención y pensamiento inductivo
- Memoria. La memoria inmediata se mantiene relativamente bien preservada. La memoria a largo plazo se conserva. Es la memoria reciente la que empieza a mostrar déficits, con dificultad de la persona para recordar hechos muy recientes. Estos pequeños olvidos cotidianos suelen ser el signo más característico de los cambios psíquicos en el mayor.
- Lenguaje. La capacidad de lenguaje se mantiene. La forma (sintaxis) no se altera y el proceso comunicativo se mantiene razonablemente bien, aunque puede estar enlentecido.

5. ¿Qué consejos debo seguir?

Como consejos para prevenir el envejecimiento cognitivo se recomienda una alimentación correcta, vigilar marcadores de envejecimiento y de problemas futuros, como colesterol y tensión arterial; realizar ejercicio con frecuencia, dormir bien, eliminar hábitos tóxicos, como café, tabaco y alcohol; cuidar el entorno social y disfrutar de



Cambios de la edad

>>>

momentos que aporten felicidad. Si se realiza todo esto y, además, se mantiene el cerebro en forma con ejercicios y tareas cognitivas, como puzles, crucigramas, sudokus, exposiciones, conferencias, escritos..., seguro que se mantienen las funciones intactas durante muchísimo tiempo.

6. ¿Cuáles son los estereotipos y mitos más recurrentes?

A lo largo de la historia, la vejez ha permanecido bajo una dualidad valorativa: una positiva, que considera a la persona mayor como sabia, cargada de experiencias y transmisora de valores, y otra negativa, que muestra la vejez como un estado deficitario, asociado a pérdidas significativas e irreversibles.

Respecto a estas visiones, existen numerosos estereotipos y mitos sobre la persona mayor, que pueden resumirse desde diversas perspectivas.

- El **estereotipo «cronológico»** equipara el envejecimiento con el número de años vividos. Esto provoca una discriminación por edad que limita a las personas mayores para que alcancen la felicidad y productividad total.
- El **estereotipo «biológico»**. La equiparación de persona mayor con ancianidad contribuye injustamente a concebir la vejez como una etapa vital cargada de achaques físicos, enfermedades, trastornos psicofisiológicos y, por lo tanto, necesitada de permanente asistencia médica, cuando no es cierto que esto sea así.
- El **estereotipo «psicológico»** y personal resalta en los mayores un declive de los recursos psicológicos, cognitivos, funcionales, actitudinales, etc., fomentando una visión

errónea de la vejez como etapa de escasa o nula creatividad, de deterioros en la memoria o de problemas cognitivos o sociales que dificultan la visión positiva de la vejez.

- El **estereotipo «social»** de la vejez ha incidido tradicionalmente en las connotaciones de inutilidad, aislamiento, improductividad y desvinculación de la persona mayor respecto a los intereses sociales y relacionales.
- El **estereotipo «sexual»**. Envejecer no significa perder ni la capacidad sexual ni mucho menos la de amar o de enamorarse. Recientes estudios demuestran que más del 60% de los hombres mayores de 75 años son sexualmente activos, y más del 40% de las mujeres también lo son.

7. ¿Cómo puedo mantener la ilusión de vivir?

Es importante percibir «la vejez» de forma positiva, como una fase de la vida llena de posibilidades para realizarse personal y socialmente, y sentirse receptivo a disfrutarla, sin perder la ilusión de vivir, la alegría y el optimismo, tan necesarios para alcanzar una sensación de bienestar general.

Estos son algunos aspectos para vivir satisfactoriamente «a partir de los 50»:

- ✓ **Hábitos de vida saludables** y de autocuidado (ejercicio físico, buena alimentación, higiene del sueño, etc.) para prevenir daños y proteger la salud.
- ✓ **Autonomía e independencia**. Controlar tu propia vida y conservar la capacidad de decidir y actuar libremente.
- ✓ **Confianza en uno mismo**. Desarrollar una autoestima positiva. Saber actuar, participar y asumir compromisos.

100 preguntas sobre psicología

- ✓ **Mantenerse activo.** Gestionar tu propio tiempo con actividades que sean de tu interés, de ocio y de ejercitación intelectual. Seguir aprendiendo, formarse, perfeccionarse y aplicar lo aprendido en su vida.
- ✓ **Seguridad.** Contar con los apoyos que necesites y que, además, estos puedan ser elegidos: apoyos familiares, sociales, institucionales, económicos...
- ✓ **Sentido y finalidad a su vida.** Marcarse metas y objetivos.
- ✓ **Integrarse** en redes o grupos sociales y participar activamente en ellos, fomentando el rol social. Crear nuevas relaciones interpersonales.
- ✓ **Enfrentarse a los cambios:** individuales (de imagen, de salud, de rol social, de relaciones afectivas, de ocio obligado, etc.) y del entorno (sociocultural y familiar).
- ✓ **Recurrir a los demás.** Pedir ayuda para superar problemas que puedan surgir en las esferas física, psicológica, social o económica.
- ✓ **Positivismo e ilusión:** disfrutar de proyectos propios. Conservar y disfrutar de espacios en los que canalizar el tiempo de una forma gratificante y significativa.

8. ¿Cómo me adapto al nido vacío?

El «síndrome del nido vacío» es una sensación de soledad, tristeza y pérdida que los padres o tutores pueden sentir cuando sus hijos abandonan el hogar para vivir por su cuenta o crear una nueva unidad familiar. Surgen síntomas del tipo fatiga crónica, ansiedad, miedos, desmotivación, apatía, estados depresivos, problemas sexuales y de relación con el conyugue, sentimientos de inutilidad...

Aunque es más común en las mujeres, puede ocurrir en ambos sexos y es esencial prestar atención a uno mismo para detectar estos síntomas. Si se dan de forma severa, como en el caso de las depresiones, se recomienda acudir a un profesional de la psicología.

Algunas pautas para afrontar el duelo de la marcha de los hijos del hogar y aliviar la sensación de pérdida:

- **Gestionar tu tiempo** y hacer aquellas cosas que siempre quisiste y no lograste hacer por la falta de este.
- **Mantenerte ocupado y activo.** Participar en nuevas actividades y explorar aficiones aparcadas.

>>>



Cambios de la edad



- **Asumir nuevos retos** y objetivos en el día a día y buscar cosas que motiven.
- **Compartir sentimientos** con otras personas y, si se percibe que algún síntoma se acentúa e interfiere notablemente en la vida diaria, pedir ayuda profesional.
- **Aceptar esta nueva etapa** con alegría y optimismo, disfrutando de la vida y el éxito de los hijos de una forma diferente a la de años anteriores.
- **Aceptar el nuevo rol** como padre/madre en la relación con el hijo/a.
- **Potenciar el reencuentro con la pareja.** Recientes investigaciones demuestran que las parejas mejoran su relación y su satisfacción conyugal aumenta.

9. ¿Cómo me adapto al nido lleno?

Comienzan a venir a consulta padres con mucho estrés y un discurso en común: deben seguir sosteniendo a sus hijos adultos, bien porque permanecen en el hogar, bien porque han tenido que volver afrontando alguna nueva situación.

Este es el llamado «síndrome de nido lleno», fenómeno inverso que está apareciendo en la actualidad, porque los hijos adultos no terminan de marcharse de casa y permanecen a edades avanzadas en el hogar. También pueden haberse ido y regresar por motivos económicos, situaciones de paro, divorcios, educación extendida, problemas de drogas o alcohol, transiciones temporales, etc.

Este fenómeno genera en los padres o tutores una sensación de sobrecarga y frustración ante la posibilidad de no poder hacer frente al sustento de todos, de no poder disfrutar de su ansiada jubila-

ción y de no ver recompensado todo su esfuerzo destinado a que sus hijos cumplieran el llamado «ciclo vital». Además, se producen forzosos cambios en el hogar y en sus rutinas diarias, teniendo que reajustar la economía, los espacios y los tiempos, entre otros.

10. ¿Cómo puedo superar el problema?

Hay tres ingredientes a considerar para superar el problema:

- **Tiempo.** Considerar que es una situación pasajera que tiene y debe tener retorno. Si pasado un tiempo razonable la situación continúa estancada y no se supera de manera natural, lo mejor es recurrir a la ayuda de profesionales.
- **El diálogo es clave.** Es fundamental evitar los reproches y redefinir un pacto de convivencia entre todas las partes implicadas, logrando la conciliación de intereses y el respeto a las normas establecidas.
- **Entre adultos.** Partir de la premisa de solucionar los problemas de convivencia, teniendo en cuenta que los conflictos se dan entre adultos capaces de elegir y decidir. Por su parte, los hijos deben adaptarse a la rutina del hogar familiar durante el tiempo que permanezcan en casa de sus progenitores y saber agradecer el apoyo que les brindan sus padres y hermanos.
- **Paciencia.** La adaptación llegará tarde o temprano. Hay que saber relativizar y dar la importancia real a los problemas que surjan a diario. Saber distinguir entre lo urgente y lo importante. Y, además, saber que esta situación suele y debe ser transitoria.

100 preguntas sobre psicología

Jubilación y familia

Texto: **José González Fernández e Iván Eguzquiza Solís**

11. Me jubilo. ¿Y ahora qué?

A lo largo de la vida, las etapas o ciclos vitales se abren y se cierran con el paso de los años. Durante la infancia se descubren las pequeñas cosas de la vida, se desarrolla el cerebro, se descubre el cuerpo. En la adolescencia existe una irreverencia hacia los progenitores, se descubre el primer amor con sus hormigueos y nervios; además, el cuerpo humano está en pleno rendimiento. Estudiar, hacer deporte y soñar con utopías forman parte de esta etapa, que se añora con nostalgia con el paso del tiempo. Poco a poco nos vamos adentrando en las etapas adultas, conocemos a personas nuevas, nuevos amores con los que ir compartiendo vida, se decide el plan de futuro y, sin darnos cuenta, nos vamos formando como seres humanos: trabajo, hijos, familia proyecciones futuras, responsabilidades.

Poco a poco, y durante todo este proceso, las etapas se abren y se cierran, hasta que llega esa edad en la que te comunican que no puedes seguir, que debes jubilarte; es aquí cuando la mayoría de las personas se preguntan: ¿y ahora qué? La respuesta es: ahora toca seguir viviendo, seguir manteniendo las aficiones y potenciar los hobbies, seguir disfrutando de tus seres queridos, viviendo, amando y soñando; precisamente como en la primera de todas las etapas que nos tocó vivir: la infancia, en la que no había mañana porque todo era hoy, ahora.

12. ¿Cómo relleno mi tiempo?

Conviene tomarse el proceso con calma y con cierto relax. Ponerse cómodo y pensar en todas aquellas aficiones, retos o hobbies que no pudimos hacer du-

rante nuestra vida laboral, precisamente por estar ocupados trabajando. Es necesario plantearse cuáles son los retos que nos tocan vivir y marcarse objetivos a cumplir por mes, objetivos a corto, medio o largo plazo. Viajar, dibujar, escribir, o pasar largas temporadas en otras ciudades o pueblos diferentes al de la residencia habitual pueden ser buenos motivos para ir rellenando el tiempo libre.

También es conveniente informarse de asociaciones en las se pueden realizar actividades de nuestro interés y agrado. Actualmente existen multitud de asociaciones de personas jubiladas de todo tipo, desde los típicos centros municipales de mayores hasta entidades de carácter asociativo empresarial, como SECOT o Unión Democrática de Pensionistas. Si se ha tenido una profesión liberal, los grupos de trabajo de personas jubiladas de los colegios profesionales pueden ser una buena opción en la que poder trabajar rellenando nuestro tiempo, nuestra vida, y planificando adecuadamente nuestro futuro.

13. ¿Cómo me adapto a los nuevos roles familiares?

A la hora prepararnos para la jubilación, debemos establecer un serie de objetivos, metas y prioridades, que deberán de ser consideradas antes de que finalice la actividad laboral. Estos objetivos han de plantearse a corto, medio y largo plazo. Conviene realizar una lista de cosas que deseamos hacer, como, por ejemplo, tomarnos unas merecidas vacaciones o pasar más tiempo con nuestros hijos o nietos. En la lista de objetivos intermedios podría figurar comprometernos a ayudar en proyectos

>>>

Jubilación y familia



sociales o voluntariado que estén de acuerdo con nuestra historia vital; en líneas generales, todas aquellas cosas con las que podemos disfrutar y seguir sintiéndonos útiles.

14. ¿Por qué se enfada mi pareja?

«Quizá pensaba que, al tener más tiempo para poder compartir con mi pareja, la relación iba a mejorar, pero a menudo este mayor tiempo implica que discutamos con más frecuencia. A veces estoy aburrido en casa y, cuando vuelve después de quedar con unas amigas, le pregunto qué tal le ha ido o qué ha hecho, y no entiendo por qué me da contestaciones vagas, o dice sentirse fiscalizada. Además, creo que a veces pretende que haga muchas cosas, que esté muy activo, pero no entiende que no necesito hacer cosas que no me apetecen».

Estas son percepciones muy frecuentes en las parejas de las personas que se jubilan. La situación de jubilación, a menudo, implica importantes pérdidas, de las que la persona que las sufre no suele ser consciente, pero que empeoran su estado de ánimo, de manera que puede actuar y/o sentirse más desanimada o negativa y comunicarse de una manera más brusca con su pareja, pero sin ser consciente de ello.

Por eso, aunque se perciba que es la pareja la que ha cambiado, es posible que lo único que se esté haciendo es reaccionar en proporción directa a nuestra actitud, que es la que, sin que seamos conscientes, ha cambiado, en respuesta a nuestro estado de ánimo.

15. ¿Aumenta la probabilidad de divorcio?

En los últimos años ha aumentado significativamente el número de divorcios que se producen

durante la jubilación. Algunos de los factores que pueden provocar tensiones en pareja los hemos mencionado anteriormente.

Pero también ocurre que, en ocasiones, la jubilación implica que la persona siente que ha perdido parte de su identidad, que ya no es útil para el mundo o que experimente una sensación de vacío, añadida a nuevas circunstancias que se han de afrontar, como una posible reducción de ingresos o la percepción de pérdida de estatus social o de una importante parte de las relaciones sociales que se mantenían.

Por ello, es importante que la jubilación se prepare anticipadamente, tratando de investigar nuevos intereses u ocupaciones que consigan mantener un buen estado de ánimo.

De no hacerse, es posible que dichas sensaciones de «pérdida» acaben por facilitar que comience a sentirse menos ánimo, menos ganas de estar ocupado o activo, o con una visión más negativa del mundo, de manera que situaciones menores de pareja sean evaluadas como más negativas y se tienda a discutir por cuestiones de poca importancia. Esto provoca que los enfrentamientos puedan ser cada vez más frecuentes y de mayor importancia, lo que facilita que empiece a considerarse la posibilidad de un divorcio.

16. ¿Cómo podría mejorar mi relación de pareja?

El afrontamiento de la jubilación puede afectar emocionalmente de una manera importante a la persona, así como a nuestra actitud, comunicación y percepción de nuestra relación de pareja, lo que hace que puedan aumentar las discusiones y los momentos de tensión.

Por ello, es conveniente que se afronte la jubilación de uno de los miembros como algo que deben

100 preguntas sobre psicología

afrontar los dos, como un equipo. De esta manera, los esfuerzos que una de las partes desarrolle para afrontar la nueva situación de manera conjunta se verán apreciados por la otra como una muestra de apoyo, y contribuirán a tener la sensación de «sentirse comprendido y aceptado».

De este modo podemos evitar que compartir mucho más tiempo en común pueda acabar provocando un aumento en la frecuencia y/o intensidad de las discusiones.

17. Mis nietos me ocupan casi todo el día. ¿Esto es bueno?

La realidad en España es dura para los abuelos y para los padres. Según datos del estudio titulado «Doble dependencia: abuelos que cuidan a sus nietos», uno de cada cuatro abuelos españoles cuida de sus nietos. Este dato puede parecer alto, pero, si se miran cifras en Europa, España está a la cola, dado que, en países vecinos, la media es de uno de cada tres de media. No obstante, este estudio destaca que los abuelos españoles invierten mas horas al día, mientras que los europeos lo hacen cinco horas, los españoles lo hacen de una forma más intensa, con más de siete horas al día.

Para poder analizar si el cuidado de los nietos es positivo o negativo para los abuelos, este ha de ser voluntario y no forzoso, pero lamentablemente, con el panorama existente en España, esta labor es en muchos casos obligatoria, lo que crea sentimientos contradictorios en los mismos. También suele ser una fuente de conflicto, al emitir patrones de educación diferentes entre los abuelos y los padres.

Por todo ello, y como consejo, se recomienda que, en el caso de tener que cuidar a los nietos, sean los abuelos los que marquen las reglas de la



relación, los que pongan los límites al cuidado y los horarios establecidos en el mismo, dejando claro que pueden ayudar, pero que no hay que suponer que es una obligación moral. Además, si en algún momento tienen un plan mejor, este no será cancelado por la obligación de los cuidados.

18. ¿Cuáles son los cambios y las ventajas o desventajas de la jubilación?

La jubilación, como cualquier otra etapa de la vida, tiene sus pros y sus contras; de hecho, hay autores que consideran que, tras la jubilación, al



Jubilación y familia



perder el rol de trabajador, la autoestima de la persona se puede ver reducida, pero también hay otros que afirman que la jubilación aumenta el autoconcepto y de uno mismo al encontrarse con tiempo libre y seguridad económica para afrontar la nueva etapa vital. Podría considerarse que la jubilación no solo produce cambios en la persona, sino que hay factores, como la capacidad económica, las relaciones sociales, etc., así como las expectativas de vida, percepción de la etapa de la jubilación, etc., que influyen en la percepción de la propia jubilación y en las personas que rodean al jubilado. Algunos de estos cambios son los siguientes:

- Cambios en los ingresos, disminuyendo en relación con la etapa laboral, y que exige una reestructuración de los gastos.
- Cambios en las relaciones sociales que podrían estar establecidas fundamentalmente con compañeros de trabajo.
- Cambios en el estatus social, relacionado con la asociación establecida con la vejez, los estereotipos y cargas de desvalorización social
- Aumento del tiempo libre, exigiendo una reestructuración del mismo.

19. ¿Existen factores predictores de la adaptación a la jubilación?

Existen factores y perfiles que pueden predecir de manera significativa cómo se llevará la adaptación a la jubilación. Algunos de los factores clave son los siguientes:

- **La vida de pareja:** el matrimonio puede ser positivo en el momento de la jubilación, ya que es una etapa en la que se puede disfrutar el tiempo con la pareja. Pero también se

puede vivir de manera negativa, por problemas de salud de la pareja, problemas económicos o asincronía entre los miembros de la pareja.

- **Ser cuidador de personas dependientes:** es una etapa en la que los seres queridos pueden llegar a sufrir situaciones de dependencia y toque cuidar; este es un factor importantísimo, clave y vital para tener una buena o mala adaptación a la jubilación.
- **Apoyo social:** las personas que tienen un mayor apoyo social tendrán una mejor adaptación a la jubilación.
- **Ingresos económicos:** un mejor estatus económico permite un mejor ajuste a la nueva situación.
- **Estado de salud general:** el estado de salud del jubilado depende principalmente de su estilo de vida y del cuidado de la salud antes de la jubilación.
- **Planificación:** una planificación de la jubilación permitirá un mejor ajuste a la misma.
- **Nivel educativo:** a mayor nivel educativo, mejor ajuste.

Todo esto da lugar a la posible aparición de cinco perfiles de jubilados:

- ✓ El maduro: tiene una actitud constructiva y disfruta con la experiencia de la jubilación.
- ✓ El pasivo o «casero»: disfruta de su jubilación como momento para descansar.
- ✓ El defensivo-activo o blindado: planifica un sinnúmero de actividades para no sentir la ansiedad que le provoca la inactividad laboral
- ✓ El colérico: no se adapta a la jubilación, está descontento, hostil y se siente frustrado.
- ✓ El autoagresivo o autofóbico: no se adapta y se culpa de sus frustraciones

100 preguntas sobre psicología

20. ¿El jubilado experimenta distintas fases o etapas en su jubilación?

Se podría decir que el periodo de jubilación tiene varias fases. Moragas, en 1991, estableció que la jubilación consta de dos momentos principales: el antes y el después de la jubilación. En la fase anterior al momento de la jubilación, el trabajador va tomando decisiones acerca de cómo espera que sea el proceso de su jubilación, planteándose distintas alternativas. La fase posterior sería aquella en la que la persona acepta su rol de jubilado. Investigaciones recientes establecen cinco etapas en ese antes y después de la jubilación:

- Prejubilación: cuando el trabajador imagina cómo será su vida de jubilado mientras continúa en activo.
- Jubilación: se inicia una vez se ha formalizado el retiro y puede experimentarse de tres maneras posibles: euforia y liberación asociada al abandono de las obligaciones laborales —luna de miel—, continuidad con las actividades de ocio previas a las que se les dedica más tiempo, relax y descanso asociado al abandono de las obligaciones laborales.
- Desencanto: cuando el jubilado descubre que el día a día no se corresponde con lo que había pensado o soñado.
- Reorientación: es el momento de planificar de manera más realista el periodo de jubilación, adaptándose a la nueva realidad, económica y social.
- Estabilidad: el momento en que el rol de jubilado es coherente con la persona y se crea una rutina estable y en consonancia con las actividades y emociones de la persona.



Ansiedad y estrés

>>>

Texto: **Manuel Nevado Rey y Elena de Andrés Jiménez**

21. ¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad es un conjunto de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras que da toda persona como respuesta a una situación determinada. Ante una situación tensa, desagradable o angustiante, se produce una situación de activación de todo el organismo; el corazón empieza a bombear sangre de forma más rápida, el cerebro comienza a generar pensamientos catastróficos, lo que provoca dar vueltas a los problemas sin encontrar la solución adecuada. Al mismo tiempo, quizá nos estemos moviendo de un lado para otro, sin sentido, o estemos fumando sin parar.

A todo este conjunto de respuestas se le denomina «estado de ansiedad». Normalmente la ansiedad es útil, pues gracias a ella podemos actuar y relacionarnos con el medio. Pero, cuando esta activación se prolonga en el tiempo, produciendo una sobrecarga al organismo, o cuando no es necesaria para resolver una situación, se genera entonces trastorno por ansiedad.

22. ¿Cuáles son los síntomas de la ansiedad?

Los síntomas de la ansiedad son respuestas aprendidas que el organismo piensa (cognitivo), hace (motor) o siente (fisiológico).

- **Respuestas fisiológicas.** Son aquellas sensaciones que se producen en nuestro organismo ante una situación estresante. Suelen aparecer de manera automática y producen una fuerte sensación de malestar, como taquicardias, nudo en el estómago, sudoración...
- **Respuestas cognitivas.** Son todas aquellas ideas o pensamientos que genera la situación y que se disparan en el cerebro de manera au-

tomática: «no valgo para nada», «soy un inútil», «por qué me ha pasado esto a mí»...

- **Respuestas motoras.** Son las acciones que se realizan con el fin de controlar la situación y que hacen que, aparentemente, todo vuelva a la normalidad. Sin embargo, este tipo de respuesta de ansiedad puede llegar a desarrollar problemas mayores, como, por ejemplo, fumar demasiado, comerse las uñas, beber y comer en exceso... O dar vueltas sin sentido en la cama tratando de buscar la postura adecuada.

23. ¿Qué consejos debo seguir para aliviar la ansiedad?

- ✓ Conviene comer sano, evitando las comidas que sobrecargan a nuestro organismo con pesadas digestiones u otras consecuencias negativas a corto, medio o largo plazo (obesidad, colesterol, etc.).
- ✓ No dejar pasar los problemas: afrontarlos de una manera más activa o más pasiva, pero decidiendo qué es lo mejor en cada caso.
- ✓ Tomar decisiones siguiendo un proceso lógico: planteamiento del problema, análisis de alternativas (pros y contras), elección de la menos mala. No volver atrás.
- ✓ No analizar continuamente el problema o las alternativas: esto produce ansiedad.
- ✓ Actuar con naturalidad, no evitar los problemas, no estar preocupados por lo que los otros puedan pensar de nosotros o de nuestro problema.
- ✓ Es bueno saber que los demás no perciben nuestros síntomas de ansiedad con la misma intensidad con los que nosotros los estamos experimentando.

100 preguntas sobre psicología

- ✓ Practicar la relajación con cierta asiduidad en los momentos en los que nos encontramos peor, dedicándonos algún tiempo a nosotros mismos.
- ✓ Leer algún libro bueno de autoayuda para aprender a pensar bien, eliminando algunos pensamientos erróneos, ideas irracionales, etc., que nos estresan.
- ✓ Exponerse poco a poco a las situaciones que nos producen pánico.
- ✓ Si tenemos dificultades, no sabemos poner en marcha estas actividades que nos pueden ayudar a controlar nuestro estrés, a reducir nuestra ansiedad, ponernos en manos de un buen especialista. Si seguimos sus indicaciones, nos ayudará a recuperar el bienestar y la salud.

24. Cuando estoy nervioso duermo mal. ¿Cómo puedo mejorar el sueño?

El sueño es una de las alteraciones que con mayor frecuencia se altera durante los procesos de ansiedad. A continuación se enumeran una serie de consejos para poder conciliar el sueño y disminuir la ansiedad a la hora de irse a la cama.

- Adopta un horario de sueño y evita levantarte y acostarte a una hora diferente cada día.
- Levántate todos los días a la misma hora, incluso durante el fin de semana. Esta medida permite conservar el ritmo del sueño.
- Practica alguna actividad física durante el día. Realizar alguna actividad física durante el día favorece el descanso durante la noche.
- Una siesta al inicio de la tarde. Cerrar los ojos entre 5 y 20 minutos y relajar el cuerpo permite estimular el sueño.
- Evita consumir excitantes después de las 15 horas. El café, el té, la soda y la vitamina C retardan el sueño y estimulan el insomnio.
- Evite consumir alcohol y tabaco por la noche. La nicotina retarda el sueño o lo vuelve más ligero.
- Evita consumir somníferos. Estos deben ser consumidos únicamente por recomendación del médico.
- Un plato ligero dos horas antes de acostarse. También es recomendable consumir productos lácteos por la noche.
- Prepara un ambiente adecuado para el sueño. Mantén la luz apagada.
- La cama debe ser un espacio reservado exclusivamente para el sueño.
- Trata de relajarte durante 30 minutos antes de acostarse.

25. ¿Qué pasa cuando estoy con ansiedad y le doy vueltas a los pensamientos?

Cuando estamos con ansiedad surgen en nuestra mente pensamientos y sentimientos que causan y generan malestar, que parecen difíciles de parar. A partir de los 50 años, estos síntomas cognitivos más frecuentes serían los siguientes:

- preocupación
- temor
- inseguridad
- dificultad para decidir
- miedo
- pensamientos negativos sobre uno mismo
- pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros
- temor a que se den cuenta de nuestras dificultades



Ansiedad y estrés



- temor a la pérdida del control
- dificultades para pensar, estudiar, o concentrarse, etc.

26. A veces parece que el corazón se me va a salir del pecho. ¿Esto es ansiedad?

Cuando los pensamientos comienzan a dar vueltas y vueltas en la cabeza y se tiene la sensación de no poder pararlos sucede que nuestro cerebro emite una orden prácticamente directa a nuestro sistema fisiológico; es como si tuviéramos una conexión vía ADSL que hace que nuestro corazón, nuestra respiración o nuestros músculos se vean afectados como consecuencia de la aparición de esos pensamientos y que lleva al individuo con ansiedad a manifestar síntomas como mareos, taquicardias, presión en el pecho, sequedad de boca, tensión muscular, excesiva sudoración y falta de aire, entre otros. Estos síntomas son el resultado de la activación del sistema nervioso autónomo y de la presencia de sustancias como, por ejemplo, la noradrenalina en el torrente sanguíneo cuando percibimos que estamos en peligro. El cuerpo se prepara para huir y, por ello, toma a nivel corporal esta situación de «preparación» para salir corriendo.

27. Cuando tengo ansiedad me enfado, grito o como en exceso. ¿Es normal?

Ante situaciones de estrés que acaban desarrollando reacciones de ansiedad, y como consecuencia de la sensación de malestar que acompaña a las personas cuando se enfrentan a situaciones difíciles, nuestro organismo se prepare para la huida, y esta se manifieste mediante conductas como

- Evitar situaciones temidas
- Fumar
- Comer o beber en exceso
- Intranquilidad motora (movimientos repetitivos, como tics, rascarse, tocarse, etc.)
- Ir de un lado para otro sin un propósito real
- Tartamudear
- Llorar

28. ¿Qué es el estrés?

El estrés es el proceso que nuestro organismo pone en marcha ante situaciones de/o acontecimientos percibidos como amenazantes. Estas situaciones pueden exigir a la persona un sobreesfuerzo y, por tanto, ponen en peligro su bienestar personal. El estrés no siempre tiene consecuencias negativas; en ocasiones, su presencia representa una excelente oportunidad para activar nuevos recursos personales, fortaleciendo así la autoestima e incrementando las posibilidades de éxito en ocasiones futuras. Esto dependerá de aspectos como:

- ✓ La forma de evaluar el suceso y/o las capacidades para hacerle frente.
- ✓ La manera de hacer frente a las dificultades: negar el problema, aplazarlo o poner en marcha conductas de autocontrol, por citar solo algunas, conllevan distintas consecuencias en la percepción del estrés.
- ✓ Características personales: las personas tenemos diferentes estilos de reaccionar ante las circunstancias, que demandan un esfuerzo de nuestra parte; son rasgos que, si bien no pueden considerarse como definitivos, sí es cierto que se van consolidando con la acumulación de experiencias, como, por ejemplo, la emotividad o la reactividad al estrés. La tensión o el nerviosismo son variables

100 preguntas sobre psicología

individuales tanto en su percepción como en sus consecuencias.

- ✓ **Apoyo social:** el número y la calidad de las relaciones que el individuo mantiene pueden servir como amortiguadores o amplificadores de los acontecimientos potencialmente estresantes, así como la habilidad para pedir consejo o ayuda.

29. ¿Cuáles son las señales de alarma?

Existen señales que es importante que seamos capaces de descubrir con la finalidad de detectar reacciones del estrés y, de esta manera, poder parar, pensar y actuar de la mejor manera posible, evitando que este se propague y pueda llegar a dañar nuestra salud física y psicológica. Algunas de las señales más características podrían ser las siguientes:

- El cansancio y la pérdida de energía en actividades cotidianas.
- Problemas de sueño, pudiendo llegar a dificultades para conciliar el sueño, somnolencia diurna y sueños fragmentados.
- Tendencia al aislamiento y la apatía, pocas ganas de hacer actividades, incluso aunque sean placenteras.
- Aumento en el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y/o fármacos ansiolíticos o hipnóticos.
- Problemas de memoria, atención, enlentecimiento del pensamiento o dificultad para concentrarse.
- El apetito cambiado, con un aumento o una disminución del mismo de manera significativa.
- Enfados frecuentes, incluso con personas cercanas del entorno y sin motivo aparente.

30. ¿Cómo pueden prevenirse los efectos negativos del estrés?

A lo largo del día, los seres humanos nos enfrentamos constantemente a situaciones que podemos percibir como amenazantes y a las que tocará hacer frente con diferentes estrategias, técnicas y consejos para poder prevenirlos y vivir, de este modo, con mayor serenidad. Algunas estrategias pueden ser las siguientes.

1. Busca la relajación mediante actividades para renovarte física y psicológicamente: descanso, actividades de ocio, técnicas de relajación, actividades físicas como andar o nadar.
2. Cuida tu alimentación. Mantén una dieta saludable y evita el abuso de cafeína y alcohol.
3. Distingue entre lo que «puedes hacer» y lo que «no puedes hacer»; todos tenemos límites.
4. Prioriza tus actividades para poder gestionar tu tiempo de forma más eficaz.
5. Aprende a contar lo que te pasa, a expresar tus sentimientos y emociones.
6. Aprender a decir no, ponerte límites tanto a ti mismo como a las personas que te rodean o a las diversas responsabilidades que te circundan.
7. Proponte metas realistas y realizables y objetivos a cumplir a corto y medio plazo.
8. Procura mantener un equilibrio entre las obligaciones y los placeres.
9. Si quieres realizar cambios, es mejor empezar por aquellos que sean más pequeños.
10. Recuerda que es más fácil añadir nuevas conductas que eliminar antiguas.



Depresión

>>>

31. ¿Qué es la depresión?

Podemos entender la depresión como un conjunto de síntomas (tristeza, apatía, fatiga, problemas de sueño y de apetito, falta de concentración, pensamientos negativos, etc.) que por su intensidad y duración interfieren en áreas importantes de nuestra vida cotidiana: relaciones personales, familiares, laborales, tareas domésticas, actividades de ocio, etc. La depresión no debe ser entendida como una enfermedad, sino como un estado de ánimo que emerge cuando algo nos duele emocionalmente y no disponemos de los recursos suficientes para manejar los síntomas ocasionados. Es importante evitar frases como «soy un/a depresivo/a», ya que tienen el potencial de reducir a la persona a una categoría diagnóstica. La persona no es depresión; la persona se siente deprimida o padece depresión. Con este nuevo enfoque, asumimos que la propia persona es un agente activo que puede modificar su estado de ánimo.

32. ¿Cómo puedo saber si estoy atravesando una depresión?

Para saber si te encuentras atravesando una depresión, podrías preguntarte a ti mismo o a las

Texto: **Vera Santos Martínez y Estefanía Martín Zarza**

personas cercanas a ti si han notado un cambio importante en tu estado de ánimo respecto a épocas anteriores, y si este cambio está durando en el tiempo. Es común que las personas que se encuentran deprimidas declaren: falta de motivos para levantarse por la mañana, falta de interés por hacer cosas que antes le resultaban placenteras, cansancio físico, episodios recurrentes de tristeza profunda, dificultades para dormir o sueño excesivo, falta de apetito, falta de concentración a la hora de realizar determinadas actividades y pensamientos negativos sobre la vida, el futuro y uno mismo. Si estos síntomas perduran en el tiempo y notas que interfieren en el desarrollo de tu vida cotidiana (el trabajo, las relaciones, el ocio, etc.) y sientes que no puedes manejarlos, te recomendamos que busques la ayuda profesional de un psicólogo.

33. ¿Cuántos tipos de depresión existen?

Los expertos en la materia distinguen entre distintos tipos de depresión, siendo las más prevalentes en nuestra sociedad occidental la «depresión mayor», que se caracteriza por la intensidad aguda de los síntomas anteriormente descritos, y la *distimia*, que se caracteriza no tanto por la intensidad sintomatológica como por la cronicidad de la misma.

Dejando a un lado las clasificaciones, creemos que existen tantas depresiones como personas. Desde nuestra experiencia clínica, sabemos que la depresión es bastante similar en cuanto a síntomas para un gran número de personas, pero que no es así en lo que a su origen respecta. Cada uno de nosotros tenemos una historia de vida distinta, tejida con diferentes experiencias vitales que hacen que seamos seres singulares y únicos y que,



100 preguntas sobre psicología

por tanto, podamos desarrollar formas de depresión y de afrontamiento muy diferentes. Por tanto, ver más allá de la punta del iceberg, es decir, más allá de los síntomas, supone ver y reconocer a la persona en su máxima amplitud. Consideramos, por tanto, que el acento debe radicar especialmente en la causa o las causas que han generado depresión en la persona que la padece.

34. ¿Cuáles son los factores que predisponen a la depresión?

En ciertas ocasiones, detrás de una depresión existen causas fisiológicas, como pueden ser los factores genéticos, los cambios hormonales, la influencia de algunas enfermedades médicas o el efecto secundario del consumo de determinados fármacos. Sin embargo, los predisponentes que propician con mayor frecuencia la depresión hacen referencia a experiencias vitales que han sido negativamente impactantes para la persona que las ha vivido. Si este impacto emocional no es tolerado por el cerebro y la persona no dispone de recursos personales para hacerle frente, se convierte en un obstáculo para vivir el momento presente con plenitud. El pasado hace sombra tanto al presente como a las proyecciones futuras, oscureciendo así la vida de la persona y activando la sintomatología propia de la depresión.

35. ¿Qué puedo hacer para mejorar la depresión?

En contra de lo que muchas veces escuchamos, es importante no huir de las emociones que subyacen al estado de ánimo depresivo. Estas emociones, pese a ser incómodas, difíciles y dolorosas, transmiten mensajes importantes. Son un canal de comunicación muy potente si nos detenemos a es-

cucharlas. Al parar y escuchar nuestras emociones podremos responder a preguntas como: «¿qué es lo me hace estar apático o sin ganas?», «¿por qué estoy llorando?». Esta toma de consciencia emocional nos llevará también a reestructurar y redefinir nuestros pensamientos y, por tanto, nuestras acciones.

La dimensión afectiva y social también es fundamental en situaciones de depresión. Ampliar y fortalecer la red de apoyo social es primordial para mejorar la sintomatología depresiva.

36. ¿Cuál es la relación entre depresión y soledad?

La sintomatología depresiva antes descrita genera una gran fuerza de atracción hacia uno mismo y una gran fuerza de separación con la realidad exterior. La tristeza, la apatía, la inquietud, la fatiga, entre otros síntomas, tejen una especie de cortina opaca o semiopaca que no nos permite ver ni disfrutar de lo que hay y existe fuera de nosotros mismos. Estar dentro de uno mismo de manera permanente constituye el no vivir interactuando con la realidad exterior y con los demás seres humanos. Esta realidad puede favorecer el aislamiento y, por tanto, la soledad emocional, social y afectiva. Este aislamiento puede generar de nuevo mayor depresión, creándose un círculo vicioso de depresión-soledad-depresión-soledad, con los riesgos que esto conlleva para el bienestar de las personas.

37. ¿Por qué me siento solo?

La soledad puede ser objetiva o subjetiva. Es decir, podemos sentirnos objetivamente solos porque nuestra red social es más escasa que antes. Por ejemplo, mis hijos ya no viven en casa, el vecindario donde habito es escaso en cuanto a servicios y actividades que me permitan conocer a otras



Depresión



personas, las visitas de la familia y los amigos se espacian en el tiempo y son cada vez más breves, etc. Pero también puedo tener todas estas cosas, y sentirme subjetivamente solo. Es decir que, a pesar de estar rodeado de gente, los demás «no me ven» y, por consiguiente, no me ofrecen su apoyo para satisfacer las necesidades sociales básicas que tengo como ser humano.

38. ¿Cómo puedo evitar la soledad?

La soledad en sí misma no es negativa. Estar a solas con nosotros, en soledad elegida, nos permite escucharnos y estar en intimidad con nosotros mismos, teniendo así la oportunidad de crecer y nutrirnos personalmente, algo necesario para nuestro bienestar. Sin embargo, si nos referimos a la soledad impuesta, creemos fundamental minimizarla, porque iría en detrimento de nuestras necesidades afectivas y emocionales básicas.

Algunos consejos que podemos seguir para sentirnos menos solos son: estructurar el tiempo en el día a día tanto con tareas dentro de casa como fuera, para evitar que la casa o las horas se nos caigan encima. Es especialmente importante realizar actividades fuera del hogar, como la compra diaria, los paseos y la visita a familiares o amigos, así como aprovechar actividades que organice la comunidad para ampliar la red de relaciones sociales y crear oportunidades de conocer a otras personas.

39. ¿Está relacionada la depresión y la pérdida de memoria?

La depresión conlleva síntomas físicos, cognitivos, emocionales y comportamentales que in-

terfieren en el aquí y ahora, nublando así nuestra vivencia en el momento presente. No estar presentes significa no estar en atención plena. Y no atender plenamente contribuye a que no registremos la realidad que estamos viviendo en su totalidad.

Por tanto, la depresión lleva consigo una disminución de la capacidad atencional. Esta disminución hace que retengamos menos datos de la experiencia vivida y la capacidad de memoria se vea mermada a la hora de evocar los recuerdos. Cuanta menos capacidad atencional tengamos, menos retendremos en nuestra memoria y, por tanto, este desuso puede contribuir a que haya una pérdida real de memoria.

40. ¿Qué son exactamente los pensamientos irracionales?

Los pensamientos irracionales son aquellos que sobrevienen de manera automática en nuestra cabeza y que, sin tener una base racional, los creemos como ciertos.

Algunos de los más comunes en estados depresivos son: «no valgo para nada», «seguro que no me sale bien», «le he caído mal», «siempre me pasa a mí».

Para distraernos de ellos, lo primero es hacernos conscientes de cuáles son.

Para ello, podemos preguntarnos: ¿qué he pensado que me ha llevado a sentirme mal? Una vez detectado, es preciso intentar leer el mensaje o miedo que esconde.

Una vez seamos conscientes de ello, podemos cambiar o convertir pensamientos trampa en pensamientos más reales, objetivos y constructivos para nuestro desarrollo personal.

100 preguntas sobre psicología

Afrontar el duelo

Texto: **Manuel Nevado Rey y José González Fernández**

41. ¿Qué es el duelo?

El duelo es una reacción emocional ante una pérdida. Se pueden pasar procesos de duelo por situaciones muy diversas, como rupturas sentimentales, situaciones de enfermedad o discapacidad, ciclos vitales como la jubilación y, sobre todo, los fallecimientos de seres queridos, ante los cuales todos los seres humanos están especialmente acentuados a partir de los 50. El duelo se supera con altibajos emocionales y con sentimientos contradictorios que acompañarán al doliente durante mucho tiempo. Aunque no hay recetas que permitan eliminar el dolor, sí existen recursos que ayudan a vivir el proceso conscientemente y permiten superar las distintas etapas, evitando la aparición de comportamientos patológicos.

Por lo tanto, el duelo es una sensación de pérdida sin posibilidad de reparación.

42. ¿Siempre pasamos el duelo o puede evitarse?

El duelo es un proceso normal dentro de las diversas situaciones de pérdida con las que, desde el momento de nacer y hasta que llegue nuestra propia muerte, tenemos que enfrentarnos en innumerables ocasiones. Los primeros duelos con los que nos enfrentamos en la infancia o adolescencia serán los responsables de nuestras reacciones en duelos en etapas evolutivas posteriores. Por ello, es necesario conocer estos procesos de duelo, dado que es imposible evitarlos y siempre, ante cada situación de pérdida, se nos reproduci-

rán. Cuanto más se trate de evitar las reacciones a la misma tanto mayor será la fuerza con la que vendrán los síntomas problemáticos del duelo. Por eso, es preciso aprender a pasarlo y vivirlo de la mejor manera posible siempre acorde a nuestro sistema de creencias y valores.

43. ¿Cuáles son las reacciones más habituales en los procesos de duelo?

Los procesos de duelo conllevan en el doliente reacciones muy diversas que afectan a todas las áreas del ser humano, tales como los aspectos cognitivos, la valoración espiritual, el sistema de creencias, cambios afectivos, psicológicos y familiares. Entre ellos, pueden destacarse los siguientes:

- Alteraciones del sueño. Dificultad para conciliar el sueño, ensoñaciones o sensaciones de presencia suelen ser repuestas comunes de nuestro inconsciente como una forma de evitar la realidad de la pérdida.
- Sentimientos de culpa, que conlleva la impotencia frustración y autorresponsabilidad excesiva relacionadas con la pérdida del ser querido, y el revivir situaciones y escenarios con finales diferentes al ocurrido.
- Sentimientos contradictorios. En muchos duelos anticipados, como en los de enfermedades degenerativas, es usual que aparezcan de manera simultánea sensaciones de alivio y de culpa.



Afrontar el duelo



- Idealización del difunto. Imposibilidad de recordar los aspectos negativos de la relación.
- Miedo al futuro, sensación de vacío. Dificultad para proyectarse en el futuro sin el vínculo de referencia.
- Sensación de falta de comprensión y ayuda.
- Sentimientos de ira y celos. El choque entre la realidad y la negación de esa realidad provocan reacciones de ira y de celos hacia los miembros de su familia y el entorno más cercano.

44. ¿Hay diferencias entre el duelo normal y el patológico?

Duelo normal puede ser considerado como aquellas reacciones que el cuerpo y la mente humana necesitan para adaptarse a una situación de pérdida, y cuyas reacciones pueden llegar a ser muy variadas y similares a las comentadas en el punto anterior y que permanecen durante un periodo de tiempo. ¿Cuál es ese periodo? Aproximadamente entre 6 y 18 meses, aunque, como consideran algunos autores, es complicado pasar un duelo en menos de un año, dado que siempre tiene que haber una primera vez, una primera cita en la que la persona perdida no estará.

El duelo patológico se produce cuando la persona se ve superada por la pérdida, llevando consigo una ruptura de su equilibrio físico y psíquico y prolongándose este duelo de manera indeterminada, extendiéndose durante años, en los que hace falta apoyo psicológico para poder salir y reestructurar de nuevo la vida.

Algunas de las señales de alerta que pueden indicar que el duelo está convirtiéndose en patológico son las siguientes:

1. El dolor intenso se prolonga sobremanera.
2. Sentimientos desproporcionados de culpa.

3. Idealización de la persona fallecida.
4. Estar absorto en los recuerdos.
5. Desconexión de la realidad.

45. ¿Qué es el duelo anticipado?

En el duelo anticipado la familia percibe la pérdida como inevitable antes de que esta suceda. Esto da lugar a que, cuando la pérdida se produce, las reacciones ante el proceso de duelo sean menos intensas, pues con anterioridad a la pérdida esta era percibida como inevitable. El duelo anticipado suele darse en familiares que cuidan de personas con enfermedades neurodegenerativas, como el Alzheimer, ELA, Parkinson, o en afectados de cáncer. En todos ellos, y a medida que la enfermedad se va incrementando, se produce en la familia un acercamiento al final, un acercamiento a la inevitabilidad de la muerte. En estos momentos es importante solucionar los asuntos pendientes a nivel emocional, que casi siempre tienen que ver con dos verbos: decir y hacer. Cosas que realicé y de las que me arrepiento, cosas que no realicé y que me quedaron pendientes, cosas que dije y palabras que me quedan por decir.

46. ¿Cuáles son las fases del proceso de duelo?

El proceso de duelo es circular y, a lo largo de la vida, son innumerables las situaciones a través de las cuales vamos atravesando procesos de duelo. La psicóloga Kübler-Ross divide la elaboración del duelo en cinco fases:

- **Negación.** Surge como una respuesta inconsciente del ser humano, a modo de mecanismo de defensa, que impide la toma de conciencia de la pérdida. Durante esta fase, el doliente no toma conciencia de las consecuencias de

100 preguntas sobre psicología

la pérdida. Esto le lleva a procesos psicológicos como ensoñaciones, sensaciones de presencia o a revivir a la persona perdida mediante objetos y recuerdos.

- **Ira.** El enfado aparece por la sensación de vacío. La sensación de falta de apoyo y soledad genera rabia o ira hacia uno mismo, hacia los otros o hacia nuestras propias creencias. Una de las preguntas más habituales en esta fase es: «¿Por qué a mí?»
- **Culpa.** La culpa es la etapa más complicada, sobre todo cuando se producen pérdidas a las cuales no encontramos ni justificación ni razón. Puede prolongarse durante mucho tiempo y es muy importante trabajarla con algún profesional de la salud mental.
- **Tristeza-Depresión.** Aparece meses después de la pérdida. Cuando el doliente comienza a tomar conciencia de la misma, intenta recordar su vida anterior, para lo cual utiliza fotos, recuerdos u objetos que le faciliten sensaciones de nostalgia que, poco a poco, comienza a perder. Esta etapa, a pesar de ser dura, abre la puerta a la aceptación, siendo la pregunta más frecuente: «¿Y ahora qué hago yo?»
- **Aceptación:** Es la última etapa del proceso. Llega el momento de aceptar la muerte o pérdida y de tratar de rehacer la vida. En esta etapa comienza a trabajarse con despedidas simbólicas de la persona querida y perdida, resignándose a esa pérdida y asumiendo que no queda otra que seguir hacia adelante.

47. ¿Cuáles son los factores de riesgo?

Existen ciertos factores de riesgo a la hora de valorar qué personas y ante qué situaciones es más

probable que se pueda llegar a desarrollar duelos patológicos como consecuencia de las pérdidas. Algunas de ellas serían las siguientes:

- **Edad de la persona fallecida.** Es un factor muy importante que podemos ver en aquellos padres que deben enterrar a sus hijos. El estrés provocado por la situación genera complicaciones incluso en la propia vida de la pareja, ocasionando divorcios y fuertes sentimientos de rabia y culpabilidad.
- **Tipo de muerte.** Muertes súbitas o inesperadas generan reacciones más intensas en los procesos de duelos que aquellas muertes que pueden ser consideradas como previsibles (enfermedades o vejez), en las cuales se produciría el anteriormente citado duelo anticipado.
- **Variables psicosociales.** Aspectos como la situación económica, hijos pequeños o la edad avanzada con dificultades en el reinicio vital asociado a pérdidas múltiples hacen que estas variables generen un importante riesgo.
- **Inestabilidad emocional previa del paciente.** Personas con antecedentes ansioso depresivos o problemas de personalidad, como la dependencia emocional, corren un mayor riesgo de derrumbarse emocionalmente y de sufrir un duelo patológico en el caso del fallecimiento de una persona próxima.

48. ¿Qué consejos pueden seguirse para superar el duelo?

Algunos consejos para mejorar las reacciones al duelo pueden ser las siguientes:

- ✓ Dejar tiempo para poder reconocer la pérdida, dejando sentir el dolor en el interior de uno mismo.



Afrontar el duelo



- ✓ Poder tener un espacio para la expresión de emociones, un lugar íntimo y personal.
- ✓ No hay dos personas que vivan el duelo de la misma manera, ni con la misma intensidad; por ello, es necesario respetar el ritmo de cada persona, evitando las prisas y el consejo rápido y fácil.
- ✓ Evitar caer en hábitos nocivos, como el alcohol o la medicación ansiolítica; en el caso de necesitar medicación, que sea siempre bajo prescripción médica.
- ✓ Dejarse ayudar por los seres queridos y no quedarse en el círculo vicioso de la soledad y la melancolía considerando que, con ello, honramos la memoria de la persona que ya no está entre nosotros.
- ✓ Tras el fallecimiento surgen dudas, los denominados asuntos pendientes: «qué es lo que me gustaría haberle dicho», «qué es lo que me hubiera gustado hacer»; por eso, es preciso aprender a solucionar simbólicamente la despedida con el difunto, para lo cual podremos disponer de elementos como la elaboración de cartas o el manejo del recuerdo a través de las fotografías.

49. ¿Qué ejercicios prácticos existen para poder superar el duelo?

Hay algunos consejos sencillos que pueden ser útiles para superar los problemas asociados a una situación de duelo y que versan sobre el manejo de símbolos:

- Si cuesta dormir bien en el dormitorio donde se dormía con el fallecido, cambiar los muebles de sitio.
- Ir deshaciéndose poco a poco de los objetos y de la ropa del ser querido.

- Crear un álbum de las fotos más significativas de su vida con el difunto.
- Escribir listas de los mejores y peores momentos vividos con el ser querido.
- Escribir una carta de despedida en la que se mezclen sentimientos de amor, o de reproche, en la que se evite la idealización y se entremezclen sentimientos.
- Si hay miedo a habituarse al nuevo ambiente sin el ser querido, plantear pequeñas metas, como por ejemplo: «Hoy me quedo una mañana, mañana me quedo una tarde, pasado me quedo una tarde y la próxima semana, el día entero».
- Imaginarse por un momento que se tiene al fallecido delante sin decir nada; es él quien habla. Pensar entonces que le diría sobre su situación actual y cómo le gustaría que siguiera su camino en el tren de la vida.

50. ¿Cómo puedo superar los asuntos pendientes?

Los asuntos pendientes se superan trabajando desde la introspección y el trabajo personal, pensando en la relación con la persona querida y perdida y manejando las emociones asociadas a la pérdida. En este punto conviene hacer el siguiente ejercicio: cierra los ojos y piensa en todas aquellas cosas que te han quedado pendientes por hacer o decir con la persona querida y perdida. A continuación, escríbelas y cuéntalas detalladamente: cosas que hice, cosas que no hice, cosas que dije, cosas que no dije.

Al finalizar la escritura, ponte delante de una silla vacía que simboliza la ausencia del ser querido y háblale, cuéntale lo que acabas de escribir. Esto ayudará simbólicamente a ir trabajando el duelo asociado a la situación de pérdida.

100 preguntas sobre psicología

El buen y el mal trato

Texto: **Javier López Martínez, Gema Pérez Rojo y Alexandra Chulian**

51. ¿Qué es el mal trato?

Existe mucha confusión respecto a este fenómeno debido a diferentes causas. Entre ellas, la terminología empleada. Al no existir un término consensuado, se generan circunstancias como que ante un mismo caso, por ejemplo, se llegue a conclusiones diferentes. La definición más aceptada fue elaborada por la asociación Action on Elder Abuse en 1995 y, finalmente, fue ratificada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2002 en la Declaración de Toronto. Esta definición señala que los malos tratos hacia las personas mayores son «un acto único o repetido o la falta de una acción apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza, que causa daño o angustia a una persona mayor. Puede ser de varias formas: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar negligencia intencional o por omisión».

Podrían definirse tres aspectos a tener en cuenta a la hora de hablar de maltrato.

- En primer lugar, la edad. Hablamos de malos tratos a personas mayores cuando el inicio de la situación ha empezado a los 65 años o más (edad a partir de la cual se considera a alguien mayor).
- En segundo lugar, los malos tratos pueden ser intencionales (en cuyo caso, la vía de intervención sería del tipo legal) y no intencionales (intervenciones en primer lugar de psicoeducación). En el caso de los mayores, la mayoría de las situaciones son de tipo no intencionado.

- En tercer lugar, es importante tener en cuenta que esta situación puede tener lugar en diferentes ámbitos: familia, comunidad, instituciones. Aunque hay estudios que señalan que es más frecuente en el ámbito familiar, lo cierto es que se ha estudiado poco o muy poco; en España, en concreto, nada los malos tratos a mayores en instituciones.

52. ¿Qué es el buen trato?

El buen trato es un derecho fundamental que tenemos todos los seres humanos, por lo que hablar de buen trato hacia las personas mayores es reconocer el derecho a que los mayores sean tratados en el respeto y la dignidad, otorgándoles el mismo valor que al resto de los ciudadanos.



>>>

El buen y el mal trato



Tratar con respeto a las personas mayores es reconocer sus capacidades físicas (para seguir realizando actividades de todo tipo: deportivas, lúdicas...), psíquicas (para seguir aprendiendo, comunicarse con otras generaciones, tomar decisiones y resolver conflictos...) y emocionales (de amar, de sentir); aceptar que forman parte de una misma sociedad cambiante a la que se adaptan continuamente, y admitir que cada uno de ellos son únicos, resultado de una larga vida llena de experiencias positivas y negativas que han forjado su identidad.

53. ¿Qué tipos de maltrato hay?

En todas las clasificaciones revisadas nos encontramos con maltrato físico, psicológico, sexual, económico y negligencia. Esto puede ser debido, por ejemplo, a que algunas categorías, las más conocidas, son extrapoladas de otros contextos en los que tiene lugar la violencia. Respecto al abuso sexual, conviene señalar que, a pesar de ser un tipo que aparece en todas las clasificaciones cuan-

do se pregunta a grupos de edad jóvenes, por lo general no suele aparecer. Parece que se piensa que se abusa de alguien a quien se considera atractivo o deseable, y como la vejez es vista como algo feo y nada deseable, no se asocia el abuso sexual con los mayores. Pero también es cierto que se abusa de la gente vulnerable, y es aquí donde los mayores pueden estar incluidos. Otro tipo que no se ha mencionado, pero que también aparece con mucha frecuencia en la literatura, es la autonegligencia. Bajo este término se incluiría a aquellas personas que no se cuidan por sí mismas. Esto significaría que si detectamos que alguien mayor no se cuida bien (alimentación, toma de medicación, etc.), podríamos intervenir. No obstante, con este término hay que tener cierta precaución, ya que en otras edades esto no se aplica de la misma manera. Realmente, cuando se profundiza mucho más en el término, se incluye a personas con trastorno mental, bien sea Diógenes o demencias, y, ciertamente, en estos casos, no es que la persona no se cuide, sino que hay un trastorno que no le permite cuidarse.

Por otro lado, la violación de derechos no aparece en todas las clasificaciones. Aunque bien es cierto que actualmente se está trabajando bastante en el ámbito de los derechos de las personas mayores, en especial en el de la formación, no sucede así en el de la investigación, ya que en los estudios sobre prevalencia de los malos tratos no se incluye la violación de derechos. Está muy relacionado con el maltrato psicológico y consiste en privar de derechos básicos a una persona mayor a la que legalmente le corresponden, como dignidad, intimidad, opción religiosa, capacidad para toma de decisiones, etc. Esta violación de derechos viene derivada, por un lado, de algunos estereotipos negativos relacionados con el envejecimiento y,



100 preguntas sobre psicología

por otro, de la poca valoración que se le da a las personas mayores, de manera que, cuando uno llega a mayor, parece que pasa de ser ciudadano de primera a ciudadano de segunda y a formar parte de la población pasiva.

54. ¿Cómo se puede prevenir el maltrato?

El maltrato debe ser prevenido desde muchos ámbitos: político, social, institucional..., pero también en el familiar y personal.

Para prevenir el maltrato es importante partir del conocimiento y la formación. Aprender a reconocer cuál debe ser el trato adecuado que debe recibir una persona mayor, transmitir esta información a todas las generaciones (sobre todo a los más pequeños, que son el germen de nuestra sociedad) y respetar los derechos fundamentales de cada uno de los miembros de la sociedad, sin que importe su edad, sexo, raza o religión, son los pilares fundamentales de la prevención.

Cuando los malos tratos ya han aparecido, conocer cómo son y dónde se producen, así como cuáles son las medidas que puede tomar una persona cuando es víctima o testigo de esos malos tratos, puede ayudar a que estos no se agraven o endurezcan.

55. ¿Cuál es el perfil del maltratador de mayores?

En primer lugar, es más adecuado hablar de «responsable» de los malos tratos, en lugar de «maltratador», ya que, como se ha indicado anteriormente, los malos tratos pueden ser producidos sin intencionalidad, y es más adecuado evitar las etiquetas que puedan estigmatizar a la persona que ejerce los cuidados.

Por otro lado, podríamos hablar de factores que pueden aumentar el riesgo de que una persona sea la responsable de los malos tratos: ser hombre (responsable de malos tratos físicos) o mujer (negligencia); hija/o o pareja de la víctima; con escasa preparación para cuidar y no comprender la enfermedad (no mantener expectativas reales respecto a la persona mayor); cuidador único, inmaduro o aislado; con posibles trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, demencia) que pueden dificultar las interacciones interpersonales; el abuso de sustancias y/o drogas; presentar sentimientos negativos, como ira, hostilidad o resentimiento; percibir el cuidado como una carga o tener alto nivel de estrés; y una historia previa de violencia en el ambiente familiar.

56. ¿Es lo mismo maltrato que negligencia?

Como se ha comentado al principio, se considera maltrato si implica acción, mientras que se considera negligencia si implica omisión. Esta omisión puede ser intencional (activa) o no intencional (pasiva), en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor (higiene personal, por ejemplo) o en impedirle estar con la gente con la que quiere estar, darle «trato de silencio» (no hablarle). Puede ser física, psicológica, económica, etc. En el ámbito residencial, podría ser el resultado del fallo o no cumplimiento por parte de un empleado o del sistema, como, por ejemplo, insuficiente número de trabajadores, falta de motivación, etc. Entre los indicadores de este tipo de malos tratos se puede hablar de úlceras por presión, suciedad, olor a orina o heces, vestido inadecuado, malnutrición, deshidratación, aislar a la persona mayor, excluirle de sus actividades.



El buen y el mal trato

>>>

57. ¿Cómo se puede fomentar el buen trato al mayor?

Se puede trabajar desde la base de principios en referencia al buen trato que se debe dispensar a las personas mayores.

- a) **Respetar derechos y deberes.** En todos los ámbitos, sin discriminación por razón de edad, de enfermedad, defendiendo y siendo conscientes de sus derechos y deberes.
- b) **Derecho a decidir.** Toda persona mayor tiene el derecho a decidir en todos los ámbitos de su vida, desde el económico hasta el de su propia salud, puede pedir asesoramiento o consejo a familiares cercanos, pero finalmente él decide.
- c) **Conectado al mundo.** A través de las relaciones sociales, de su opinión como ciudadano o a través de las redes sociales. Debe evitar aislarse, ya que todos los humanos somos seres sociales.
- d) **Cuidando de su salud.** Su salud es importante y él es el responsable de la misma. Si lo necesita, debe pedir ayuda y acudir a los especialistas cuando lo necesite y, por encima de todo, pensar que si está bien, el resto de las personas que lo rodean estarán mejor.
- e) **Defender una vida mejor para él.** Recientemente hemos podido observar a través de los medios de comunicación el papel de los «yayoflautas» en la reivindicación de las mejoras sociales. El movimiento de mayores no hay quien lo pare, y en ellos está luchar por la mejora de sus condiciones

58. ¿Cómo debe ser el buen trato en la familia?

Todos nosotros, a lo largo de nuestra vida, con mayor o menor intensidad, somos en algún momento

cuidadores de nuestros familiares, así como personas que son cuidadas por su familia. Cuidar de nuestros familiares cuando lo necesitan y ser cuidados por ellos es, por tanto, un elemento común a todo tipo de personas y familias. Sin embargo, cuando los cuidados son demasiado largos, frecuentes o intensos, puede que el desempeño de este rol no resulte nada sencillo, se sufra sobrecarga emocional y física, y esto repercuta en el cuidado del familiar mayor.

Para cuidar bien, conviene que el cuidador se encuentre suficientemente tranquilo, tome decisiones ponderadas, sea flexible en la búsqueda de soluciones a unos problemas siempre cambiantes en el mayor, busque ayuda cuando lo necesita de otros familiares o de profesionales, reconozca sus límites, acepte las cosas que no puede cambiar, se comprometa con aquellas otras que pueden ser cambiadas... y busque el sentido de cuidar a un ser querido mayor dependiente en sus valores y metas personales.

59. ¿Y en las residencias de mayores?

De entre los principios que se han planteado como ejes que deben regir el buen trato y, por consiguiente, la asistencia de calidad en los centros residenciales, conviene resaltar el principio de integralidad que considera a la persona mayor que vive en la residencia desde un enfoque global, como un ser con diferentes dimensiones (biológica, psicológica, social y espiritual), en las que puede presentar diferentes necesidades, cuya satisfacción ha de ser facilitada por los distintos profesionales que trabajan en los centros residenciales.

La integralidad también establece que una buena atención a las personas mayores institucionaliza-

100 preguntas sobre psicología

das ha de incluir necesariamente, tanto en la planificación como en el desarrollo de la vida dentro de la residencia, a los diversos agentes que tienen un papel importante en la misma; concretamente, la propia persona mayor, los distintos profesionales del centro, la familia y los agentes sociales del contexto comunitario en el que se encuentra la residencia..., personalizando siempre y buscando la participación y autonomía de los mayores que viven en las residencias.

60. ¿Y conmigo mismo?

La persona mayor que se trata bien a sí misma de manera suficiente posee en mayor o menor grado las siguientes cuatro características (las «aes» del buen trato):

a) **Aprecio** genuino de sí mismo como persona, independientemente de lo que pueda hacer

o poseer, de lo que hiciese o poseyese en el pasado, de manera que se considera igual, aunque diferente, a cualquier otro.

b) **Aceptación** tolerante y esperanzada de sus limitaciones, debilidades errores y fracasos, pues nadie es perfecto, comprometiéndose con aquellas cosas que puede cambiar en la medida de lo posible.

c) **Apertura** a los demás. No se queda encerrado en sí mismo, sino que disfruta de todo lo que le pueden ofrecer quienes lo rodean, especialmente todos aquellos que son significativos para él,

d) **Atención** y cuidado fraternal de sus necesidades reales (no de las innecesarias). Quien se trata bien en la vejez se cuida a sí mismo esforzándose por tener un envejecimiento activo, exitoso y saludable.



Decidir por mí mismo

>>>

61. ¿Hasta cuándo tengo derecho a decidir?

Todos tenemos derecho a decidir sobre nuestras vidas. Nacemos con una serie de derechos fundamentales (dignidad, intimidad, elección, etc.), que no desaparecen por el mero hecho de hacernos mayores. No obstante, en ocasiones, la edad es considerada como el elemento único y fundamental que delimita esa capacidad. Algunos piensan que, cuando nos hacemos mayores, dejamos de saber bien qué es lo que más nos conviene y se ven en la obligación de tener que tomar esas decisiones por nosotros. Ante esa situación hay que sacar los valores, nuestras creencias y



Texto: **Javier López Martínez y Gema Pérez Rojo**

defender nuestro derecho a decidir, aunque las respuestas que emitamos no gusten a las personas que nos rodean, aunque estos nos quieran y, en cierto modo, lo único que puedan pretender es protegernos. Recuerda que tienes derecho a decidir y a equivocarte.

62. En caso de padecer demencia, ¿podría seguir decidiendo?

En el caso concreto de las personas mayores, la toma de decisiones puede verse, en ocasiones, limitada por la presencia de enfermedades, como el deterioro cognitivo, que pueden afectarla negativamente. Ante estas situaciones, es fundamental que los profesionales correspondientes evalúen pormenorizadamente hasta qué punto esa enfermedad está limitando su capacidad de toma de decisiones, para establecer cuáles puede seguir tomando por sí mismo y cuáles debe delegar en otros. Si se considera que la persona mayor tiene capacidad de toma de decisiones, podrá ejercer plenamente ese derecho.

En caso de presencia de deterioro cognitivo y/o físico, lo más adecuado es que las decisiones siempre sean tomadas en consenso con la propia persona mayor (o en función de sus deseos) y el resto de personas implicadas, con el objetivo de asegurar el bienestar de todas las partes.

También, y para poder prevenir nuestro futuro, en el caso de que una enfermedad como el Alzheimer arrebatase nuestros recuerdos y nuestro juicio, podemos realizar un testamento vital o voluntades anticipadas en el que dejar por escrito cómo queremos que nos cuiden si perdemos las facultades mentales.

100 preguntas sobre psicología

63. ¿Tengo derecho a decidir sobre mi salud?

Las personas mayores también tienen derecho a decidir sobre el cuidado de su salud en lo que respecta a medicación, tratamientos, estilo de vida, etc. Tienen derecho a recibir información directamente sobre su estado de salud, y con ello se evitaría el fenómeno de la ocultación de la información, que es frecuente en personas mayores. Por ejemplo, si se detecta un problema de salud en una persona mayor, un profesional puede actuar de diferentes formas. Por un lado, puede informar directamente a la persona mayor (lo que es correcto) para que esta tome la decisión. Por otro, puede dar la información a la familia y no a la persona mayor, siendo la familia la que toma la decisión final. Esto se debe a que algunos profesionales son paternalistas con las personas mayores y consideran que no podrán hacer frente a la situación, que hay que protegerlos. En algunos casos, es el profesional el que directamente toma la decisión, y esta podría ser no hacer nada, porque crea que el tratamiento no va a tener ningún efecto, por el simple hecho de que la persona es mayor. A esto se le conoce como «nihilismo terapéutico».

Es fundamental que seamos conscientes de que las personas mayores tienen derecho a decidir si quieren un tratamiento o no, qué tipo de tratamiento prefieren (en función de sus características y necesidades), si se toman una medicación o no. Y, al igual que el resto de los adultos, para tomar una decisión que afecte a su salud deben disponer de toda la información al respecto, con el fin de poder así valorar las consecuencias que pueden derivar de sus decisiones y ser conscientes de ellas.

64. Me gusta cuidar a mis nietos, pero apenas puedo salir. ¿Qué hago?

El cuidado de los nietos implica una serie de consecuencias que pueden ser positivas (recompensas) o negativas (costes). Entre las consecuencias negativas asociadas al cuidado de los nietos, aparece confusión o solapamiento de los roles desempeñados, estrés, afectación negativa de la salud física y mental, alteración de sus rutinas o planes, cansancio físico y psicológico o emocional, sobrecarga, disminución del tiempo para el desarrollo personal, disminución de la privacidad e intimidad, disminución del tiempo dedicado a otras cosas o personas, pérdida de capacidad económica, empeoramiento de las relaciones con los propios nietos, depresión, ansiedad, hostilidad, somatización, baja autoestima, aislamiento, diabetes, hipertensión, insomnio, riesgo de enfermedad coronaria, bajo bienestar, poca satisfacción con el rol de abuelo, e incluso pueden aparecer situaciones de malos tratos hacia las personas mayores.

Asimismo, la situación del cuidado de los nietos es tan heterogénea, que no se puede hablar de abuelos de una manera general, sino que se deben tener en cuenta ciertas diferencias. Por una parte, hay abuelos que proporcionan cuidado regular a sus nietos, ya sea formal o informalmente, y también hay abuelos que no proporcionan cuidados a sus nietos. Por otra parte, también se debe tener en cuenta la intensidad del cuidado, puesto que no es lo mismo tener que cuidar a los nietos de una manera esporádica (como opción voluntaria y actividad de ocio y disfrute), que pasar de «poder disfrutar de los nietos» a contraer la obligación de cuidar de los mismos, desempeñando tareas,



Decidir por mí mismo



en la mayor parte de las ocasiones, propias de los padres. Esto sucede debido a que, a veces, los abuelos se ven obligados a tener que cuidar de sus nietos por la situación de sus hijos (sin que tengan mucha capacidad de decisión), como si se tratase de una «responsabilidad laboral», razón por la cual algunos pueden percibirlo como una carga.

Esta carga puede estar relacionada con diferentes aspectos, como, por ejemplo, con el hecho de sentirse esclavos de esta tarea, al percibir que es algo obligado e impuesto, o autoimpuesto. Esto les impide desarrollar otras tareas o actividades, incluso aunque lo asuman como algo natural, que «les toca» y que quieren hacer. Así, existe un síndrome, denominado «síndrome de la abuela esclava», que afecta a mujeres sometidas a sobrecarga física y emocional y que provoca síntomas físicos (hipertensión, sofoco, cansancio, etc.) y emocionales (ansiedad, tristeza, sentimientos de culpa, etc.). Se habla de abuela y no de abuelo, puesto que son ellas las que cuidan con mayor frecuencia e intensidad. Estas mujeres, que cuidan a nietos o a familiares sistemáticamente, tienen una sobrecarga de responsabilidades y deberes, pero no de derechos y actividades.

Además, este sentimiento de sentirse esclavos puede derivarse de determinados pensamientos. Muchas veces, las personas mayores piensan que algunos hijos se aprovechan, son egoístas, poco agradecidos, se sacrifican menos de lo que ellos se sacrificaron por sus hijos o que quieren vivir más cómodamente alcanzando un nivel de vida lo más alto posible «a costa» de los abuelos, de su ayuda incondicional. No obstante, y a pesar de estas sensaciones, lo cierto es que a los abuelos les cuesta mucho poner límites a las demandas de cuidado, porque piensan que los hijos pueden enfadarse (y,

por ejemplo, «castigarlos» con no dejarles más a los nietos).

65. ¿Qué hago si me dan la razón como a los tontos?

Existen estereotipos negativos hacia las personas mayores, responsables, por ejemplo, de la creencia mantenida por algunas personas de que «las personas mayores son como los niños», lo que deriva en situaciones de infantilismo. Este infantilismo se encuentra encuadrado dentro de la categoría de «malos tratos psicológicos». Algunas personas piensan que los mayores son como niños, y como tal les tratan: regañándoles, llevándoles de la mano, utilizando un lenguaje infantilizador con diminutivos incluso en sus nombres, de manera que Don Carlos de repente se convierte en Carlitos, o utilizando la primera persona del plural, el «nos» para todo, o hablando de nuestros mayores, lo que denota un paternalismo, no dejándoles que tomen sus propias decisiones, etc. Ante esta situación, las personas mayores deben hacer valer su derecho a expresar sus opiniones y tomar sus decisiones, independientemente de lo que piensen los demás. Además, exigir ser tratado con el mismo respeto que cualquier otra persona y como adulto, nunca como un niño.

66. ¿Cómo puedo poner límites a las decisiones de mis hijos?

Cuando alguien se hace mayor y, sobre todo, en casos de mayores viudos/as, los hijos, en muchos casos con la idea de proteger a sus padres, empiezan a tomar decisiones en su nombre y por su bien. A esto se le denomina «sobreprotección», y da lugar a consecuencias negativas para la persona mayor.

100 preguntas sobre psicología

Little (1988) sugirió un modelo que explica muy bien este fenómeno. En primer lugar, cuando los hijos tienen expectativas negativas sobre la capacidad de la persona mayor para, en este caso, decidir por sí mismo, aparecen las conductas de sobreprotección (tomar las decisiones por ellos). Y esa sobreprotección limita la oportunidad de la persona mayor a practicar esa capacidad. Esto conduce, inevitablemente, a una reducción real de esa capacidad y a un aumento de la dependencia, apareciendo el fenómeno de «autoprofecía cumplida».

Esto también explicaría el fenómeno del exceso de incapacidad que tiene lugar cuando la persona es dependiente, pero no existe una causa biológica o psicológica que la explique, sino que se debe exclusivamente a la falta de práctica de capacidades. Esto provoca un aumento de la dependencia. Si es bien conocido lo costosa que es la dependencia a todos los niveles, el esfuerzo debería ir dirigido a fomentar la autonomía.

67. ¿Qué puedo hacer para seguir siendo el dueño de mi vida?

Las personas mayores deben ser conscientes de que son importantes, de que son los protagonistas de sus vidas, y además:

- ser conscientes del valor que tienen como personas y que el hecho de envejecer no influye negativamente sobre ese valor, además de defender que ese valor sea reconocido
- seguir tomando sus propias decisiones; ellos tienen la última palabra, aunque, si quieren, puedan pedir consejo y/u opinión a otros
- participar en actividades sociales, comunitarias, etc., no aislarse, relacionarse con los demás y mantenerse activos

- no aceptar la imagen negativa que la sociedad transmite de las personas mayores
- expresar sus opiniones, transmitir su experiencia a los demás
- mantener la ilusión y el interés por cosas nuevas; nunca es tarde para aprender
- exigir recibir un buen trato.

68. ¿Por qué es bueno ser responsable de mis actos?

Las personas mayores tienen el derecho a elegir cómo quieren vivir, aunque en ocasiones se les impide hacerlo. Así, por ejemplo, con cierta frecuen-



Decidir por mí mismo



cia se les excluye de las conversaciones, se tienen que ajustar a los horarios y prioridades de los demás, se les trata de forma impersonal o, peor aún, se les trata como a niños.

Los mayores son autónomos, aunque a veces son dependientes. Lo opuesto a autonomía no es dependencia (necesitar de otros), sino «heteronomía» (que los otros decidan por uno). Conviene que los mayores decidan por sí mismos, promuevan su autonomía y se responsabilicen de sus decisiones y actos basados tanto en sus valores como en sus creencias personales.

No obstante, el principio de autonomía de toda persona tiene que compatibilizarse con el de beneficencia (buscar hacer el bien a las personas, procurándoles el mayor beneficio posible y limitando los riesgos) y el de justicia (no discriminar a ninguna persona y distribuir los recursos y de forma equitativa, protegiendo a los más necesitados).

69. ¿Tengo derecho a volver a enamorarme a pesar de haberme quedado viudo/a?

Enamorarse es buscar en el otro la razón de nuestra alegría. No es solo decir «te quiero», sino compartir felicidad y amor con aquellos que queremos. Obviamente, todos tenemos derecho a dar amor, pero, en el caso de las personas mayores viudas, en ocasiones este derecho se ve desautorizado por ellos mismos o por quienes los rodean.

Las personas viudas, para no reprocharse el haberse enamorado, tienen que aprender a recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo. Hay que encontrar un lugar apropiado en la vida emocional para el ser querido que ha fallecido que deje espacio para los demás. No se trata de olvidar,

sino que el recuerdo del ser fallecido no le impida sentirse cómodo y volver a vivir su vida. Existen otras personas a las que amar, lo que no significa que se quiera menos a quien ya no está en este mundo físicamente.

Quienes rodean a la persona viuda también deben recolocar su imagen del familiar mayor, su concepto de él o ella, vencer sus miedos ante lo desconocido de una nueva pareja de su familiar...

70. ¿Cómo y dónde puedo dejar elaboradas mis últimas voluntades?

Cada vez que se hace un testamento ante un funcionario público (generalmente un notario), estos comunican al Registro General de Actos de Última Voluntad que tal persona ha hecho testamento. No envían el testamento original, que queda en la notaría, sino que solo comunican los datos esenciales: notario ante quien se hizo, fecha, nombre del testador, etc. Si esa misma persona vuelve a hacer testamento, de nuevo volverán a comunicarse los datos.

El certificado de últimas voluntades es, por tanto, el documento que acredita si una persona fallecida había hecho testamento y ante qué notario lo había hecho, para que sirva a los interesados en distintos asuntos: pensiones, derechos sucesorios, indemnizaciones... Para solicitarlo, se cumplimenta un impreso de Últimas Voluntades, que se puede adquirir en los estancos, con los datos que figuran en la partida de defunción. Cuando se adquiere el impreso, se adjuntan dos sobres: uno con la dirección del registro y otro más pequeño, que necesita sello, para que el interesado escriba sus señas, con el fin de poder remitir el certificado a su domicilio.

100 preguntas sobre psicología

Optimismo

Texto: **Juan Gonzalo Castilla Rilo y Juan Cruz González**

71. ¿Qué es el optimismo?

El Optimismo Emocionalmente Inteligente es la expectativa de que van a ocurrir cosas positivas, en conexión emocional con la realidad y con sus aspectos más favorables para conseguir un objetivo alcanzable desde los propios recursos que las personas tenemos. Como actitud personal y positiva frente la vida, nos permite madurar, adaptarnos, cambiar o transformar las situaciones adversas en productivas y positivas, y la clave está en cómo focalizamos nuestra atención: si focalizas en lo que te falta, en lo que tienen los demás, eso producirá malestar; si focalizas en lo que tienes y en lo que los demás te pueden aportar, eso te producirá bienestar... Ese cambio de enfoque y de actitud producirá cambios creativos, retos, oportunidades para el desarrollo personal y social desde el bien común.

72. ¿Cómo puedo saber si soy optimista?

Al actuar con tendencia a:

- Responder a los diferentes aspectos de la vida de manera flexible, realista y positiva.
- Ser sujeto activo y protagonista de la propia vida con esperanza en el futuro y en la capacidad para salir adelante.
- Aceptar y afrontar los retos y cambios con interdependencia de las circunstancias externas.
- Afrontar las situaciones adversas para convertirlas en oportunidades, gestionando las emociones, recuperando la actitud positiva y tomando riendas y decisiones con serenidad e ilusión.

73. ¿Por qué es bueno ser optimista?

Porque ejercita nuestras capacidades emocionales y cerebrales. Para aprender a convertir lo adverso, los problemas, en oportunidades desde lo más favorable.

Porque ayuda a reaccionar, a cambiar la mirada y la forma de hacer las cosas para afrontar cualquier situación. Incluso poder imaginar y crear otras formas diferentes de actuar y ponerlas en práctica. Como es una actitud positiva ante la vida, nos ayuda a entendernos mejor a nosotros y a la vida, para disfrutarla siendo más protagonistas y dar respuesta a situaciones de crisis. Cuando observas que puedes transformar lo negativo en positivo y, gracias a lo que pierdes, puedes ganar y hacer ganar a los demás, ya hay más que pérdida o ganancia y se convierte en un proceso cíclico. En este sentido, el optimismo nos ayuda a pensar de manera unitaria y aceptar los cambios vitales.

74. ¿Cómo puedo ser más feliz?

El concepto felicidad realista incluye alegría y actitudes/emociones no tan supuestamente positivas (compromiso, lucha, reto, incluso dolor, obstáculos). No siempre es el logro, o la satisfacción de los deseos, lo que produce los sentimientos positivos más profundos; está más en:

1. Vivir los pequeños momentos y disfrutarlos con intensidad.
2. Ponerse retos que ilusionen con salud psicológica.

>>>

Optimismo



3. Relativizar los problemas y mirar hacia los aspectos más favorables con amplia sonrisa.
4. Empatizar con los demás, amar, aceptarse y aceptar, perdonarse y perdonar.
5. Realizar actividades, mostrar interés por cuidarse físicamente, seguir aprendiendo, relacionarse y crear cambios positivos.
6. Conectar desde la naturaleza con nuestra esencia sagrada y fortaleza en unión y solidaridad con lo que nos rodea.

Desde la «psicología positiva» se nos dan unas indicaciones prácticas para poder ser un poco más felices y al alcance de nuestra mano y de nuestra actitud.

- a) Expresar gratitud a los demás y ser agradecido con la vida y el entorno.
- b) Cultivar el optimismo y ver el lado positivo de las situaciones que te pasan.
- c) Evitar pensar demasiado y compararnos socialmente con los demás o con lo que fuimos.
- d) Cuidar las relaciones sociales y las amistades.
- e) Desarrollar estrategias para afrontar las dificultades y hacer cosas nuevas.
- f) Aprender a perdonar y/o perdonar más frecuentemente.
- g) Improvisar más en nuestro día a día.
- h) Saborear las alegrías de la vida; hay muchas a nuestro alrededor.
- i) Fijarse metas alcanzables y comprometerse con nuestros objetivos.
- j) Practicar la religión y/o la espiritualidad.
- k) Descansar bien y ejercitar nuestro cuerpo y tener una postura corporal recta y erguida.
- l) Tener una visión interior personal positiva.

Y sin olvidar lo que Oscar Wilde planteaba: «La vida es demasiado importante para tomársela en serio»...

75. ¿Es cierto que ser optimista favorece la salud?

Existe evidencia científica de que una persona que afronta la vida con optimismo tiene mejoras en la salud.

- Tiende a cuidarse más, a sí mismo y al entorno, y parece ser que esa actitud mejora el corazón y lo previene de infartos y problemas asociados, y hace que también mejore su colesterol y los triglicéridos.
- Diversos estudios nos muestran que las personas optimistas manejan mejor las situaciones de estrés y se recuperan antes de ellas.
- Los optimistas tienen mejores niveles inmunológicos y, frente a las enfermedades como paciente o cuidador, asume mejor las fases psicológicas de adaptación, el compromiso terapéutico, la búsqueda activa de recursos o tratamientos de soporte, genera esperanza realista para afrontar con mejor predisposición los procesos de la enfermedad.
- Al parecer, diversos estudios demuestran que una de las características de las personas centenarias es que han sido personas optimistas y que, a esas edades, lo siguen siendo.

La persona que vive y contagia optimismo tiene más oportunidades para moverse y crear entornos personales y sociales más alegres y saludables.

76. ¿Cuáles son los efectos beneficioso que tiene el humor sobre mi salud?

El humor y la risa tienen una gran cantidad de beneficios, porque, al reírnos, movilizamos una gran cantidad de músculos de nuestro cuerpo (más de

100 preguntas sobre psicología

400) y libera varias sustancias químicas que mejoran nuestra calidad de vida y nuestra longevidad, tales como:

- a) La dopamina, que eleva nuestro estado de ánimo.
- b) La endorfina, que produce un efecto analgésico que permite calmar los dolores.
- c) La adrenalina, que nos permite estar más activos y despiertos, lo que hace que nuestra creatividad mejore.

Fortalece el corazón, ya que acelera el ritmo cardíaco; alivia las digestiones, porque agita el hígado y órganos digestivos; mejora nuestra respiración por el efecto de la ventilación respiratoria, e incrementa el sistema inmunológico, alejando las enfermedades comunes, como alergias, resfriados y/o gripes.

Pero, al margen de esos efectos físicos, las personas que mejoran su humor o aprenden técnicas para reírse más incrementan su autoestima, aumentan sus ganas de comunicarse más y con más personas. Y es que el humor incrementa el optimista y aleja la tristeza, porque está demostrado biológicamente que no podemos estar tristes y alegres a la vez.

77. ¿Qué es la inteligencia emocional?

La inteligencia emocional se puede definir como la capacidad que tienen las personas para manejar, entender, seleccionar y gestionar sus emociones y las de los demás con eficacia y generando resultados positivos para uno mismo y para su entorno.

Se podría dividir en dos esferas de conocimiento:

- a) Inteligencia intrapersonal: centrar toda la gestión y el conocimiento que tenemos de

nuestras emociones y no dejarnos arrastrar por ellas, es decir, saber elegir o escoger las mejores opciones para solucionar un problema.

Por ejemplo, no es lo mismo saber y entender que una situación te enfada en vez de que te produce miedo; eso permite afrontarla de una manera diferente.

- b) Inteligencia interpersonal: centrar todo el conocimiento y la gestión emocional de los otros y nuestras emociones en las relaciones sociales con los demás.

Por ejemplo, entender que una persona se enfada contigo porque está en una situación personal o profesional delicada hace que muestres empatía hacia esa otra persona y, por tanto, que te afecte menos y manejes mejor la situación

78. ¿Puedo entrenarme para ser feliz?

Claro que es posible, ya que la felicidad no debe ser una meta, sino un estado mental y una actitud ante la vida, y, ante eso, desde la psicología, cualquiera de nosotros puede trabajar y mejorar, sea cual sea la situación en la que se encuentra.

- a) Incorporar la gratitud en nuestro día a día: cuantas más veces y con más personas tanto mejor, hasta que logremos convertirlo en un hábito.
- b) Sonreír más frecuentemente: es fundamental sonreírnos a nosotros mismos y también a nuestro entorno, a los demás.
- c) Recordar las cosas buenas del día y dejarlas anotadas; al menos tres situaciones agradables al día.
- d) Ser amable con nuestro entorno y con las personas que nos rodean.



Optimismo

>>>

79. ¿Qué es la resiliencia?

Es aquella capacidad que tienen las personas para sobreponerse ante las adversidades de la vida y, además, sacar experiencias positivas, crecer y superar esa situación. Es un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva, aun en contextos de gran adversidad.

En las situaciones sociales que vivimos en nuestro país actualmente, y las situaciones personales que nos pasan en nuestro día a día, una persona resiliente afronta de forma más constructiva las situaciones cotidianas desagradables o dificultosas

Las personas más resilientes se benefician de que:

- Tienen una mejor autoimagen
- Se critican menos a sí mismas
- Son más optimistas
- Afrontan los retos de forma eficaz y eficiente
- Son y están más sanas físicamente
- Tienen más éxito en el trabajo o en los estudios
- Están más satisfechas de sus relaciones sociales y personales
- Están menos predispuestas a la tristeza y alejan la depresión

80. ¿Cómo puedo potenciar mi autoestima?

La mayoría de las personas, en algún momento de nuestra vida, hemos afrontado situaciones que han hecho que nuestra autoestima esté más baja de lo normal, o que seamos personas con la autoestima baja, posiblemente porque, en lugar de vivir, disfrutar o afrontar el presente, nuestra mente más anclada en situaciones del pasado que ya no podemos cambiar, o en el futuro, en posibles situaciones que no sabemos si nos van a ocurrir o no. Algunas recomendaciones para que respetemos nuestra autoestima son:

- a) Respetarnos y querernos: es importante tener en armonía nuestras creencias y valores y ser coherente con lo que pensamos, decimos y hacemos, porque será una forma de respeto hacia nosotros y hacia los demás, y de amor hacia nosotros mismos.
- b) Conocernos más y mejor: conocer nuestros defectos y nuestras virtudes nos permitirá apoyarnos en los últimos para poder limar los primeros y trabajar en el crecimiento constante.
- c) Aceptarnos sin compararnos: somos personas únicas e irrepetibles, y es importante sentirnos así; lo importante es intentar tener la mejor versión de nosotros mismos en las diferentes situaciones, así como mejorar y crecer desde nosotros mismos.
- d) Re-enfoque de las situaciones: ante situaciones negativas por las que pasamos durante nuestra vida, debemos intentar dar un giro y «verlas con otros ojos», desde un aspecto lo más optimista y sano posible, y con la certeza casi plena de que se pueden superar.
- e) Marcarse metas alcanzables y comprometerse con los objetivos marcados: la rutina puede llevarnos a la pereza y a la desidia; por eso, lo ideal es proponernos metas con nosotros mismos y comprometernos con ellas, pero metas alcanzables y realistas.
- f) Valoración: cuando uno valora lo que es, lo que tiene, lo que ha conseguido (y no solamente lo material, sino las experiencias, vivencias, sensaciones...), hace que su percepción de sí mismo crezca, porque, si miramos lo conseguido, valoraremos también cómo somos.

100 preguntas sobre psicología

Cuidar de un ser querido

Texto: **Manuel Nevado Rey y Elena de Andrés Jiménez**

81. ¿Qué es el síndrome del cuidador?

Se denomina «síndrome del cuidador» a las reacciones y fases por las que atraviesan personas que cuidan de familiares en situación de dependencia, como sucede en la enfermedad de Alzheimer, que es muy larga. El cuidador se ve sometido a mucha presión y a un fuerte abandono personal, que se divide en las siguientes etapas:

- Fase de estrés laboral. El cuidador vive sin tiempo, por y para el enfermo, tratando de demostrarse a sí mismo que puede con todo. Desarrolla un cansancio físico que equivale a un descenso en la calidad de cuidado. En esta etapa, a veces, desdena las ofertas de ayuda de otros familiares porque considera que no la necesita.
- Fase de estrés afectivo. Las primeras consecuencias del cuidado continuado comienzan a hacerse patente en esta etapa. Viene derivada de la sensación de carencia de afecto, de incompreensión y de falta de apoyo de las personas que lo rodean.
- Fase de inadecuación personal. El cuidador comienza a sentir las consecuencias psicológicas y físicas de un tipo de actuación desmedida y sin ayuda: está constantemente fatigado, puede aparecer insomnio, cefaleas tensionales, crisis de ansiedad y trastornos del estado de ánimo.
- Fase de vacío personal. Esta fase aparecerá en aquellos familiares ante la carencia física

del enfermo, bien cuando este haya fallecido, bien cuando haya ingresado en una residencia. A partir de este momento, el individuo tiene que volver a aprender a vivir, rellenando todo el espacio de vida que antes era ocupado por el enfermo.

82. ¿Cuáles son los motivos que me llevan a cuidar a una familiar?

«Es mi obligación», «es mi madre», «ella hubiera hecho lo mismo por mí», «porque la quiero»..., son algunas de las frases más características enunciadas por cuidadores de personas en situación de dependencia. ¿Por qué cuidas de tu familiar?

Es una pregunta muy importante que debemos hacernos, teniendo en cuenta que todos los motivos son válidos y que no podemos engañarnos a nosotros mismos.

>>>



Cuidar de un ser querido



Algunos de estos motivos serían los siguientes:

1. **Motivación altruista.** Afecta a aquellas personas que deciden cuidar de su familiar por amor y por cariño; son personas que han tenido buenas relaciones previas con la persona afectada por esta patología.
2. **Por reciprocidad.** Son aquellos cuidadores que deciden cuidar al enfermo porque tienen la plena certeza de que hubieran sido cuidados por ellos en caso contrario.
3. **Por gratitud.** Existe un agradecimiento vital, dado que ha existido una relación previa muy buena y notan que deben agradecerse y, ahora que están enfermos, es el momento de hacerlo.
4. **Por sentimiento de culpa.** Sentimientos muy contradictorios los vividos por las personas que cuidan al enfermo con sensación de culpa, debido a que en el pasado se comportó de manera inadecuada con el enfermo.
5. **Para evitar la censura.** Manteniendo la deseabilidad social por parte de otros miembros de la familia o por la comunidad que los rodea. De esta manera obtienen un importante refuerzo social.
6. **Por obligación.** Moral, económica o porque no queda más remedio; en estos casos, suele haber habido una mala relación previa que ahora crea un conflicto interno importante sobre si tengo o no que cuidarlo.

83. ¿Cuáles son las áreas de sobrecarga?

La sobrecarga en los cuidadores es uno de los aspectos más importantes a la hora de intentar prevenir posibles alteraciones de su estado de ánimo. A veces, se van sobrecargando sin darse cuenta, a medida que va asumiendo más responsabilidades

de cuidado y menos responsabilidades personales. Algunas áreas de sobrecarga serían las siguientes:

Dependencia afectiva. Sentimientos y pensamientos como «nadie puede cuidarlo como yo», «depende de mí para todo»..., sumergen al cuidador en un círculo vicioso, del que le resulta muy difícil salir.

Aislamiento social. Los contactos sociales disminuyen desde que comienzan los cuidados. La persona dependiente se niega a salir, como consecuencia de su situación de dependencia y, poco a poco, el cuidador se encierra con él, dejando a un lado amistades, aficiones e incluso su propia vida laboral, que se van quedando a un lado, aumentando los sentimientos de soledad, abandono y falta de ayuda, comenzando así a generar la definida como «tercera área de sobrecarga», las discusiones familiares.

Problemas familiares. Como consecuencia del cuidado, los problemas familiares aumentan, sobre todo a medida que la enfermedad sigue su paso lento hacia fases más avanzadas. Es entonces cuando la falta de ayuda es más percibida, entre otros aspectos porque, con el desarrollo de la enfermedad, surge la «cuarta área de sobrecarga», las alteraciones de conducta con su consecuente descenso de descanso y autocuidado.

84. ¿Cuál es el cuidador mas común? ¿Existe algún perfil?

Por lo general, según datos del IMSERSO, de los miembros de una familia solo uno se encarga de los cuidados del enfermo.

Este perfil no ha variado mucho en los últimos años y, por lo tanto, el perfil típico es el siguiente: hija, de edad entre 45 y 55 años, casada, con hijos

100 preguntas sobre psicología

y trabajando fuera del domicilio familiar. No tendría ninguna formación específica en el cuidado de personas mayores dependientes, no tendría algún tipo de remuneración y poseería una jornada de trabajo sin límites establecidos.

85. ¿Qué repercusiones tiene cuidar sin medida?

Estos límites son difíciles de delimitar. En un estudio realizado sobre cuidadores en el Reino Unido, en 1998, se llegó a la conclusión de que aproximadamente un 80% de los participantes pensaba antes en el enfermo que en sí mismo; un 60 % afirmaba que no sabía cómo relacionarse con él, y un 52% se sentía culpable por tomarse tiempo libre y dejar en manos de otro el cuidado del enfermo.

El hecho de cuidar va a tener sobre el familiar cuidador una serie de repercusiones físicas y psicológicas, tales como:

1. Alteración de las relaciones familiares: sobre todo cuando es una sola persona la encargada del cuidado del enfermo y el resto de la familia se desentiende. Esto conlleva continuas sensaciones contradictorias, sobre todo cuando previamente existían buenas relaciones.
2. Cambio de roles: difícil de asumir que tu esposo, padre, madre... no puede ejercer el rol desarrollado a lo largo de su trayectoria vital y que, a partir de ahora, le toca al cuidador realizarlo.
3. Disminución del rendimiento laboral. Son muchas las cuidadoras hijas que dejan de trabajar para poder hacerse cargo del cuidado del enfermo. Pero todavía son más las que deben reducir jornada laboral o renunciar a responsabilidades mayores o a nuevos retos laborales por tener que cuidar de una persona en situación de discapacidad.

4. Disminución de la capacidad económica. El cuidar de un enfermo de Alzheimer supone una sobrecarga económica que no todas las familias pueden asumir: medicación, alimentos complementarios, ayuda a domicilio, centros de día, residencias... Según fuentes de la Conferencia Europea sobre Alzheimer y Salud Pública, el enfermo medio viene a suponer a las familias una media de 565 € mensuales de costes directos de la enfermedad y otros 2500 € más de costes indirectos.
5. Alteraciones físicas y psicológicas: ansiedad, depresión, estrés...

86. ¿Cómo puedo mejorar mi salud psicológica?

Aquí tienes un breve decálogo de trabajo:

- Descansa cada día lo suficiente. Si eres una persona enferma, las cosas se pondrán peor.
- Evita el alcohol para animarte, el tabaco y los psicofármacos para tranquilizarte o relajarte; esto solo hará que la situación empeore
- Haz todo lo que puedas para conservar tu propia salud. Ve al médico periódicamente, consúltale lo que te duele, lo que sientes, etc., y explícale tu situación personal.
- No te aísles. A pesar de todo, continúa quedando con los buenos amigos que te quedan, acude a reuniones sociales
- Procura mantener alguna de las actividades que siempre te han divertido: ir al cine, pasear, tocar el piano, pintar, hacer punto, hacer crucigramas.
- La risa, el amor y la alegría son fundamentales para tu bienestar y para tu vida con el enfermo.
- Si tienes la suerte de sentirte bien «en medio del temporal», no te avergüences de ello.

>>>

Cuidar de un ser querido

>>>

- Procura buscar personas, cosas, situaciones y actividades que te satisfagan.
- Procúrate un tiempo semanal para ti. Busca a un familiar, asistente, etc., que cuide del enfermo unas horas a la semana para que puedas salir y relajarte.

87. ¿A qué sentimientos suele enfrentarse el que cuida a un ser querido?

Se debe aprender a manejar los sentimientos y emociones, contar con ellos y aprender a gestionarlos. Los sentimientos deben considerarse como parte de la riqueza de uno mismo, no como perturbadores, implacables y desesperantes. El cuidador principal, a menudo, está abrumado y de poco le valen los consejos de otros familiares. Las reacciones emocionales, los sentimientos en los que puede caer como consecuencia de convivir, atender y querer a su familiar enfermo, son variados

- Tristeza. A pesar de lo doloroso de la situación, el cuidador no debe abandonarse a la tristeza. La melancolía le empañará la vida y no le permitirá disfrutar de otros momentos felices. La tristeza es lógica, pero no puede vivirse como un sentimiento único o prioritario.
- Preocupación. El cuidador debe procurar serenarse. Es inevitable estar preocupado, pero hay que vivir el presente, sin dejarse enmarañar por un futuro incierto; no hay que dejar de vivir el presente por pensar en el futuro.
- Soledad. Evitar aislarse con el enfermo y no reducir los hobbies en exceso. Es lógico y normal la reducción del tiempo de ocio, pero sería conveniente evitar la pérdida total de todas ellas. Para ello, es recomendable intentar gestionar una agenda propia de eventos y

actividades a realizar a lo largo de la semana, planificando las mismas con antelación.

- Irritabilidad. Utilizar técnicas de relajación, aprendiendo a respirar, a contar hasta diez antes de tener una respuesta de ira que no conducirá a ninguna parte y que solo servirá para aumentar el malestar general del cuidador y su sensación de falta de control sobre la situación.
- Depresión. Se puede acudir a un profesional, principalmente psicólogo, para manejar los sentimientos asociados a la depresión de la mejor manera posible, bien sea mediante programas individuales de tratamiento, bien con programas grupales o grupos de ayuda mutua.

88. ¿Qué hago si me siento culpable?

Abordar la culpa es complicado, dada la percepción de irreversibilidad del tema, el hecho de expresarse tanto de manera directa como indirecta, la dificultad que suele darse para que se manifieste de forma espontánea, su carácter no racional, su aparente aleatoriedad y su gran intensidad invalidante. El primer paso que hay que dar es desbloquear la culpa original deslindando responsabilidades, si es que las hay de parte de la persona, dividir las cargas y ventilar la sensación de culpa. Es decir, trabajar el fenómeno de la culpa implica el autoperdón, con independencia de lo subjetiva que pueda ser la culpa original. El proceso que se sigue para sanar la culpabilidad es: expresar la cólera (ansiedad, dolor, sensación de impotencia...), objetivar la relación que tiene con la herida, trabajar la sensación (drenarla, airearla), descubrir el mensaje (¿qué se aprende de sí mismo, de la propia limitación?), aceptar la contradicción de la condición humana, cambiar la gramática —con-

100 preguntas sobre psicología

fesar la culpa— y, finalmente, abrirse al amor de alguien. Todo proceso de culpa debe evolucionar a reparar, a volver a estar centrado en el vivir aquí y ahora en lugar de permanecer en el pasado, a hacer una acción creadora que repare en todo o en parte, por corrección o por prevención, el daño causado

89. ¿Cómo puedo manejar la culpa?

Aceptarlo como algo normal y comprensible. Aceptar no es ser un masoquista, sino estar abierto por completo y sin defensas a la experiencia; no es que uno disfrute o quiera que le ocurran experiencias dolorosas o condiciones negativas en su entorno.

Buscar razones para estos sentimientos, pudiendo buscar ayuda en otras personas, tratando siempre de ser objetivos, de pensar objetivamente.

Evaluar la importancia de lo sucedido. Algunas buenas preguntas a utilizar en esta evaluación son: ¿Otra persona consideraría esta situación menos seria (importante) de lo que yo lo hago? ¿Por qué? ¿Conocía con anterioridad las consecuencias de mi acción? ¿Qué importancia tendrá esta situación dentro de un mes? ¿De un año? ¿De cinco años?

Sopesar la propia responsabilidad. Una buena manera de hacerlo es hacer una lista de todas las personas y de todos los aspectos de la situación que contribuyeron a que ocurriese el suceso. Luego, que cada cuidador adjudique un tanto por ciento de la responsabilidad a cada uno de los elementos de su lista, poniendo al final su propio tanto por ciento de responsabilidad para que no se asigne demasiada.

Admitir nuestras limitaciones. Conviene que, entre los pensamientos de los cuidadores, se llegue a la conclusión de que NADIE ES PERFECTO, que ser una buena persona no significa que nunca

haga las cosas mal, que puede intentar perdonarse a sí mismo y tratar de enmendar sus acciones en la medida de lo posible.

90. ¿Cuáles son los derechos del cuidador?

- a) Cuidar de él mismo, dedicando tiempo y haciendo actividades solo para él sin sentimientos de culpa, de miedo y sin autocrítica.
- b) Experimentar sentimientos negativos (tristeza, rabia o enfado) por ver al enfermo o estar perdiendo a un ser querido.
- c) Resolver por él mismo aquello que sea capaz y preguntar y pedir ayuda a otras personas para aquello que no comprende, reconociendo los límites de su propia resistencia y fuerza.
- d) Ser tratado con respeto por aquellos a quienes pide consejo y ayuda.
- e) Cometer errores y ser disculpado por ello.
- f) Quererse y admitir que hace lo humanamente posible.
- g) Recibir consideración, afecto, perdón y aceptación por lo que hace por la persona querida a la que cuida.
- h) Aprender y disponer del tiempo necesario para aprenderlo.
- i) Admitir y expresar sentimientos, tanto positivos como negativos.
- j) Decir «no» ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas.
- k) Rechazar cualquier intento de la persona cuidada de manipularlo y hacerle sentir culpable.
- l) Mantener facetas de su propia vida que no incluyan a la persona a la que cuida, justo como lo haría si esa persona estuviera sana. Seguir desarrollando su propia vida y disfrutando de ella. A ser él mismo...



Sexualidad y personas mayores

>>>

91. ¿En qué cambia la sexualidad en una persona mayor?

No debe considerarse la sexualidad como una función puramente biológica, sino que en ella participan también, y a veces de una manera especial en las personas mayores, las esferas psicológica y social. Actualmente se acepta que los contactos sexuales se modifican cualitativamente con la edad, dejando de ser el coito el objeto y el fin de la aproximación sexual, y realizándose otros aspectos, como lo sensual, lo erótico, lo afectivo o las actividades

Texto: **Manuel Nevado Rey y Vera Santos Martínez**

genitales no coitales (caricias, masturbaciones, etc.), buscando más la comunicación humana que el puro placer. Por ello, habría que aceptar como normales en las personas mayores ciertos cambios en el patrón sexual estándar, tales como una reducción en el número de coitos y un aumento proporcional de otras actividades sexuales, como los tocamientos, las caricias, los ratos de intimidad emocional, las relaciones de compañía o las masturbaciones.

Un logro importante sería educar a las personas mayores sobre las modificaciones que van a experimentar en su organismo, en concreto a nivel ge-



100 preguntas sobre psicología

nital y sexual, explicándoles que la función sexual puede mantenerse, aunque de una forma diferente a la actividad sexual previa. Esta información del anciano permitiría adaptarse a su nuevo comportamiento sexual, evitándose así ciertas decepciones y situaciones de ansiedad ante las siguientes relaciones sexuales, que lo único que pueden llegar a provocar es el cese de la actividad sexual de una forma innecesaria.

Es muy importante destacar el cambio de paradigma que debe existir en la sexualidad de las personas mayores, donde la penetración pierde importancia, mientras las caricias, la ternura, los besos y el erotismo pueden potenciarse. En las personas mayores existe una mayor experiencia sexual y un mayor entendimiento en la interacción con la pareja, con una mayor ternura y sabiduría, se agudiza el criterio de la realidad, se toma mayor conciencia de lo que se puede y no puede hacerse con el sexo.

92. ¿Es importante la comunicación en el sexo?

La comunicación en el sexo es uno de los aspectos clave para conseguir la máxima satisfacción. Para ello, es imprescindible potenciar el diálogo y el mutuo interés en las necesidades de la pareja. Por lo tanto, es uno de los elementos más importantes para lograr la plenitud sexual. La mayoría de los problemas de compatibilidad sexual surgen de la carencia de comunicación, de las necesidades y gustos en el momento de compartir la intimidad.

Muchas parejas viven juntos durante décadas sin detenerse nunca a dialogar sobre la vida sexual. Les parece incluso vergonzoso interesarse por las necesidades del otro en ese campo.

Por lo tanto, la información sobre qué tipo de caricias o besos estimulan más a la pareja, que posi-

ción les causa mayor placer o la forma de estimular zonas erógenas se pierden como consecuencia de la falta de comunicación

A las dificultades naturales para el diálogo, debe agregarse una escasa, nula o deficiente educación sexual. También hay que destacar que la comunicación humana tiene un fuerte componente no verbal: la vista en el ser humano, después de adoptar la posición bípeda, es la primera forma de acercamiento. Esto, aplicado a la sexualidad, nos hace tomar conciencia de la importancia que tiene en el cortejo humano las miradas, el vestir, las poses, los miniespectáculos de desnudo, todo aquello que se hace para ser visto y atraer a la otra persona; y no estamos hablando de espectáculos públicos, sino en la intimidad del hogar.

93. ¿Qué debo saber sobre el sexo a medida que voy envejeciendo?

En el ser humano, la sexualidad se adquiere durante la adolescencia, suele marcar su madurez y se va modificando con el paso de los años, aunque, al igual que ocurre con otras funciones de nuestro organismo, esta función no se va a mantener constante a lo largo de la vida, sin que debamos pensar que necesariamente desaparece con el envejecimiento.

Lo que ocurre es que la sociedad ha aceptado desde siempre que el envejecimiento lleva asociado un marcado declinar de la sexualidad e incluso su desaparición. Por ello, es bastante habitual la creencia de que los hombres y las mujeres no tengan necesidades y relaciones sexuales cuando llegan a la vejez. Desgraciadamente, la cultura desempeña un papel importante en este sentido, debido a los estereotipos que se mantienen en tor-



Sexualidad y personas mayores

>>>

no al envejecimiento. Junto con esta falsa creencia, tradicionalmente ha existido un escaso interés por este tema, añadiéndose numerosos prejuicios derivados de aspectos culturales, sociales, religiosos, espirituales, etc., en función de los cuales se le ha dado una escasa importancia a la sexualidad, asignándole además una escasa influencia sobre la «calidad de vida» del mayor, lo que ha contribuido a que el conocimiento en este área del comportamiento humano haya sido muy escaso y limitado.

En muchas ocasiones, la posibilidad de que las personas mayores puedan tener manifestaciones sexuales de cualquier tipo puede ser sistemáticamente negada, rechazada o ignorada en la mayoría de los ámbitos de la sociedad, tanto general como

científica. Desgraciadamente, este hecho cultural y social, sumado al escaso conocimiento que tienen las personas mayores sobre los cambios que experimenta su organismo con el envejecimiento, ha contribuido de una manera rotunda a generalizar una forma de pensar equivocada, que hace sinónimos envejecimiento y pérdida de actividad sexual. El resultado final es que la gran mayoría de la sociedad e incluso, lo que es todavía peor, una gran parte de los profesionales sanitarios piensan que la persona mayor es un ser asexual por definición. Pero, actualmente, tratar de negar la existencia de la sexualidad en los ancianos sería incorrecto, ya que la sexualidad es una constante vital que se va desarrollando a lo largo de nuestras vidas y nos acompaña hasta la muerte. Por lo tanto, plantear que la sexualidad desaparece con los años no se fundamenta, ya que nadie, desde el punto de vista científico, podría decir a qué edad desaparece la actividad sexual, bien como pensamiento o deseo sexual (libido), bien como actividad física (coito, tocamientos, besos, caricias, etc.).

94. ¿Qué factores influyen en la sexualidad del mayor?

En el mantenimiento de la sexualidad de las personas mayores influyen diversos factores orgánicos y psicosociales.

Es indudable que, con el envejecimiento fisiológico, van a ocurrir una serie de cambios, tanto anatómicos como funcionales, que pueden modificar la actividad sexual de los ancianos e incluso limitarla o interferir con ella. Estos cambios afectan tanto al estado de los aparatos y sistemas más generales (sistema nervioso, cardiovascular, locomotor, etc.), como a los más específicos (aparato genital, aparato urinario). Lo deseable sería que todos ellos



100 preguntas sobre psicología

fueran bien conocidos por los profesionales sanitarios, y explicados a los propios ancianos, para que pudieran adaptarse a ellos y así no repercutieran de forma negativa en su actividad sexual.

Actualmente sabemos que el cese de la actividad sexual no es un hecho que vaya ligado a la edad cronológica del anciano, sino más bien a un suceso variable que dependerá, en gran medida, de unos factores individuales (estado de salud del sujeto y de su pareja; grado de incapacidad física y mental del sujeto y de su pareja; la frecuencia y la calidad de las relaciones sexuales previas; nivel de conocimiento de los cambios que aparecen con el envejecimiento en la función sexual; diferentes aspectos psicosociales; componente espiritual, etc.)

Indudablemente, en los ancianos pueden aparecer otra serie de factores, con un peso específico variable, que van a poder reducir o limitar la persistencia de la actividad sexual. Los más relevantes van a ser la «comorbilidad» (pluripatología) y el grado de incapacidad, el estado de viudedad y la falta de intimidad.

95. ¿Cómo afecta la incapacidad física en la sexualidad?

Uno de los hechos que con mayor frecuencia provocan un cambio importante en la sexualidad de las personas mayores es la incapacidad física secundaria a las enfermedades, influyendo por diferentes motivos: a) por empeorar la movilidad del anciano (por ej., las enfermedades osteoarticulares, las secuelas neurológicas o las amputaciones); b) por reducir la resistencia al esfuerzo (como las enfermedades cardíacas y respiratorias); c) por afectar a los propios órganos sexuales (la patología génito-urinaria o el uso de sondas); d) por limi-

tar psicológicamente a la persona mayor (depresión, mastectomía, ostomías).

Además del tipo de proceso patológico, también su forma de presentación va a influir decisivamente en la sexualidad, ya que en las enfermedades que se han instaurado de forma brusca (por ej., ictus, infarto agudo de miocardio, cirugías) la repercusión que provoca puede ser mayor que si la incapacidad se ha establecido de forma paulatina (por ej., artrosis, enfermedad de Parkinson, procesos respiratorios).

Una mención especial requiere la utilización de polifarmacia por las personas mayores, ya que algunos grupos farmacológicos pueden reducir el deseo sexual o provocar ciertas alteraciones sexuales (disfunción eréctil), como son los psicofármacos (antidepresivos, neurolépticos, benzodiacepinas), los antihipertensivos (diuréticos, beta-bloqueantes, alfa-bloqueantes, etc.) y los opiáceos (analgésicos derivados de la morfina).

96. ¿Y la viudedad?

En la población de mayor edad, esta situación aparece como uno de los principales condicionantes del cese de la sexualidad. Aunque es difícil de determinar, la situación de viudedad podría no tener el mismo impacto sobre el cese de la actividad sexual en las mujeres que en los varones, ya que, al margen de la diferencia demográfica, tradicionalmente ha existido una fuerte tendencia social a considerar como negativo el establecimiento de nuevas relaciones afectivas e incluso los nuevos matrimonios, más en las mujeres viudas que en los varones, lo cual, sin lugar a dudas, puede limitar la actividad sexual de estas. En este sentido, en algunos estudios se ha comunicado que una gran mayoría de las mujeres viudas cesaban sus relaciones sexuales a partir del fallecimiento de su esposo.



Sexualidad y personas mayores

>>>

97. ¿La falta de intimidad es un obstáculo?

Este factor está poco considerado en la sexualidad de las personas mayores, si bien posee una gran trascendencia y suele presentarse con bastante frecuencia en la población anciana, debido al cambio en el estilo de vida que se produce por distintas circunstancias (necesidad de compartir la vivienda familiar, no disponer de una habitación propia, institucionalización).

Esta falta de intimidad, que podría generar una limitación importante para expresar su sexualidad, va unida algunas veces a los conflictos que pueden surgir con los familiares o cuidadores directos, al no entender o aceptar las expresiones sexuales del anciano, y adoptar actitudes restrictivas o inhibitorias hacia la sexualidad. Este hecho es bien conocido en el ámbito residencial, y plantea algunos problemas que van desde la necesidad de educación del personal hasta el intento de ubicación de los residentes en ambientes más íntimos.

Lo ideal sería que la persona mayor dispusiera de un espacio físico propio, en el que pudiera tener su intimidad y que los familiares y/o cuidadores aceptaran la necesidad y conveniencia de que expresaran su sexualidad, tratando de que no resultara negativo o incómodo para el resto de familiares ni de residentes.

98. ¿Cómo influye el deterioro de la relación matrimonial?

En algunas relaciones de pareja largas, en las que ambos se han acostumbrado a convivir sin apenas sexo, se ha podido ir dejando aparcado este tema y evitando hablar de ello, restándole importancia a esta faceta de la persona. También puede haber

existido una insatisfacción sexual arrastrada desde décadas y que haya influido en la monotonía de las relaciones y en la anulación del deseo de mantener relaciones sexuales.

En ocasiones, la convivencia de distintas generaciones dentro del domicilio dificultan los encuentros íntimos de la pareja, tanto por falta de intimidad como por una serie de normas rígidas establecidas por los otros miembros de la familia.

99. ¿Cuáles son los mitos sobre la sexualidad?

Tradicionalmente se ha considerado que de la mano del envejecimiento llega el cese de las relaciones sexuales, lo cual no es cierto. Algunos mitos tradicionales que han existido alrededor de la sexualidad de los ancianos han sido: «los ancianos no tienen deseo sexual», «no tienen la capacidad de amar», «son poco atractivos y contrarios a la actividad sexual», «son tan frágiles, que no pueden tener una relación sexual completa con penetración», «los que se dedican a tener relaciones sexuales son perversos». Todos estos mitos sobre la sexualidad de las personas mayores, insostenibles en estos momentos, no tienen hoy ninguna base, y ojalá pudiéramos entre todos contribuir a desterrar estas falsas creencias.

El hecho de que muchos ancianos repriman sus deseos sexuales está fomentado por este tipo de pensamientos. Algunos ancianos pueden abstenerse de mantener relaciones sexuales debido a estos prejuicios, a la creencia en los mitos y a la desinformación, más que a los problemas físicos que puedan padecer. El resultado final es que los ancianos abordan el tema de la sexualidad con unas cargas negativas, que van a impedir obtener satisfacciones en esta faceta.

100 preguntas sobre psicología

Para conocer la realidad de la sexualidad de las personas mayores, es interesante comentar los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual, realizada en personas mayores de nuestro país, que se publicó en 2012. En este estudio se encuestaron a 1.939 personas mayores de 65 años (1.118 mujeres, 821 varones), con una edad media de 74 años, acerca de su actividad sexual. Los resultados más relevantes fueron que el 62,3% de los hombres y el 37,4% de las mujeres eran sexualmente activos (mantenían algún tipo de actividad sexual), encontrando que la inactividad sexual aumentaba con la edad (a partir de los 75 años), influida por el deterioro del estado de salud, padecer más de dos enfermedades crónicas, tomar más de dos medicamentos, no tener pareja o que la salud de esta sea mala.

100. ¿Cómo se puede mejorar la sexualidad en el anciano?

1. Aumentar la intimidad. Supone buscar espacios en común, solos, sin la compañía de nadie; se trata de volver a encontrar elementos facilitadores de la comunicación, volver a ser atractivos de cara a mi compañero/a.
2. Pedir. Supone no dar nunca nada por sabido. Si alguien quiere algo, debe preguntar. Expresiones del tipo «lo sabe de sobra» no tienen cabida en la terapia de pareja.
3. Incrementar la pasión: sexo y afecto. La terapia sexual está dirigida no tanto a resolver problemas, sino a incrementar la satisfacción dentro de la normalidad.
4. Fomentar el apego a la pareja. El compromiso de ayudarse en todo instante es uno de los más importantes motivos que existen para mantener la pareja.
5. Concepción del sexo. Conviene asumir que el sexo no es pecado, que no se debe sentir culpabilidad por desear a otra persona, que el sexo en la tercera edad tiene como principal misión dar y recibir placer de manera enriquecedora y responsable.
6. Nuevas formas de disfrutar. Aprender a disfrutar del sexo en su manera más amplia, incrementando la comunicación, las caricias, los besos y los abrazos. Adaptarse a los cambios fisiológicos que conlleva la vejez sin que disminuya, necesariamente, la satisfacción sexual.
7. Psicoeducación. Poner en marcha talleres educativos sobre la sexualidad en los mayores, facilitando la comunicación, el intercambio de experiencias y formando a los mayores sobre los problemas y potencialidades del sexo a partir de los 65.
8. Creación de redes sociales. Favorecer la creación de redes sociales adecuadas para las personas mayores que les permitan satisfacer sus necesidades de afecto e intimidad en los casos que haya bajo apoyo social o situaciones de soledad por viudez o separación.
9. Equilibrio emocional. La sexualidad, con frecuencia, implica un equilibrio delicado entre los aspectos emocionales y físicos. La forma en la que se autoperciben los mayores condiciona la respuesta sexual; por ejemplo, el miedo a la impotencia puede convertirla en real, como consecuencia de la ansiedad ante el rendimiento.
10. «Ayudas técnicas». Puede haber coito doloroso u otro tipo de problemas que dificulten las relaciones sexuales, por lo que es recomendable poder acudir a tiendas especia-



Sexualidad y personas mayores

>>>

lizadas para buscar juguetes, lubricantes y demás ayudas que permitan potenciar fantasías y mejorar la práctica sexual.

11. Hablar con naturalidad de la sexualidad. Sería deseable que se pudiera hablar de la sexualidad en las personas mayores con mucha más naturalidad, si bien, debido a la escasa formación de los profesionales sanitarios, la actitud más extendida es la de ignorar la sexualidad. En este sentido, muchos médicos y otros profesionales sanitarios evitan hablar de los aspectos sexuales con sus pacientes, hasta el extremo de no

recoger datos acerca de la sexualidad en la valoración, ya que creen que es un tema que no interesa o preocupa a los ancianos y, además, se pueden encontrar incómodos al hablar de él.

12. No renunciar obligatoriamente a la sexualidad. Las personas mayores pueden seguir deseando mantener su sexualidad, sin que deban renunciar a ella de forma impuesta. La renuncia a la actividad sexual debe ser el último recurso, y debe quedar siempre como opción del individuo y nunca como consecuencia irremediable.



Colaboradores:

Vanesa Blanco Criado
Miguel Ángel Maroto Serrano
Manuel Nevado Rey
José González Fernández

Iván Eguzquiza Solís
Elena de Andrés Jiménez
Vera Santos Martínez

Estefanía Martín Zarza
Javier López Martínez
Gema Pérez Rojo

Alexandra Chulian
Juan Gonzalo Castilla Rilo
Juan Cruz González