

Tesis Aprobada

25.1 y

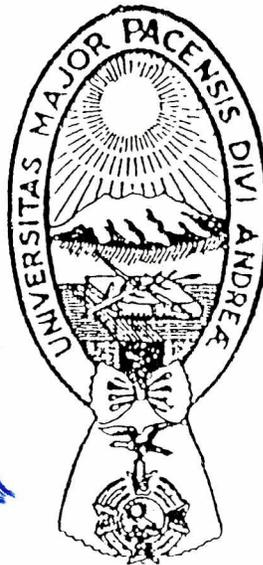
FACULTAD

CIENCIAS Y Cs. DE LA EDUCACION

CARRERA DE PSICOLOGÍA

Alvarez

Comandante J. J. J.
Directora Carrera



TITULO

**ALTERACION DE LA MEMORIA
EN LA TERCERA EDAD Y SU
EFECTO *PSICO* - SOCIAL**

ASESORA : DRA. MARGATEH HURTADO LOPEZ

ROSANGELA DELMA VISCARRA BUSTILLO

1999

*Sólo envejecen los que se preocupan de
la edad, yo me preocupo sólo de vivir.
Me siento tan bien como cuando tenía
veinte años.*

Picasso
(Al cumplir ochenta años, París 1961)

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Margaret Hurtado; por la orientación y apoyo constante en el desarrollo de la presente investigación.

Al Ing. Edgar Quiroga por la guía esencial dada en puntos claves de la investigación.

Al Dr. Samuel Córdoba Director del pabellón de Cardiología (1996); al Dr. Fernando Alvaréz Director del Pabellón de Medicina Interna (1996); al Dr. Federico Fortún Director del Pabellón de Neurología y Neurofisiología (1996), del Hospital de Clínicas Universitario de la Ciudad de La Paz- Bolivia. Por la Colaboración y confianza puesta en el estudio realizado.

A todos los pacientes de la Tercera Edad, protagonistas fundamentales de este trabajo; por el gran aporte incondicional que dieron.

A mis padres y esposo, quienes con la motivación permanente, impulsaron cada momento importante de la investigación.

ABSTRACTO

La presente investigación se basa esencialmente en el estudio del declive de la memoria de la tercera edad; producto de factores biológicos y psico-sociales que tiene incidencia en esta etapa de la vida donde los múltiples cambios de orden físico, mental y social suelen tener diversas implicaciones en la personalidad y procesos cognitivos.

La población estudiada corresponde a ancianos que estaban internados, en la gestión de 1996 de Junio a Diciembre, por diversas patologías en el Hospital de Clínicas Universitario de la ciudad de La Paz. En los pabellones Italia de Cardiología; Británico de Medicina Interna y Neurología y Neurofisiología.

A través del uso de un cuestionario se pudo inferir en los datos personales y sociales que permiten describir y relacionar variables tomadas como causa en cuanto a aspectos psico-sociales que inciden sobre la función mnésica en la vejez.

El empleo del test "Examen Mental Abreviado" dió lugar a la obtención de resultados en cuanto al grado de deterioro en la función cognitiva de la memoria.

A partir de los antecedentes se obtiene lo siguiente:

El rendimiento funcional de la memoria, evidentemente disminuye con la edad. Se observo en mayor número patologías cardiovasculares que en algunos casos, las funciones intelectuales entre ellas la memoria se veían afectadas. Esto dependiendo de la extensión de la lesión en el cerebro.

El deterioro funcional mnésico no esta directamente ligado con el nivel educativo.

No existe causalidad y efecto, con el tipo de ocupación adquirida y el nivel funcional mnésico que tenga un individuo.

Contar con afecto y apoyo familiar constante, implica la posibilidad de mantener conservadas las funciones intelectuales por más tiempo.

La ausencia de estabilidad emocional es un factor predisponente que acelera en algunos ancianos la perdida de la memoria.

Los recursos económicos no condicionan directamente un deterioro funcional de la memoria; anteceden sobre otras causas que pueden repercutir en el rendimiento mnésico.

Todo se desarrolla ampliamente en la investigación realizada, conjuntamente con una propuesta operacional de la misma que contiene medidas preventivas en cuanto a la llegada y el periodo mismo de la tercera edad.

INDICE

INDICE

	Pág.
<hr/>	
Capitulo 1	
<hr/>	
Presentación y justificación Temática.	
<hr/>	
Fundamentación	1
II Planteamiento del problema	5
III Diseño Teórico	8
A- Objetivo General	8
13- Objetivo Específicos	8
IV Planteamiento de la Hipótesis	9
Definición y operacionalización de los variables	9
A- Variable Independiente	9
13- Variable Dependiente	9
<hr/>	
Capitulo 11	
<hr/>	
Revisión Bibliográfica y Marco Teórico Consecuente	
<hr/>	
VI Marco Teórico	12
A - Aproximación cognoscitiva a la memoria y al pensamiento	12
13 - Definición de la Memoria	12
C - Tipos de Memoria	14
D - Trastornos de la Memoria	15
E - Trastornos de la orientación	20
F - Envejecimiento Normal y envejecimiento patológico	28
G - Evolución Psicológica Normal	31
H - La memoria en la Vejez	32
- Condiciones de salud en la vejez	34
I - Psicología del Anciano	35
K Aspectos Socioculturales de la Vejez	38

Capítulo III

Diseño del modelo de Investigación y resultados.

VII Población y Muestra	43
A - Definición de la Muestra	43
13 - Delimitación del objeto de estudio	43
C - Definición de la muestra	44
VIII Métodos y Técnicas	45
A- Tipo de Estudio	45
13- Diseño Experimental	45
C- Métodos	46
D- Técnicas	46
E- Instrumentos	47
F- Procedimiento	47
IX Resultados	49
A- Presentación y procesamiento de los datos	49
B- Interpretación de los resultados cuantitativas	49
X- Demostración de la Hipótesis	88
XI- Conclusiones	90
A- Generales	90
B- Particulares	98

Capítulo IV

Propuesta Operacional (le la Investigación)

XII Propuesta " Una llegada favorable a la tercera edad"	125
XIII Recomendaciones	138
XIV Discusión	142
XV Bibliografía	146
XVI Anexos	149

INTRODUCCION

INTRODUCCION

El período de la vejez ha suscitado diversas preguntas con referencia a los aspectos que definen esta población. En la Tercera Edad puede observarse un conjunto de condiciones que aparecen como efecto de los cambios que implican una transición a nuevas circunstancias.

Como sucede con cualquier otro estadio del ciclo de la vida no existe una línea divisoria arbitraria para indicar cuando termina la edad adulta media y comienza la vejez. Una persona dice a los cincuenta: "Espero no volverme tan viejo como me siento", otro a los ochenta y cuatro habla de guardar dinero para los "años del crepúsculo".

Neugarten (1976) se refiere a una categoría de personas, de cincuenta y cinco a setenta y cinco años, a quienes ella llama los "viejos-jóvenes", las cuales se diferencian de la edad mediana porque ya han dejado de trabajar tiempo completo y también se diferencian de los "viejos-viejos", debido a que "continúan con vigor su participación en la vida social activa". Butler (1976) se refiere a la vejez temprana (sesenta y cinco años, y los setenta y cuatro años) y vejez avanzada (setenta cinco años, -punto en el cual se dan cambios fisiológicos en grado notorio- y más años).

INTRODUCCION

La vejez, el período de la vida en el cual se llega a ser anciano, comienza en diferentes edades para distintas personas. La declinación en el funcionamiento corporal comienza temprano en el caso de algunas personas, pero tarde en otras, y este evidente envejecimiento físico, es un señalador importante del comienzo de la edad adulta tardía, los años cronológicos constituyen un indicador menos satisfactorio del envejecimiento que la manera en que una persona siente o actúa¹.

Un deterioro general se da en el organismo, esto a su vez genera que diferentes órganos y funciones se debiliten en algún grado. A partir de este punto, las personas ancianas tienden a ser vulnerables a las enfermedades, complicándose fácilmente un cuadro patológico. Funciones intelectuales y tan esenciales en la vida como la memoria sufren una declinación en menor o mayor nivel, de acuerdo a las circunstancias individuales de cada sujeto. Con frecuencia los ancianos evocan experiencias pasadas con el fin de revivir hechos importantes y sentirse felices, sin embargo requieren de un esfuerzo para recordar algunos detalles que han quedado posiblemente

INTRODUCCION

borrados. Presentan dificultad al concentrarse y retener información, lo que produce ansiedad ante la imposibilidad de rendir como antes.

La demanda afectiva en la tercera edad, es enorme y la ausencia de estímulo es determinante para muchos, que consecuentemente induce a un estado depresivo, común en la vejez. Otros factores que condicionan este trastorno afectivo son: la pérdida del cónyuge, el aislamiento familiar, la falta de atención adecuada, las enfermedades que limitan física o mentalmente.

El aspecto social como el orgánico y psicológico tiene su influencia en la ancianidad que no siempre puede superar eventos con la jubilación o retiro de la fuente laboral. La sociedad actúa en algunos casos arbitrariamente al no valorar capacidad y energía que aún puede verse en la vejez. La preocupación en las personas mayores surge al no contar con un trabajo fijo, que permita mantener a su familia y por supuesto a si mismo.

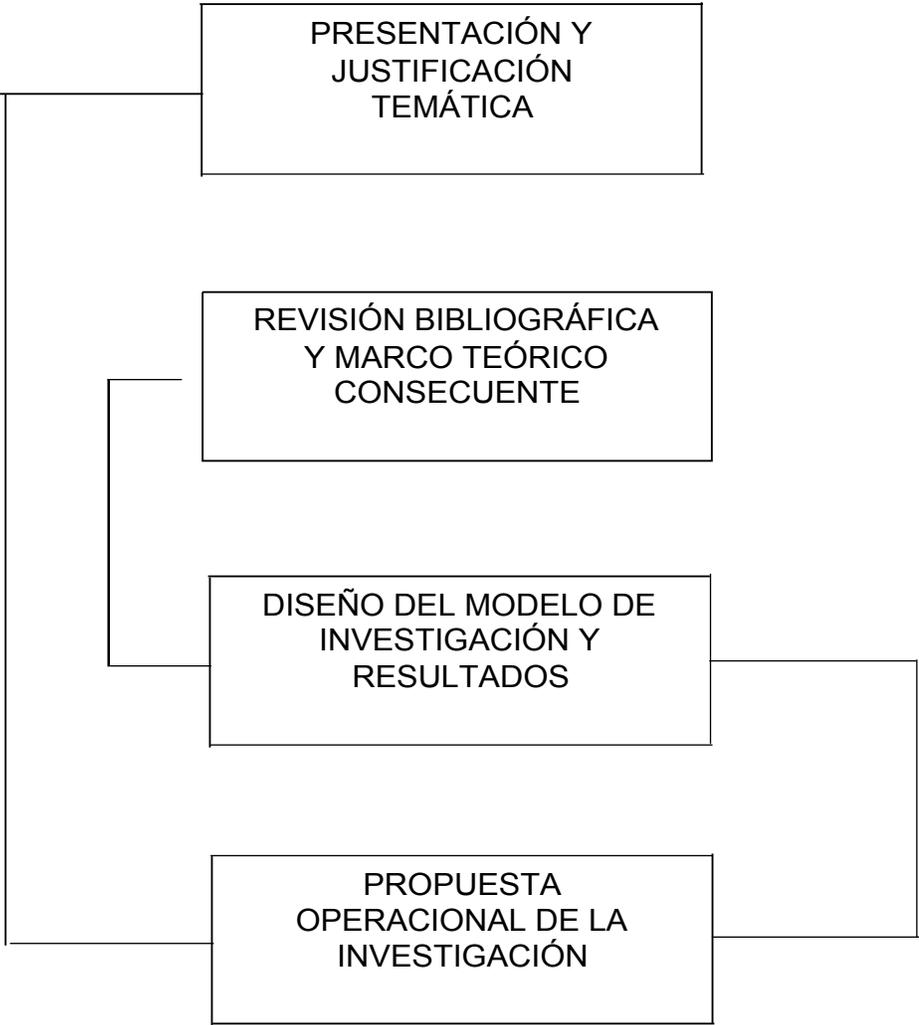
La aparición de los sucesos anteriormente mencionados, se convierten en causalidad, por lo cual situaciones adversas pueden acelerar el curso de un deterioro orgánico. El presente estudio trata de corroborar este hecho con la función mnésica, ver ampliamente, cuál es la repercusión que puede manifestarse, en el desempeño habitual, en las relaciones personales con

INTRODUCCION

los demás, y en qué forma ejerce influencia en la estabilidad emocional de los ancianos.

Si bien no es posible establecer una regla específica de cómo envejecer favorablemente, el intento está en sugerir pautas que permitan conocer aún más de este período y mencionar algunas medidas preventivas.

**INVESTIGACIÓN:
ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA TERCERA EDAD Y SU
EFECTO PSICO-SOCIAL**



CAPÍTULO 1

P RESENTACION
Y

JUSTIFICACIÓN
TEMÁTICA

A. FUNDAMENTACIÓN

Por lo general la ancianidad o tercera etapa de la vida, atraviesa por una diversidad de cambios causados por aspectos orgánicos, psicológicos y sociales **que dan características propias en la vejez.

La jubilación puede significar una bien merecida cesación del trabajo que permite al individuo disfrutar de los años de declinación o puede significar simplemente ser descartado del trabajo porque se considera al individuo como inútil en la sociedad. Los problemas que aparecen con el retiro al encararse con el final de la vida y la aparición de afecciones físicas y mentales, se combinan con lo poco que hace la sociedad con las personas de edad. La vida del anciano se ve modificada por el retiro y luego por el retorno al estado de dependencia respecto a otras personas.

La familia y los descendientes adquieren creciente importancia para la persona de edad, que espera poco de su futuro propio y encuentran su mayor satisfacción en los éxitos y la felicidad de los descendientes y vive cada vez más con ellos. Los amigos van disminuyendo y los que quedan se ven limitados en sus actividades; otro motivo para que aumente la

importancia de los miembros de su propia familia. También es posible que vea con mayor frecuencia que antes a otros parientes menos próximos, porque sus trasfondos comunes proporcionan temas de interés y forman nuevos lazos. Muchos matrimonios han quedado disueltos por la muerte de uno de los cónyuges cuando entra el otro en la vejez. Cuando ambos esposos continúan en la edad avanzada, más pronto o más tarde, la muerte o la invalidez de uno de ellos acarrea la necesidad de otra importante adaptación.

Constituye frecuentemente un motivo crítico, porque los esposos estaban acostumbrados a una mutua interdependencia y su unión y cariño hacía más fácil la vida. El anciano o la anciana que se encuentra en esta situación debe asimilar la pérdida de quien se había convertido en una parte integrante de su vida. El retiro y la pérdida del cónyuge provocan períodos de tensión cuando el anciano tiende especialmente a la incapacitación o la muerte.

Las personas de la tercera edad pueden tener sentimientos confusos respecto a sus perspectivas de llegar a una edad muy avanzada. Sus esperanzas sobre los años venideros son por lo general razonablemente modestas. Desea vivir con dignidad, permanecer capaz de cuidar de sí

mismo. Espera hallar la manera de ser útil a los demás, aunque pueda convertirse en inválido o perder la claridad de juicio, pero deseará morir antes que se produzca un estado de este tipo. Terminar la vida en un asilo de ancianos o en un Hospital Psiquiátrico, separado de la familia y los amigos, es una temida posibilidad pero se considera preferible a ser una carga para las personas queridas.

La salud puede alterarse de muchas maneras, provocando cambios muy notables en la persona que difícilmente soporta la limitación y la dependencia. La importancia de las alteraciones en la tercera edad, producidas en el cerebro reside sobre las funciones intelectuales; entre ellas la memoria, que genera interrogantes entorno a aspectos psicológicos y sociales que varían ampliamente de un individuo a otro. El paso de la vejez a la senilidad, cuando se produce puede tener lugar gradualmente, a medida que mueren las células cerebrales o aparecen bruscamente en el curso de una enfermedad.

La presencia de algún tipo de deterioro a nivel funcional cognitivo puede precipitarse frecuentemente en una crisis emocional causada por un cambio en la situación vital que requiere una adaptación que excede las posibilidades del anciano.

El modo de vida del anciano refleja la configuración de la personalidad establecida, pero le afectan notablemente la forma como las capacidades de adaptación han quedado disminuidas por la debilitación física y mental, como también las limitaciones que ofrece la sociedad a las personas que envejecen y van siendo incapaces de cuidar de sí mismas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

"La vejez, se manifiesta exteriormente por ciertos rasgos somáticos. Podría definirse: con arreglo a su imagen exterior general, que se acompaña de una declinación de las funciones y rendimientos. El término de senilidad puede reservarse para la vejez complicada con patología psicológica propia causada por diversos factores"¹.

Parece útil considerar tres fases en los últimos años de vida, que no siempre se presentan distintamente ni tienen lugar en todas las personas. La época de retiro, hacia la edad de 65 años, sirve como punto de inicio de la vejez. Sin embargo muchas personas continúan esencialmente sin cambio alguno desde el período de su edad madura, excepto en lo que se refiere a las diferencias de su forma de vivir, resultantes de haberse retirado el individuo reconoce ser "una persona de edad", pero se considera plenamente capaz, en todas sus facultades, competente para cuidar sus asuntos.

Pero un día u otro, aparecen cambios en las condiciones físicas o en las circunstancias de la vida que le obligan a confiar en otros. La última fase,

ALONZO FERNÁNDEZ FRANCISCO (1977)
Fundamentos de la Psiquiatría Actual" Editorial Paz Montalvo Pag. 861.

por la que muchos no pasan y que puede no presentarse en la edad avanzada es la senilidad, en la que el cerebro ya no tiene capacidad para la función esencial de adaptación. El proceso de envejecimiento varía considerablemente de un individuo a otro, de modo que algunos son senescentes y hasta seniles a la edad de 65 años, mientras que otros gozan de una razonable independencia a los noventa. Sin embargo, casi en todas las personas, la declinación física empieza a ocasionar limitaciones apreciables en la década que inicia el septuagésimo aniversario.

La disminución de las facultades intelectuales puede apreciarse en diversas circunstancias: en el menor control de impulsos de las emociones, frecuentemente accesos de irritación o de desconfianza pueden hacer difícil para los familiares la convivencia con el anciano.

El individuo no puede recordar hechos recientes y vive cada vez más en un remoto pasado, hasta que finalmente sólo quedan recuerdos de infancia. La pérdida de memoria que se debe a alteraciones seniles en el cerebro, producidas por el debilitamiento global en la edad avanzada, puede verse acelerada en el curso de una enfermedad o por situaciones adversas que toca vivir al anciano, como ser: la desvalorización social,

adversas que toca vivir al anciano, como ser: la desvalorización social, familiar, la dependencia, que a su vez da lugar a una inestabilidad emocional influyendo notoriamente en la declinación progresiva e irreversible de funciones vitales como la función amnésica. El objetivo de la presente investigación es abordar esta problemática, tomando en cuenta la situación socioeconómica del país, así como el vacío para la atención al sector de la tercera edad que constituye la justificación práctica de la misma.

III. DISEÑO TEÓRICO

A. OBJETIVO GENERAL

Determinar que los trastornos y declinación de la memoria en la tercera edad, se aceleran debido a factores psico-sociales.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las causas más frecuentes que producen alteración en la función de la memoria.
- Evaluar el grado de deterioro en la función mnésica.

Identificar en la memoria alteraciones concomitantes con el nivel de la conciencia.

Determinar aspectos psicológicos y sociales en la ancianidad.

Proponer un programa de prevención en relación a una llegada favorable a la tercera edad, según los resultados que se obtengan en la presente investigación.

IV. PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS

El proceso del envejecimiento biológico, los trastornos y declinación en la memoria se aceleran debido a factores psico-sociales.

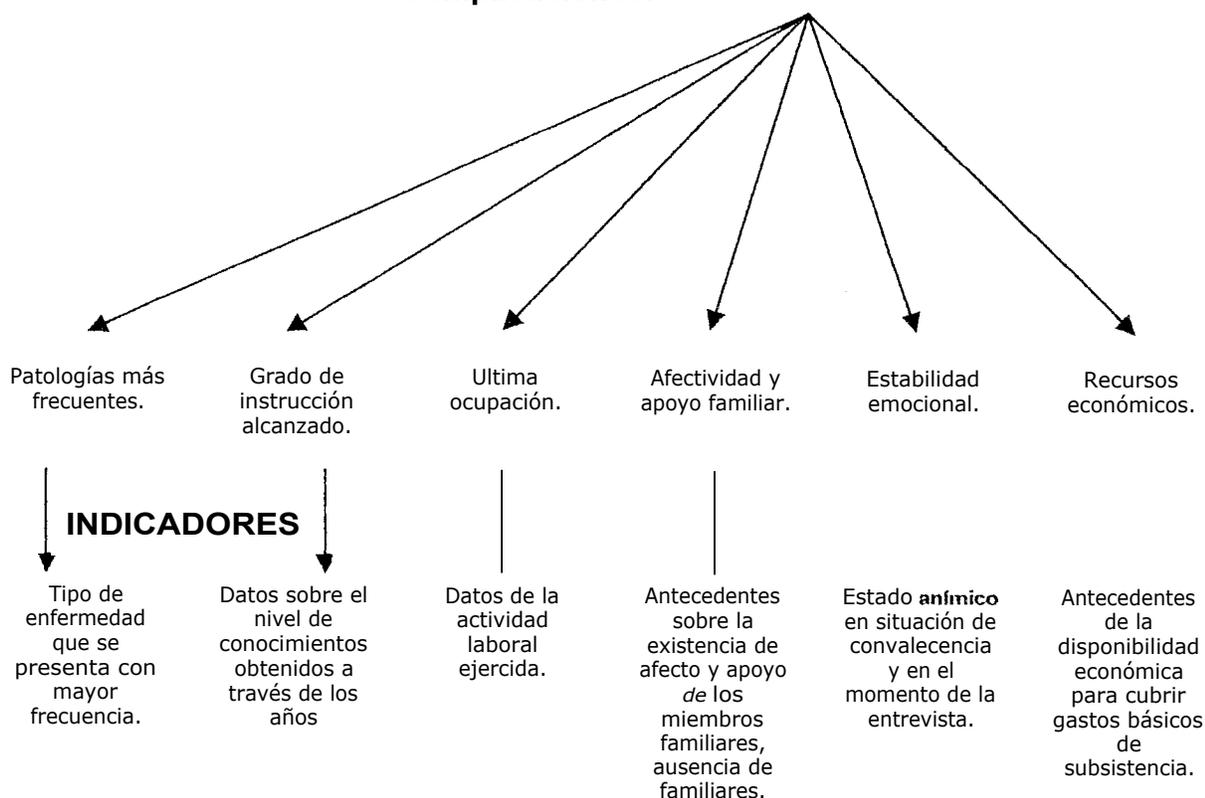
V. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

A. VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Los factores psico-sociales que toca vivir a la ancianidad.

Definición Conceptual:

Los factores psicológicos y sociales se refieren a la inestabilidad emocional en el anciano a causa de la desvalorización familiar, social la falta de atención y afecto permanente, la cesación de actividad laboral, la dependencia física y económica, en algunos se convierte en punto de partida para una variedad de complicaciones.



B. Variable Dependiente:

La aceleración del envejecimiento biológico, la declinación y trastornos de la memoria en la tercera edad.

Definición conceptual:

El envejecimiento, la declinación de la memoria aparece como un proceso natural propio de la vejez.

Los trastorno en la memoria se dan por un deterioro significativo en esta área por causales orgánicas y psicógenicas.

Variables Contenidas en la definición conceptual (Dimensiones)

Estado funcional de la memoria

Indicadores

Exploración de la función mnésica que implica evaluar: registro, almacenamiento, retención, memoria a corto plazo.

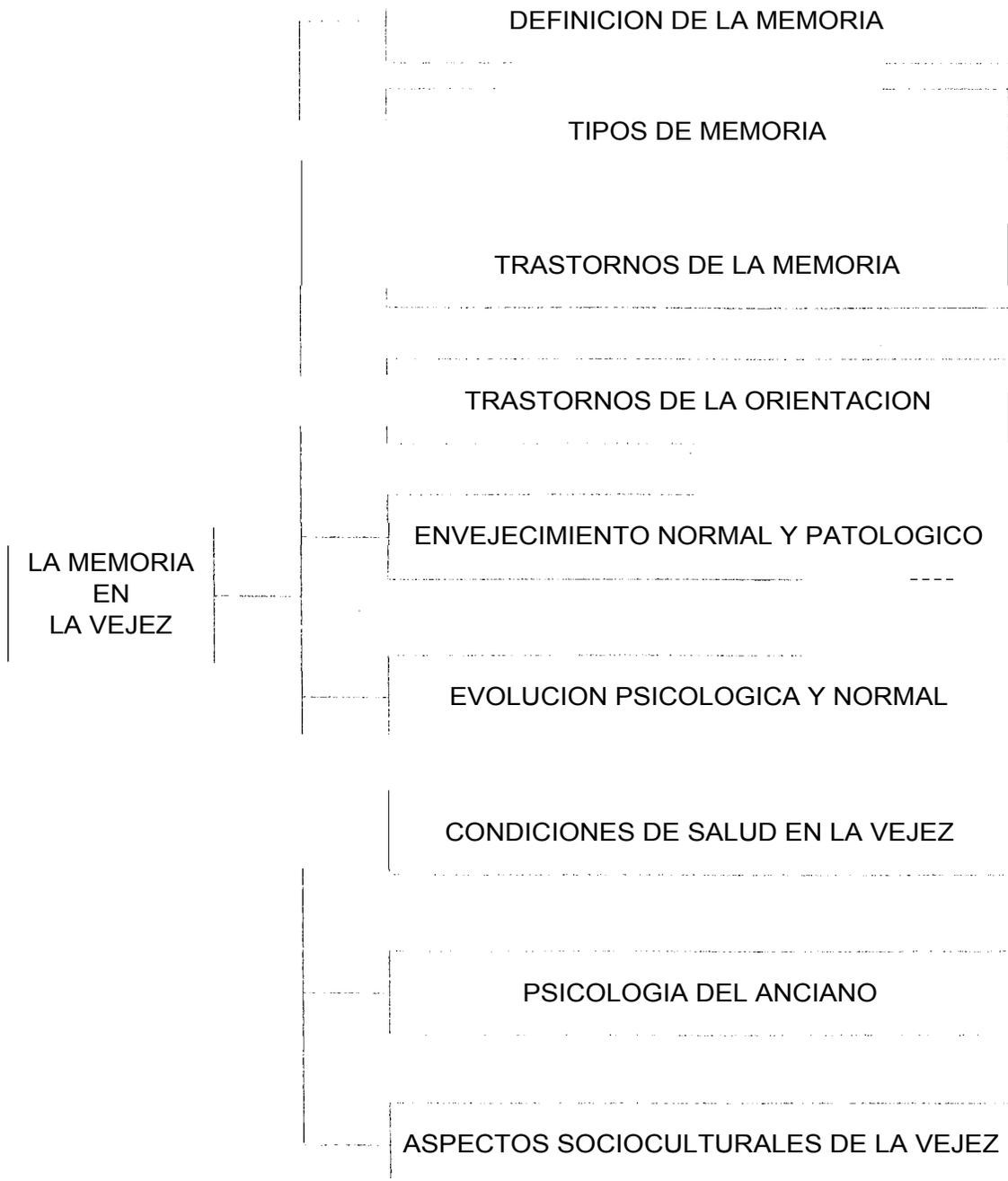
Nivel de orientación temporo-espacial y de persona, además de otras habilidades intelectuales como concentración, nominación, lenguaje expresivo, operación tres etapas (secuencias), lectura escritura, construcción.

A través de la aplicación del test "Examen Mental Abreviado" (Polstein M.P. Polstein SE. MCHUNG PR. 1975) (Traducción/ ADAPTACIÓN R.G. López 1992).

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y MARCO TEÓRICO CONSECUENTE

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE



CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

VI. MARCO TEÓRICO

A. APROXIMACIÓN COGNOSCITIVA A LA MEMORIA Y AL PENSAMIENTO

El recordar y el pensar son análogos al movimiento adaptativo y la habilidad motora; también se parecen a los procesos sintéticos de la memoria visual y la percepción del lenguaje. La información almacenada consta de huellas de actos constructivos anteriores, organizada de modo que corresponden a la estructura de estos actos; sin embargo, las "Huellas" no son copias "dormidas" de las experiencias previas, que de alguna manera se "despiertan" a la conciencia de cuando en cuando. La información almacenada nunca se "despierta", sino que sólo se usa, del mismo modo que la información del estímulo se emplea en el acto de la percepción².

B. DEFINICIÓN DE LA MEMORIA

Suele decirse que la memoria es, junto con la inteligencia y la atención, la función intelectual por excelencia; vale decir, aquella que procesa y almacena la experiencia individual y permite su utilización en circunstancias

² ULRIC NEISER (1976)

Profesor de la Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México. "Psicología Cognocitiva"
Editorial Trillas México Pag. 317.

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

diversas, merced a la puesta en juego de complejos mecanismos presumiblemente de base neurofisiológica y bioquímica. Desde un punto de vista descriptivo, la memoria o proceso mnésico presenta una serie de estadios o etapas: 1) percepción, comprensión y respuesta adecuadas al material estímulo a ser aprendido; 2) mecanismo de almacenamiento de corto plazo o duración, 3) formación de un trazado mnésico (o recuerdo) durable; 4) fase de consolidación, en la cual los recuerdos son a menudo modificados o simplificados por aprendizajes o experiencias subsecuentes; 5) reconocimiento de la necesidad de evocar determinado material mnésico; 6) identificación y aislamiento del recuerdo relevante; 7) utilización del material evocado, en circunstancias o situaciones nuevas.

Estas siete etapas pueden, en realidad, condensarse en cuatro. Registro, almacenamiento, detección (o recuperación) y recuerdo o evocación propiamente tal.³

³ GUILLERMO VIDAL RENATO D. ALARCON (1986)
"Psiquiatría" Editorial Médica Panamericana Buenos Aires. Pag. 149.

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

C. TIPOS DE MEMORIA

- a) **MEMORIA SENSORIAL.** Capacidad para conservar señales por un tiempo breve milésimas de segundo, en el cerebro, analiza y sirve de base al proceso de la memoria.

- b) **MEMORIA A BREVE PLAZO O PRIMARIA:** Memoria de unos cuantos hechos, palabras, números, letras, datos de información que duran segundos a un minuto o más. Almacenamiento a breve plazo. Al ingresar nuevos datos, parte de la información vieja es desplazada, está disponible instantáneamente.

- c) **MEMORIA A LARGO PLAZO:** Almacena información que puede devolverse en cualquier momento posterior, se llama también memoria fija o permanente.

- d) **MEMORIA SECUNDARIA:** Memoria almacenada con una señal de memoria débil o sólo moderadamente intensa, se olvida fácilmente y es difícil recordar. Se requiere un tiempo largo para recordar, dura min, hrs, días. También se llama memoria reciente.

CAPITULO 11 REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

- e) **MEMORIA TERCIARIA:** Dura toda la vida, información disponible en una fracción de segundos, como recordar el propio nombre y las palabras para escribir y hablar. ⁴

D. TRASTORNOS DE LA MEMORIA

Una buena memoria incluye la capacidad para registrar los datos rápida y cuidadosamente, la capacidad para retener estos datos durante períodos de tiempo largos y la capacidad para evocarlos puntualmente en relación con los fines orientados hacia la realidad.

Aunque una buena memoria es uno de los factores en el conjunto de las capacidades mentales que constituyen la inteligencia, ocasionalmente se encuentran fenomenales proezas de memoria en cuadros de retardo mental aparente. Estas proezas de la memoria implican, en general, a la memoria remota, a la capacidad para retener y reproducir datos textualmente, sin referencia al significado. Por otro lado, la solución de problemas en relación con un fin orientado en la realidad es importantísima en la memoria lógica.

⁴ Dr. ALEX GUTIÉRREZ
|Corteza Cerebral y Funciones Materia Psicofisiología
Intelectuales del Cerebro. Carrera de Psicología
Pág. 2 UMSA.

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

Además de las diferencias cuantitativas, en la memoria existen también diferencias cualitativas. Algunas personas están especialmente dotadas por la memoria visual y pueden recordar imágenes con virtual intensidad alucinatoria. A estos sujetos se les llama personas eidéticas, y las memorias que reproducen, imágenes eidéticas. Esta capacidad eidética tiende a ocurrir en la infancia y a disminuir con la edad; así pues, es rara después de la adolescencia.

a. TRASTORNOS EN EL REGISTRO

El registro depende del nivel de conciencia. Cualquier cosa que disminuye la conciencia, por ejemplo, el alcoholismo o una conmoción, interferirá en el registro. Una pérdida de la memoria limitada de este tipo que tiene lugar momentos después de una herida grave en el cerebro, se llama amnesia anterógrada. Un alcohólico puede comportarse de una forma socialmente aceptable durante toda una velada y no recordar nada de los acontecimientos de la velada (laguna alcohólica). Los estados de trastornos de la conciencia que duran semanas y meses que acompañan a la encefalitis, a la hemorragia subaracnoidea y los traumatismo graves en la cabeza, pueden ir seguidos de una incapacidad permanente para recordar los acontecimientos vivos, durante ese período. En todos estos

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

casos, la deficiencia posterior en el recuerdo empieza con las deficiencias primarias implicadas en el registro y la retención.

b. TRASTORNOS EN LA RETENCIÓN

En el establecimiento de los recuerdos duraderos, hay un estadio de aprendizaje preliminar durante el cual los trazos de memoria son inestables. La curva de la memoria o la curva del olvido es una representación gráfica de las cualidades relativas de material memorizado que pueden ser recordados después de varios intervalos. Para las personas de buena memoria, los rastros de la memoria, se establecen rápidamente y la curva de memoria del olvido se prolonga y puede llegar a ocupar todo el tiempo de vida de la persona.

c. TRASTORNOS EN EL RECUERDO

La amnesia es la incapacidad total o parcial de recordar experiencias pasadas. Cualquier proceso que interfiera en la formación del recuerdo a corto plazo o su fijación en la memoria a largo plazo, origina una amnesia completa o permanente. A este tipo de amnesia también se le puede llamar amnesia de registro. Una enfermedad cerebral crónica daña tanto

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

el registro como el recuerdo. Esto se observa en el síndrome de Korsakoff, en enfermedades vasculares, en la demencia senil y en tumores cerebrales. Cuando se supone que han formado y almacenado permanentemente los recuerdos, pero el acceso a ellos está obstaculizado de alguna forma, el resultado es una amnesia que, en muchos casos, es temporal y tratable. Esto se denomina amnesia de la evocación.

La distinción precisa entre la amnesia de origen orgánico y la amnesia de origen emocional se hace con fines descriptivos y clasificatorios. La mayoría de amnesias observadas en relación con una enfermedad cerebral crónica está mezclada, de hecho, amnesias en las que tienen alguna función las deficiencias orgánicas y la interferencia emocional en el recuerdo.

La amnesia histérica es una pérdida de la memoria de un período en especial de la vida pasada o de ciertas situaciones asociadas con un gran miedo, la rabia o una humillación vergonzante. Esta forma de amnesia es altamente selectiva y sistematizada para cubrir las necesidades especiales específicas del paciente.

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

En contraste con los deterioros afásicos del recuerdo, que son muy limitados e implican palabras o acciones específicas, existe el deterioro del recuerdo asociado con el estado de fuga histérica, una forma de reacción disociativa que aparece después de un grave trauma emocional.

La paramnesia es una distorsión del recordar que resulta de la inclusión de detalles, emociones o significados falsos o de relaciones temporales equivocadas. También se le conoce como *fausse reconnaissance* y falsificación retrospectiva.

Se encuentran distorsiones del recuerdo en persona normales. Los errores de los testigos en la sala de juicios son ejemplos de ello. Existe en cada uno de nosotros una facilidad para la distorsión cuando el recuerdo completo suscita afectos penosos. Una enfermedad cerebral orgánica difusa tiene el efecto de facilitar y fijar esta tendencia hacia la paramnesia universalmente presente.

La confabulación es el relleno inconsciente de las lagunas con experiencias imaginadas. Es característica de la enfermedad cerebral

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

orgánica difusa. Estos recuerdos cambian de un momento a otro y se inducen con facilidad por medio de la sugestión.

El déjá vu es una ilusión del reconocimiento en que una nueva situación se considera de forma incorrecta como repetición de un recuerdo previo.

Puede ocurrir en personas normales, especialmente en ambientes que generan ansiedad.

E. TRASTORNOS DE LA ORIENTACIÓN

La orientación se puede definir como la capacidad para reconocer lo que nos rodea y las relaciones temporales y espaciales de las cosas con uno mismo o la capacidad para apreciar las relaciones de uno mismo con el ambiente social.

La capacidad para orientarse incluye las siguientes categorías: 1) Tiempo: conocer la hora, el día de la semana, la fecha, el mes, la estación, el año. 2) Lugar: el nombre del lugar en que está y la dirección de su domicilio, las razones por las cuales está en ese lugar en ese momento, las preguntas sobre esta área pueden revelar la negación patológica de la enfermedad física y la existencia de otros tipos de sistemas delirantes. 3) Persona: la

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

identidad de uno mismo y de los demás en el ambiente inmediato, incluyendo no solamente los nombres, sino también una apreciación del papel de cada persona en este escenario.

La capacidad para orientarse depende principalmente de tres factores: la disponibilidad de datos perceptivos del mundo exterior, la disponibilidad de los datos almacenados de la memoria reciente, y la recogida de las demandas de la realidad, que es parte del equipamiento emocional del adulto maduro.

Se puede hablar de un impulso específico de buscar y mantener una orientación correcta como una cualidad psicológica que caracteriza al adulto maduro. Normalmente, la incapacidad para establecer el rumbo propio de cada uno genera ansiedad y un comportamiento de búsqueda de la orientación adecuada. Una persona normal, por ejemplo, al despertarse de un sueño profundo en un ambiente extraño, puede tener un breve episodio de aturdimiento, durante el cual busca detenidamente su ambiente en busca de indicios, recurre a la memoria almacenada de los acontecimientos recientes. Finalmente, con una sensación de alivio, se orienta de forma correcta si se despierta de un sueño especialmente vívido, caracterizado por una profunda sensación de realidad de los sucesos ocurridos en el sueño,

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

puede tener una momentánea dificultad semejante para volver a establecer su orientación. Si un paciente se despierta de un coma, es posible que no sea capaz de ordenar los datos suficientes para orientarse. Puede sentir ansiedad y aturdimiento y responder a las preguntas específicas concernientes a la orientación con pánico y pidiendo información o admitiendo que no sabe las respuestas a las preguntas. En diversas situaciones, las personas renuncian a su contacto estable con la realidad. Los adultos en ambientes recreativos normales, por ejemplo, cultivan deliberadamente huidas de la realidad, como parte del proceso recreativo. En el teatro, la entrega a la convincente quimera de la obra puede ser tan intensa que se necesite un período de esfuerzo activo para restablecer el contacto con el mundo real cuando se ha terminado la representación. El alcohol y las sustancias comunes que inhiben el sistema nervioso central, incitan y hacen posible temporalmente las huidas de la realidad y facilitan el acercamiento al mundo de lo imaginario.

No necesariamente, una sensación viva en realidad, está asociada con el contacto auténtico con la realidad. Por ejemplo, el paciente delirante reconoce su entera comprensión del mundo circundante, para conformarse a su sistema psicótico, un proceso llamado racionalización, el propósito del cual es reducir la sensación de disonancia cognitiva.

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

Las desorientaciones en ciertas esferas tienden a ir en paralelo y a apoyarse entre ellas, es decir, a racionalizarse. Mediante la elaboración secundaria, se consigue una consistencia interna, semejante a la que a veces caracteriza a un sueño.

Si hay un espacio de tiempo que precede al inicio de la enfermedad del paciente, el lugar es apto para ser consecuente en ese momento. De forma semejante, las personas se identifican mal y la razón para que todos estén junto en ese momento y en ese lugar se racionaliza por medio de un complejo sistema delirante. Cuando las desorientaciones en el sistema delirante se organicen de forma lógica para que tengan una consistencia interna, se habrá sistematizado el sistema delirante.

Durante muchos años, las respuestas de incorrecta orientación de los pacientes con lesión cerebral se definían de forma demasiado concisa con "el paciente está confuso", o "el paciente muestra un deterioro de la memoria". Con una observación más precisa, se pueden discernir patrones de forma ordenada dentro de todo el cuadro completo de desorientación.

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

a. DESORIENTACIÓN TEMPORAL

Los pacientes hospitalizados sin una enfermedad cerebral orgánica pierden la noción de la fecha, el día de la semana e incluso el mes. Así pues, las respuestas correctas pueden expresar una alerta y un sensorio intacto, pero los errores en estas categorías no son diagnósticos de una enfermedad cerebral orgánica. Por otro lado, un error en el año tiene significado diagnóstico. Es en relación con el año como suele observarse un modelo persistente de error en el recuerdo.

Un paciente puede decir el año 1984 y aunque se le corrija varias veces, en cada pregunta posterior puede persistir en decir que el año es 1984. Así, "recuerda" de forma bastante segura el año incorrecto.

Caracterizar este error en el recuerdo como un simple lapsus de memoria es pasar por alto el punto de que el paciente está recordando lo que desea recordar, es decir, está respondiendo a un deseo o un sentimiento de que está viviendo en un año que quizá fue la última

época en que él tenía buena salud

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

Las respuestas incorrectas, "el año es 1984", más que un fallo de la memoria, es la expresión del deseo de estar bien.

Los errores en la hora del día no son significativos como prueba de una enfermedad cerebral orgánica, a menos que el error se refiera a la hora de una comida. Por lo común, los pacientes con lesión cerebral muestran errores en la hora del día, al levantarse de la siesta, pensando, por ejemplo, por la comida o la cena, son en realidad, el desayuno.

El estado afectivo también tiene su papel en la orientación temporal. Durante los estados de ánimo de júbilo, el tiempo parece que pasa rápidamente, mientras que los estados de ánimo depresivos van acompañados de la sensación de que el tiempo pasa despacio.

Algunos pacientes ansiosos son incapaces de tolerar el tiempo libre, y tienen necesidad de llenar todos los recodos y resquicios de tiempo durante el día con actividades determinadas. A menudo, estos pacientes tienen miedo de perder el control de sus impulsos, y se defienden realizando cosas con unos horarios muy rígidos.

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

b. DESORIENTACIÓN ESPACIAL

El paciente con lesión cerebral en un hospital general puede expresar un deseo de estar bien insistiendo en que no está en el hospital, sino en su casa.

En ocasiones, el paciente da el nombre del hospital correctamente, pero sitúa el hospital cerca de su casa, diciendo: "Vivo a una manzana de aquí" o "Yo vivo enfrente", cuando, de hecho su casa quizás está a kilómetros de distancia. A veces el paciente se sitúa en otro hospital donde fue tratado hace muchos años por una enfermedad relativamente leve, y de la que se recuperó. Con esta mala orientación espacial, está expresando una *déjà vu*. De hecho, dice: "Yo había estado aquí antes y me fui a casa recuperado". Por lo común, la desorientación temporal acompaña a este modelo de desorientación espacial. En la duplicación o *paramnesia reduplicativa*, los pacientes dan el nombre y la localización del hospital correctamente, pero insisten en que hay un "mal" hospital cerca de ahí.

Estas alteraciones, que son claras en el caso del paciente con una enfermedad cerebral difusa, proporcionan indicios de las desorientaciones espaciales observadas en pacientes sin enfermedades cerebrales orgánicas.

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

c. DESORIENTACIÓN PERSONAL

Una mujer casada con desorientación personal puede dar su nombre de soltera e insistir en que no está casada. A menudo, esas desorientaciones expresan elementos de la mala armonía matrimonial, de la cual quiere huir el paciente. También pueden acompañar a las desorientaciones temporales, representando una regresión a una época anterior al inicio de la enfermedad.

La anosognosia es un trastorno en el que los pacientes tienden a identificar erróneamente las cosas, de forma que pueden negar así su enfermedad.

Algún rasgo físico o de carácter de un doctor o de una enfermera puede ser la base para una identificación errónea de esta persona como un antiguo amigo que no tiene ninguna conexión con la enfermedad.

En los pacientes con enfermedad cerebral orgánica, el concepto de uno mismo puede ser tan caótico que el paciente vulnerable tienda a ser excesivamente sugestionable, y a identificarse con cualquier persona dominante con la que esté.⁵

. HAROLD I. KAPLAN M.D (1984)
Compendio de psiquiatría

BENJAMIN J. SADOCK M.D. Segunda Edición Traducción: Dr. JORGE VIGIL RUBIO PSIQUIATRA SALVAT EDITORES
S.A. Barcelona, Madrid Pág. 164 a 167.

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

F.- ENVEJECIMIENTO NORMAL Y ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO

La mayoría de los autores hacen referencia a un modo saludable de envejecer versus un modo psicológico del mismo suceso. Incluso desde el punto de vista de un envejecimiento saludable, hacerse mayor puede comportar algunas pérdidas en la esfera mental de los sujetos: memoria, agilidad mental. Estas pérdidas podrán ser más o menos acusadas en función de diversos factores y de los cambios experimentados en el sistema nervioso central.

a) Envejecimiento saludable:

Quizás la primera reflexión partiría de cuestionarnos qué es la normalidad en la vejez. Si bien la palabra "vejez" tiene una carga de negatividad y prejuicio importante por el acento de improductividad y deterioro que nuestra cultura occidental le ha dado, tiene, además, el problema añadido de que omite las diferencias individuales, así como la naturaleza y amplitud de los cambios y el modo en que éstos se interrelacionan con las circunstancias del medio social (Mishara y Riedel, 1986). Respecto de la vejez:

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

No todas las personas envejecen igual, ni en cuanto a ritmo, ni en cuanto a modo.

La disminución del ritmo en la edad madura, no es ninguna enfermedad.

Vejez no supone, en absoluto, improductividad ni conlleva, necesariamente, deterioro y exclusión social.

- No todos los cambios en la vejez son negativos.

La vejez es un proceso evolutivo progresivo al que la persona debe ir adaptándose.

Son las circunstancias históricas y socio-culturales las que determinan la diferencia entre salud y enfermedad, resultando difícil dar una definición acertada de lo que constituye una vejez normal desde el punto de vista físico. Por otro lado, también está la cuestión de la edad social, la cual dependerá de la armonización de varios factores: la longevidad en el momento y lugar dados, el rol que la sociedad otorga a las personas que considera jóvenes o maduras, y el que asigna a los Adultos Mayores. Todos estos aspectos, pensados en términos de salud, hacen orientar nuestra reflexión hacia la importancia de la calidad de vida en la vejez, en la que se incluiría el grado de satisfacción de la Persona

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

Mayor en las tres áreas de la conducta física, mental y social, donde la salud se expresa. La adaptación al proceso de envejecimiento, y el grado de ajuste a los cambios, será el mejor indicativo de salud en la Persona Mayor.

a) Envejecimiento patológico:

Sobre este aspecto del envejecer, hay diferentes puntos de vista. Algunos autores consideran que la mayoría de las personas se ajusta y adapta relativamente bien a los cambios de la edad, pero también señalan que un porcentaje determinado de población vive estos cambios con angustia y miedo, pudiendo presentarse crisis personales importantes. La actitud ante la vejez viene determinada, quizás, por una actitud ante la vida, y las estrategias de afrontamiento y recursos de cada individuo para hacer frente a los cambios, la vejez es, básicamente, una etapa de cambios. Las consecuencias del envejecer, que tendrán efectos personales, serán vividas de un modo distinto por cada uno.

Antes de realizar alguna conjetura sobre el envejecimiento patológico, debemos tomar en cuenta, también, diversos aspectos. Por ejemplo, en el plano de la salud física, no debemos descartar que, en la vejez, aumenta la probabilidad de las consecuencias negativas que pueden tener algunas enfermedades para el organismo. Las enfermedades tienden a cronificarse y a dejar su huella en el

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

cuerpo, y los episodios agudos de enfermedad, pueden tener consecuencias importantes. Dada la naturaleza crónica de muchas enfermedades en la vejez, la empresa debería concentrarse en la prevención y potenciación de la capacidad de funcionamiento autónomo del individuo, ya que muchas veces la cura no es posible como en edades más jóvenes.⁶

G. EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA NORMAL

Las causas del envejecimiento mental normal se deben a la intervención de cuatro factores:

- El deterioro progresivo de las propias funciones físicas;
- El declinar progresivo de las facultades y de las funciones mentales;
- La transformación del medio familiar y de la vida profesional;
- Las reacciones del sujeto ante estos diversos factores.

Los tres primeros factores ejercen sobre el psiquismo efectos directos procedentes del deterioro o de las transformaciones sufridas, y efectos indirectos

° SEMINARIO:
TEMA DE PSICOGERONTOLOGIA"
<http://psiconet.Com/seminarios/pg> 12.
Pág. 12 @psiconet.com

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

sobre el comportamiento (así la presbicia comporta la disminución de la agudeza visual de cerca, pero también crea la costumbre de mirar las cosas de lejos). El último factor provoca diversas reacciones tanto en el plano de las actitudes expresadas como en el de la vida interior. Finalmente, estos diferentes factores y sus efectos evolucionan progresivamente, pero en forma de etapas sucesivas. Se comprende en estas condiciones la complejidad del problema y la dificultad de exponer claramente la evolución psicológica de las personas de edad.

H.- LA MEMORIA EN LA VEJEZ

El rasgo dominante es el descenso de las funciones mnemónicas. Ciertamente, en relación con las funciones operativas del pensamiento, la memoria es una facultad menor, pero sin ella la inteligencia funcionaría en el vacío.

Lo primero que falla es la evocación de los recuerdos: la persona de edad busca en vano la palabra necesaria, no da con ella de momento, pero puede surgir más tarde, lo cual indica que lo que fallaba no era la conservación, sino el poder de evocación. Lo segundo es la capacidad de fijación: no memoriza ya lo que acaba de leer y a veces, cuando el texto lo que había decidido hacer cuando pasa el acto; no sabe lo que acaba de decir, por lo que vuelve a preguntar o a decir lo mismo al cabo de un instante; no recuerda dónde ha colocado sus cosas, incluso

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

dónde ha ocultado sus tesoros y le resulta difícil volver a encontrarlos. La pérdida de la memoria a corto plazo es origen de distracciones banales que presentan ciertas personas ancianas, pero también puede ser causa de distracciones peligrosas.

La conservación de los hechos recientes se le hace cada vez más difícil; no puede retener lo que es nuevo; por ejemplo, desearía aprender una lengua extranjera, pero las palabras no se le graban tan bien como cuando era más joven. Por el contrario, todos los recuerdos antiguos, incluso lo que se remontan a la infancia, emergen muy a menudo por sí mismo; revive el propio pasado mucho más que antes, como si el hecho de fijar menos el presente liberara el pasado.

El envejecimiento de las funciones mnemónicas, junto con el debilitamiento de ciertas posibilidades operativas del pensamiento, constituyen la base de la dificultad general para adquirir nociones nuevas y para adaptarse a las situaciones imprevistas. Esto se observa tanto en una persona relativamente poco cultivada que a pesar, de su deseo de utilizar la propia vejez para enriquecer su pensamiento, no puede aprovecharse de ella, como en las personas muy inteligentes e instruidas que apenas pueden interesarse ya por otros problemas distintos de los que siempre les han podido tener cierto genio y

se ven obligados a quedar congelados, a menudo con un gran talento, en una forma que permanece inmutable.'

I.-CONDICIONES DE SALUD EN LA VEJEZ

El problema especial en la vejez es el hecho de que una enfermedad dada se superpone a diversas dolencias crónicas preexistentes y a sistemas orgánicos que han perdido su más amplia capacidad de reserva. De esta forma, el paciente mayor presenta un mecanismo equilibrado en forma delicada, en el cual una molestia "mínima" puede llevar a mayores consecuencias. Estes 1969.

La mayoría de las personas mayores son razonablemente saludables, aunque la tasa de enfermedad en la vejez es más elevada que en grupos de edad más jóvenes.

Las condiciones, crónicas se incrementan con la edad y ocasionan incapacidad. Las dolencias más comunes que limitan las actividades de las personas mayores son las enfermedades cardiacas, la presión sanguínea alta, la artritis, el

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

reumatismo, las lesiones ortopédicas y las alteraciones mentales y nerviosas (U.S. Department o Health, Education and Welfare, 1971; Estes, 1969).

El envejecimiento en sí mismo no es una enfermedad y la mayor parte de las personas ancianas no tienen una salud pobre.

Sin embargo, el envejecimiento está acompañado de cambios físicos que incrementan la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas.

J.-PSICOLOGÍA DEL ANCIANO

Para una mejor comprensión de las características psicológicas del anciano, es necesario tener presente que el ser humano, durante su desarrollo, pasa por etapas de crecimiento, maduración y declinación. Cada una de estas etapas tiene sus rasgos característicos, tanto en el orden normal como en el patológico. A través de la infancia, la pubertad, la adolescencia y la adultez se logra el desarrollo pleno de la personalidad. El nivel de maduración psicológica se alcanza con lo que se llama la potencialidad del yo, consiste en la capacidad de

⁸ .DIANE E PAPALIA "Desarrollo Humano"
UNIVERSITY OF WISCONSIN MADISON
Segunda Edición.
SALLY WENDKOS OLDS
Primera Edición en Español Págs. 571 a 572.

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

soportar y elaborar tensiones emocionales, sin deterioro de la personalidad y sin angustia, y en aptitud para enfrentarse eficazmente con los problemas que imponen la realidad y las tareas de la vida adulta. En términos generales esta capacidad se expresa en lo que se llama adaptación. La personalidad madura supone la adquisición de una identidad personal y de una capacidad integrativa ante los cambios y vicisitudes de cada etapa existencial.

Con las modificaciones de las funciones psíquicas de la vejez (debilitamiento global de la actividad intelectual, disminución de la memoria y de la capacidad de concentración, rigidez en los juicios e ideas), esta capacidad de integración vital se modifica, adquiriendo características propias. En la psiquiatría clásica y en muchos trabajos actuales se insiste en subrayar los aspectos negativos de la senectud. Por eso dice Levy-Valensi: "La vejez es un estado infinitamente triste y, viendo a algunos viejos, viene a la mente el pensamiento: los que mueren jóvenes son amados de los dioses". Así se remarca el carácter egocéntrico del viejo, la retención e interiorización de su vida afectiva, la hipertrofia del instinto de conservación, su irritabilidad y avaricia mental. Estas alteraciones del carácter son debidas a la rigidificación de los hábitos de conducta.

Sin embargo, la vejez tiene también sus aspectos positivos, no obstante las modificaciones involutivas de la personalidad. Ya lo hicieron notar pensadores de

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

la antigüedad como Platón en "La República", cuando dice: "...la vejez es un estado de reposo y libertad de los sentidos". Tan pronto como las pasiones se relajan y dejan de hacer sentir su aguijón, lo dicho por Sófocles se comprueba plenamente; "queda el hombre libre de múltiples y furiosos tiranos". Con respecto a las quejas de los viejos y a sus pesares domésticos, "no es la vejez sino el carácter de los hombres donde debemos buscar la causa". Con costumbre apacibles y tranquilas se encuentra llevadera la vejez. Con un carácter opuesto, la vejez y la juventud son igualmente difíciles.

La disminución de la impetuosidad y el entusiasmo, características que llevan al joven más a la acción que a la reflexión en sus acciones vitales, es compensada en los viejos por una mayor serenidad del juicio, un desapasionamiento de éste y una mayor objetividad y prudencia. Aquellos ancianos que han superado con éxito las crisis anteriores de su existencia, adecuándose a la vida, tendrán más posibilidades de lograr una adaptación progresiva y creativa en la senescencia. "Se envejece tal como se ha vivido", reza el adagio. En síntesis, se puede afirmar que los problemas, tanto psicológicos como psiquiátricos que plantean la ancianidad, son la consecuencia de dos factores fundamentales: a) de naturaleza endógena, el proceso involutivo de la personalidad psicofísica, y b) de origen exógeno, aquellos debidos a las influencias de las circunstancias socioculturales y económicas que le tocan vivir al anciano.

K. ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LA VEJEZ

En el proceso del envejecimiento pueden completarse una serie de cambios sociales y culturales que caracterizan a este período de la vida. Habitualmente los ancianos no reciben una adecuada valoración social, constituyen una carga para las personas de las que dependen, se encuentran solos por la pérdida del cónyuge, han pasado a formar parte de las clases inactivas, no manejan su abundante tiempo libre, cayendo en la sociedad y el retiro. Así, la dependencia, el aislamiento y el abandono de la actividad se constituyen en algunos de los más importantes factores sociológicos que resienten la estabilidad psíquica y emocional del anciano.

El aislamiento, entendido como una falta de contacto con otras personas, surge fundamentalmente del hecho de apartar al viejo de sus puntos de apoyo (hogar, hijos, posesiones, trabajo) y crea en el anciano un estado casi permanente de soledad afectiva.

Otro hecho importante desde el punto de vista social es el retiro de la actividad. La jubilación indiscriminada reduce a la inactividad a ancianos con capacidad de labor, y esta inactividad forzada produce en el viejo bien conservado sentimientos de frustración e inseguridad. Este beneficio

CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

debería significar una etapa de descanso; sin embargo, paralelamente a la jubilación surgen otros inconvenientes: dificultades para mantener la vivienda, monto jubilatorio menor comparado con el ingreso percibido cuando se estaba en actividad, así como leyes jubilatorias que establecen incompatibilidad con el trabajo. Se comprende así cómo las modificaciones socioeconómicas de nuestra época intensifican el proceso biológico de la vejez.

Es oportuno recordar a Cicerón, quién ya en el siglo I a.C. señalaba el retiro del empleo como una de las causas por las que la vejez puede ser considerada como una desgracia. La inactividad profesional no sólo resiente la seguridad económica sino que trae aparejada una concreta subestimación social.

Otro aspecto sociológico es el que refiere a la vivienda. Gran parte de la población anciana vive desprovista de las necesidades más elementales.

En relación a los aspectos culturales, no debe dejar de considerarse que, teniendo en cuenta la continua posibilidad de cambios intrapsíquicos, incluyendo la capacidad de sublimación, es también perfectamente adecuado hablar de un continuo desarrollo psicológico en la edad tardía.

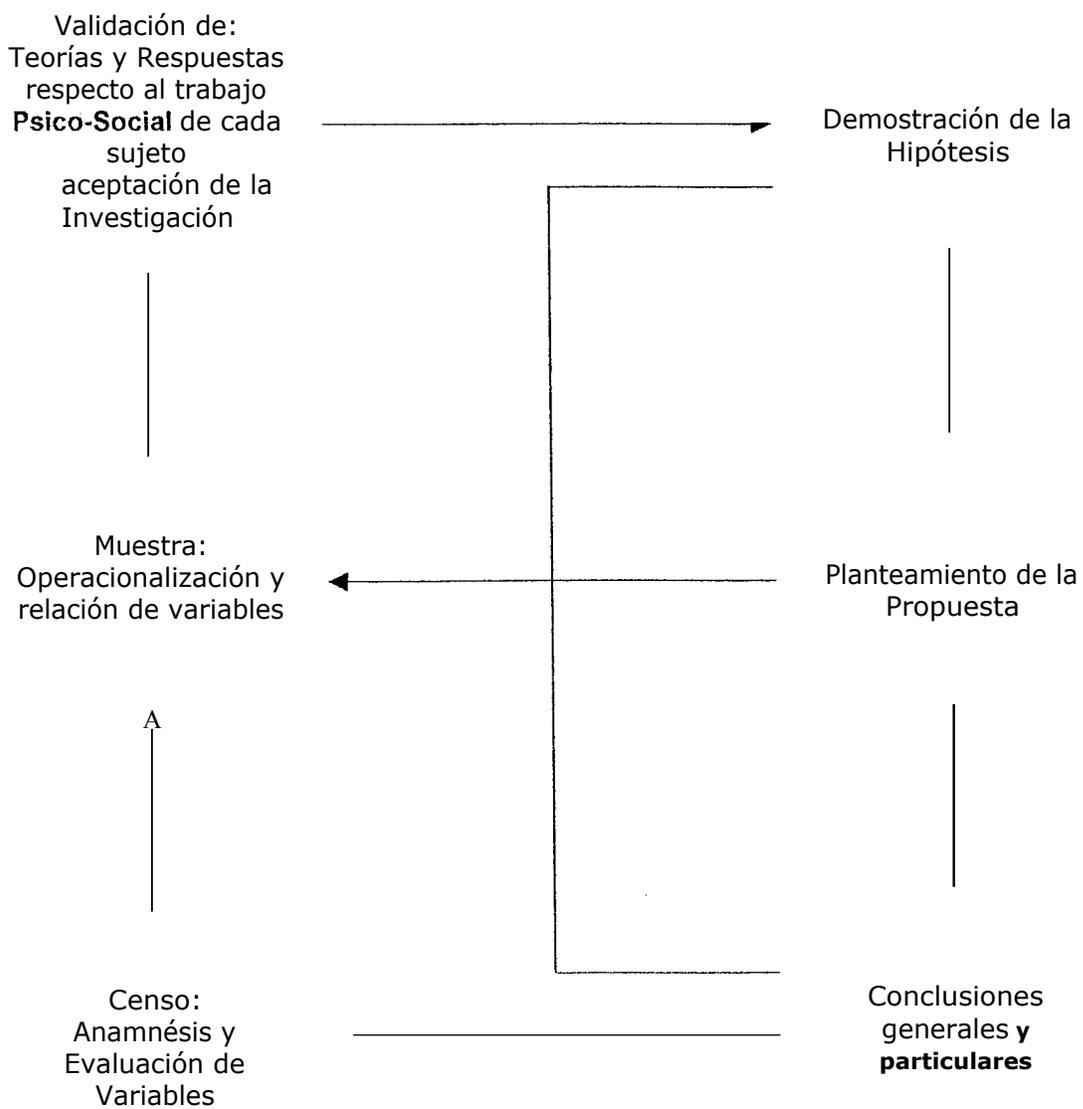
CAPITULO II REVISIÓN BIBLIOGRAFICA Y MARCO TEORICO CONSECUENTE

Cicerón decía que: "los viejos conservan su intelecto si mantienen activa su mente y la emplean a toda capacidad". Es preciso recordar que los ancianos no han perdido la aptitud para aprender; de ahí que para su bienestar sea una necesidad fundamental.

CAPÍTULO III

DISEÑO DEL MODELO DE INVESTIGACIÓN Y RESULTADOS

**DISEÑO DEL MODELO DE
INVESTIGACIÓN Y RESULTADOS**



VII. POBLACIÓN Y MUESTRA

A. DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN

1. La población en estudio corresponde a la "tercera edad", sujetos entre 60 y 90 años, en ambos sexos.

Las características principales de este grupo de ancianos son:

Se hallan internados en un centro nosocomial por diversas causas patológicas.

Algunos no cuentan con protección social, tampoco familiar, provienen del área rural, sus recursos económicos son limitados y tienen un grado de instrucción básico.

A. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El campo de acción de la presente investigación es el HOSPITAL DE CLÍNICAS de la ciudad de La Paz, específicamente en los siguientes pabellones:

ITALIA DE CARDIOLOGÍA

BRITÁNICO DE MEDICINA INTERNA

NEUROLOGÍA Y NEUROFISIOLOGÍA

A. DEFINICIÓN DE LA MUESTRA

La investigación se basa en la evolución y tratamiento de ancianos en el Hospital de Clínicas en los Pabellones mencionados durante la gestión de 1996, comprendida entre los meses de junio a diciembre, tomándose toda la población que corresponde a:

N=40

n= 40 por tanto se define un censo.

VIII. MÉTODOS Y TÉCNICAS

A. TIPO DE ESTUDIO

Explicativo, porque está dirigido a responder las causas de los eventos físicos y sociales; se centra en explicar un fenómeno, en condiciones se da y porque dos o más variables se relacionan.

Descriptivo, porque describe situaciones, eventos, como se manifiesta un determinado fenómeno.

B. DISEÑO EXPERIMENTAL

No experimental, porque no se manipulan variables; es decir no se hacen variar intencionalmente la variable independiente, se observa tal y como se dan los fenómenos en su contexto natural.

En la presente investigación se identifica como variable independiente

a:

- Los factores psico-sociales que toca vivir a la ancianidad, los cuales influyen de algún modo en: el estado funcional de memoria, que se reconoce como variable dependiente, observándose así su efecto y relación sobre la misma con la anterior variable.

Transaccional o transversal porque se recolectan datos en solo momento, en tiempo único, su incidencia.

Correlacional es causal porque tiene como objetivo describir relaciones entre dos o mas variables en un momento determinado.

C. MÉTODOS

Deductivo, porque conduce de lo general a lo particular y permite extender los conocimientos sobre una determinada clase de fenómeno.

Inductivo, porque conduce de lo particular a lo general, de los hechos a las causas.

D. TÉCNICAS

Técnica de campo que recoge la información de la misma realidad.

Técnica de "entrevista estructurada", que consiste en preguntas previamente preparadas, específicas en base a un cuestionario.

E. INSTRUMENTOS

Cuestionario destinado a obtener datos relevantes personales, que a su vez permiten inferir en las distintas variables tomadas en cuenta.

TEST DE "EXAMEN MENTAL ABREVIADO" (Polstein MP. Polstein SE. MCHUGH PR. 1975) Traducción/Adaptación RG, López 1992). El uso de esta batería, permite explorar la función de la memoria, el grado de orientación: temporal, espacial y de persona, además de otras habilidades intelectivas.

F. PROCEDIMIENTO

En la primera etapa de la investigación se aplica el Test "Examen Mental Abreviado" (Polstein M.P Polstein SF. HCHGH. PR 1975), en 30 sujetos entre 60 y 90 años en ambos sexos. Posteriormente bajo los mismos parámetros de edad y sexo se aplica la prueba en 6



sujetos. Estas dos muestras sólo evalúan la función mnésica, descartando aún factores psico-sociales de la tercera edad.

En la segunda etapa se aplica el Test mencionado anteriormente en 40 sujetos con los mismos parámetros; en este caso además de evaluar la función de la memoria se recoge información a través de un cuestionario estructurado, donde se incluyen: datos personales, familiares, historia personal; con el fin de conocer el entorno psico-social de cada individuo.

La fuente información proviene de las Historias Clínicas del Hospital donde se lleva a cabo la investigación.

Con los resultados hallados se realiza una propuesta que contiene criterios preventivos de cómo llegar en forma favorable a la tercera edad.

VIII. RESULTADOS

A. PRESENTACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

- a) En primera instancia se aplica el test "Examen Mental Abreviado" de Polstien MP. Polstein SE. MCHUNCN. PR. 1975. En 30 sujetos entre 60 y 90 años, que corresponde a una muestra piloto.

APLICACIÓN DEL MODELO MATEMÁTICO DE MARKOV

CONSIDERACIONES:

La prueba de Markov permite la obtención de los siguientes porcentajes en una población de 30 sujetos.

$$P_i=30$$

$$P_n= (30)^4$$

A través de una estabilización numérica se obtiene:

0.27

0.025

0.69

RESULTADOS PORCENTUALES DE LA APLICACIÓN DEL TEST "EXAMEN MENTAL"
ABREVIADO EN 30 SUJETOS (Fuente Propia)

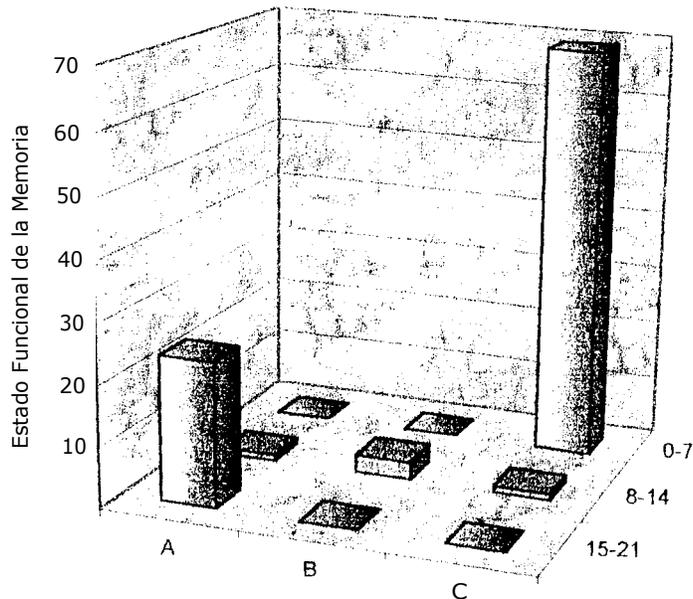


GRÁFICO 1

**INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA TERCERA EDAD
Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL**

- A. Sin importar el tipo de vejez a la larga un 27% de la población responde acertadamente entre un puntaje de 0 a 7 que corresponde a un estado moderado-grave donde existe un evidente deterioro de las funciones cognitivas e intelectuales en cuanto a: memoria (orientación espacial, temporal, registro concentración y memoria a corto plazo).

- B. Un 2.5% de la población responde acertadamente entre un puntaje de 8 a 14 que corresponde a un estado leve donde se observa una declinación lenta de algunas funciones cognitivas e intelectuales en cuanto a: memoria (orientación espacial, temporal, registro, concentración y memoria a corto plazo).

- C. Un 69.64% de la población responde acertadamente entre un puntaje de 15 a 21 que corresponde a un estado normal en cuanto a la utilización de la memoria: (Orientación espacial, temporal, registro, concentración y memoria a corto plazo).

RESULTADOS PORCENTUALES DE LA EDAD CRONOLÓGICA HALLADA EN 30 SUJETOS (Fuente Propia)

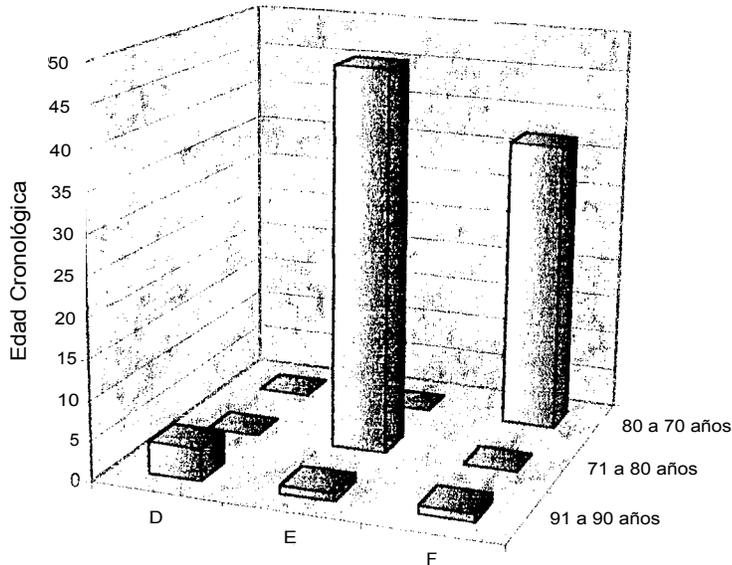


GRÁFICO N°2

**INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA TERCERA EDAD
Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL**

Bajo las mismas consideraciones mencionadas anteriormente se obtiene:

Sin importar el nivel de respuestas:

- D. Un 4.3% de la población evaluada se encuentra entre 81 a 90 años.
- E. Un 57.4% de la población evaluada se encuentra entre 71 y 80 años.
- F. Un 38.265 de la población evaluada se encuentra entre 60 a 70 años.

ANÁLISIS COMPARATIVO

El grupo está entre 81 a 90 años y tiene un puntaje de (0-7) corresponde al 1.20%.

El grupo que está entre 71 a 80 años y tiene un puntaje de (0-7) corresponde al 16%.

El grupo que está entre 60 a 70 años y tiene un puntaje de (0-7) corresponde al 10%.

El grupo que está entre 81 a 90 años y tiene un puntaje de (8-14) corresponde al 0.1%.

El grupo que está entre 71 a 80 años y tiene un puntaje de (8-14) corresponde al 1.43%.

El grupo que está entre 60 a 70 años y tiene un puntaje de (8-14) corresponde al 0.9%.

El grupo que está entre 81 a 90 años y tiene un puntaje de (15-21) corresponde al 3%.

El grupo que está entre 71 a 80 años y tiene un puntaje de (15-21) corresponde al 39.33%.

El grupo que está entre 60 a 70 años y tiene un puntaje de (15-21) corresponde al 26.22%.

- a) En una segunda instancia se realiza otra evaluación a través del test "Examen Mental Abreviado" de Polstein M.P PolStein S.E. MC. HUGN P.R. 1975, en una población de 6 sujetos entre 70 a 90 años, que corresponde también a una muestra piloto.

APLICACIÓN DEL MODELO MATEMÁTICO DE MANN Y WHITNAY

CONSIDERACIONES

Mediante la prueba U. De Mann y Whitnay; se obtienen los siguientes resultados.

Ho. El 10% de las mujeres ancianas presentan mejor condición en la función intelectual de la memoria que los varones.

Hi. El 90% de los varones ancianos presentan mejor condición en la función intelectual de la memoria de las mujeres.

Ho. = 0.66

Este resultado implica que los ancianos mayores de 80 años tiene conservada la función de la memoria.

Hi = 0.34

Este resultado implica que los ancianos entre 70 y 80 años tiene conservada la función de la memoria.

CONCLUSIONES

- Las mujeres ancianas presentan mayor dificultad en la orientación temporal.
- Los varones ancianos responden mejor a la orientación temporal.
Las mujeres ancianas presentan mayor dificultad en la orientación espacial.
- Los varones ancianos responden mejor a la orientación espacial.
- El registro en la memoria en ancianos y ancianas es casi equivalente.
- El nivel de concentración en ancianos varones es superior.
- El nivel de concentración en ancianas mujeres es inferior.
La memoria a corto plazo en los varones ancianos presenta menor dificultad en su utilización.
- La memoria a corto plazo en las mujeres ancianas presenta mayor dificultad en su utilización.

B. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS CUANTITATIVOS

ESTADO FUNCIONAL DE LA MEMORIA (Fuente Propia)

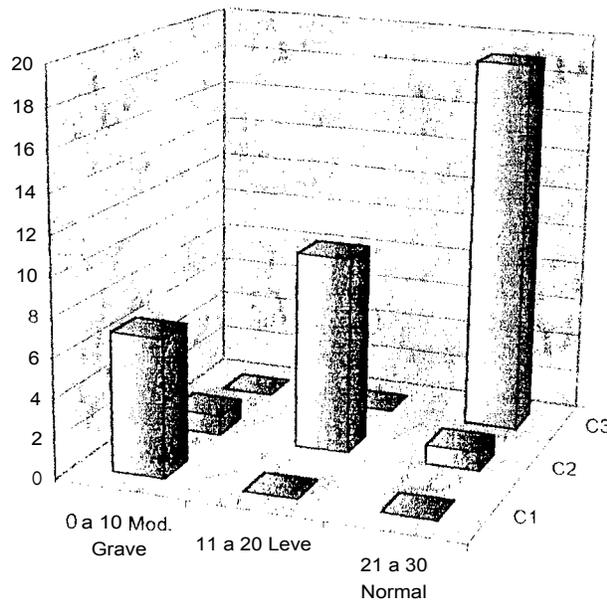


GRÁFICO N°3

INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA TERCERA

EDAD Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL

- a) Resultados de la investigación realizada en el Hospital de Clínicas, en 40 ancianos de ambos sexos, entre 60 y 90
- b) Aplicación de la Estadística Descriptiva; respuestas por variables; y cruce de variables.

La variable del estado funcional de la memoria, indica la condición en que se encuentra el proceso mnésico en la tercera edad, a través de los resultados obtenidos en el test. "Examen Mental Abreviado". En 40 ancianos en donde se evalúan las siguientes funciones: orientación temporal, orientación espacial, registro, concentración, lenguaje expresivo, operación tres etapas (secuencias), lectura, memoria de corto plazo, escritura y construcción.

Una mayoría está representada por 20 ancianos que obtiene un puntaje de 21 a 30 que corresponde a un criterio evaluativo de normal, donde existe un nivel de respuestas adecuadas al material-estímulo. Por tanto, la función intelectual de la memoria se encuentra en utilización y rendimiento conservada.

Una muestra intermedia está representada por 12 ancianos que obtienen un puntaje de 11 a 20 que corresponde a un criterio evaluativo de leve, donde existe declinación en las funciones intelectuales, entre ellas la memoria; el nivel de respuesta presenta relativamente déficit en las áreas evaluadas mencionadas. Esto es dado en algunos casos por la declinación en la vejez, de las funciones cognitivas e intelectuales, entre ellas la memoria; en otros casos se da por la enfermedad que atraviesa

al paciente, la hospitalización que produce: desorientación temporal, espacial, disminución de las funciones de registro, concentración, construcción.

Una minoría está representada por 8 ancianos que obtienen un puntaje de 0 a 10 que corresponde a un criterio evaluativo de moderado-grave, donde existe un deterioro de la función intelectual de la memoria, el nivel de respuesta determina posibles trastornos de memoria generados por factores orgánicos, psicógenos, presentando alteraciones concomitantes en el nivel de conciencia y otras funciones intelectivas.

- Test "Examen Mental Abreviado"
(POLSTIEN MP. POLSTIEN SE. MCHYGH PR. 1975)
Traducción /A. Adaptación R.G. LOPEZ. 1992.

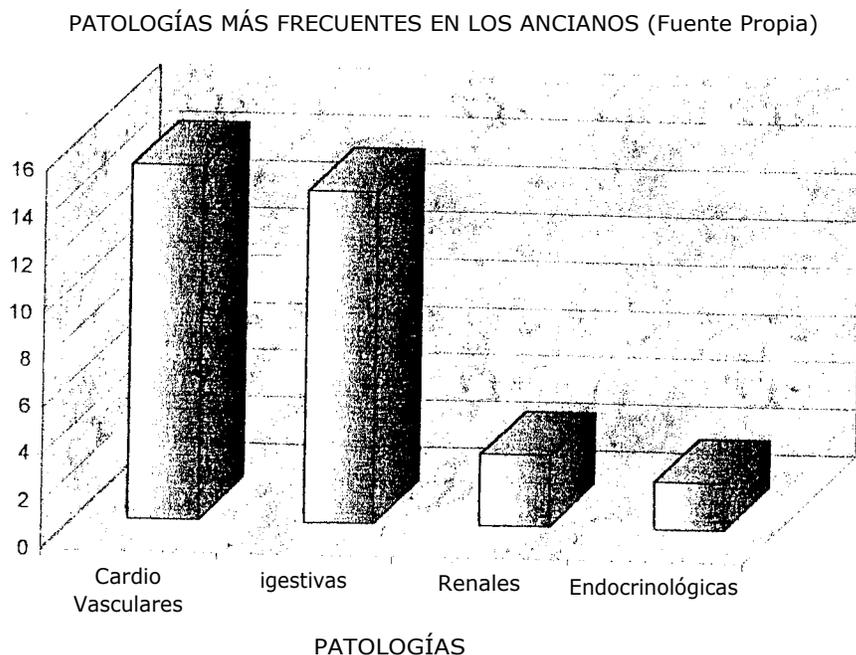


GRÁFICO N°4

**INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA
TERCERA EDAD Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL**

La variable de patologías más frecuentes en los ancianos indica el tipo de enfermedad que se presenta con mayor frecuencia en el HOSPITAL DE CLÍNICAS propiamente en los pabellones: ITALIA DE CARDIOLOGÍA, BRITÁNICO DE MEDICINA INTERNA Y NEUROLOGÍA Y NEUROFISIOLOGÍA de la ciudad de La Paz.

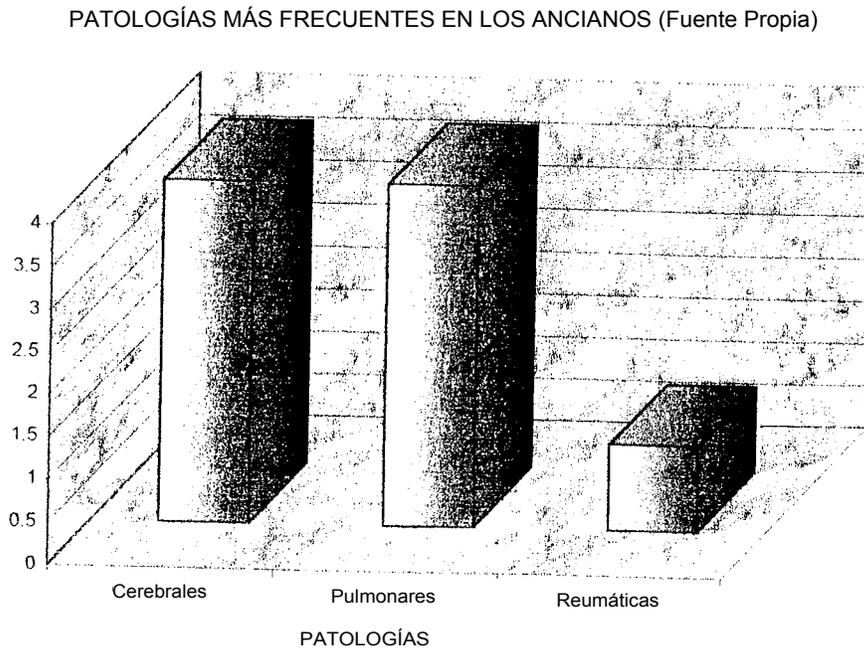


GRÁFICO N°5

**INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA
TERCERA EDAD Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL**

La variable de patologías más frecuentes en los ancianos indica el tipo de enfermedad que se presenta con mayor frecuencia en el HOSPITAL DE CLÍNICAS propiamente en los pabellones: ITALIA DE CARDIOLOGÍA, BRITÁNICO DE MEDICINA INTERNA Y NEUROLOGÍA Y NEUROFISIOLOGÍA de la ciudad de La Paz.

Una mayoría está representada por 15 ancianos que presentan patologías cardiovasculares, problemas diversos del corazón, arterias y vasos (arteriosclerosis, accidentes vasculares cerebrales, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca). 11 ancianos presentan patologías digestivas: (desnutrición, calórico proteíca, problemas gastrointestinales, cirrosis, hemorragias digestivas). 3 ancianos presentan patologías renales (síndrome nefrótico). 2 ancianos presentan patologías endocrinológicas (diabetes mellitus).

Una minoría está presentada por 4 ancianos que presentan patologías cerebrales que están referidas a las (demandas seniles) 4 ancianos presentan patologías pulmonares (bronconeumonías) y 1 anciano presenta patología reumática (reumatismo, artritis).

OBSERVACIONES

Las enfermedades adquiridas en la edad avanzada son factores que en algunos casos precipitan la pérdida de las funciones intelectuales.

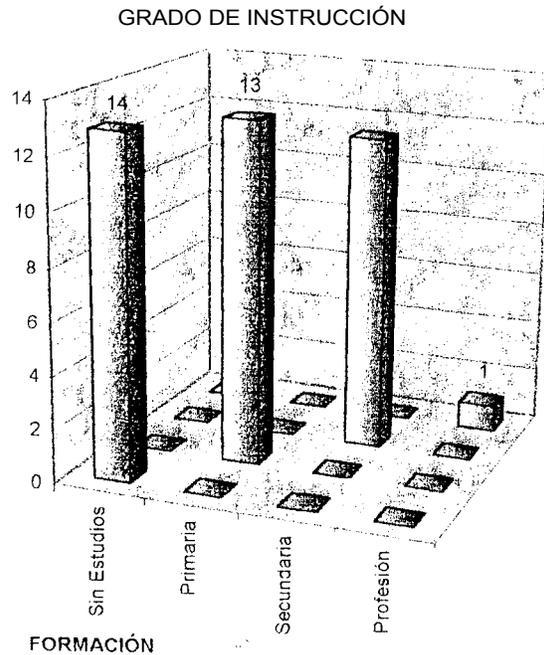


GRÁFICO N°6

**INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA
TERCERA EDAD Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL**

La variable de grado de instrucción indica los estudios alcanzados a lo largo de la existencia de cada anciano.

Una mayoría está representada por 14 ancianos que no tienen estudios realizados; muy de cerca se encuentra que 13 ancianos llegan hasta primaria y 12 ancianos hasta secundaria que implica la adquisición de conocimientos básicos.

Dentro una minoría existe sólo 1 anciano que alcanza una profesión.

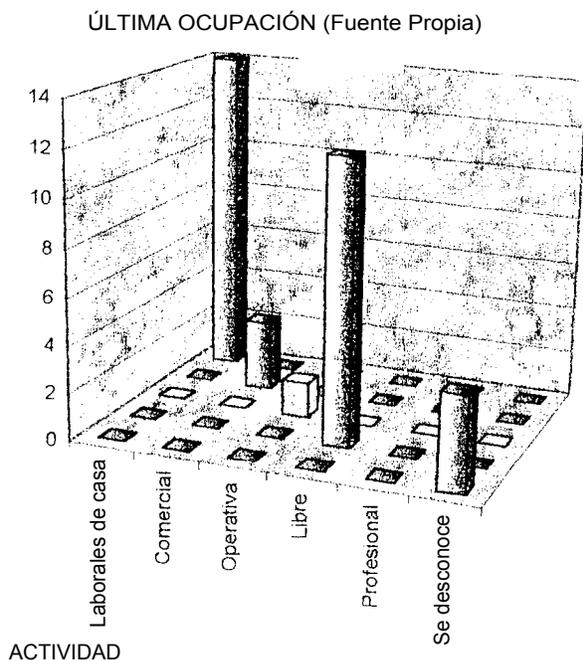


GRÁFICO N° 7

**INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA
TERCERA EDAD Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL**

La variable de ocupación indica la actividad laboral realizada en los últimos años por los ancianos.

Una mayoría está representada por 15 ancianos que tienen las actividades libres (de forma independiente) y 14 ancianas que realizan labores de casa.

En una minoría se encuentran 4 ancianos que tienen actividad comercial, 1 anciano efectúa labor operativa; 1 anciano realiza actividad profesional y 5 ancianos que se desconoce la ocupación ejercida por la ausencia de antecedentes.

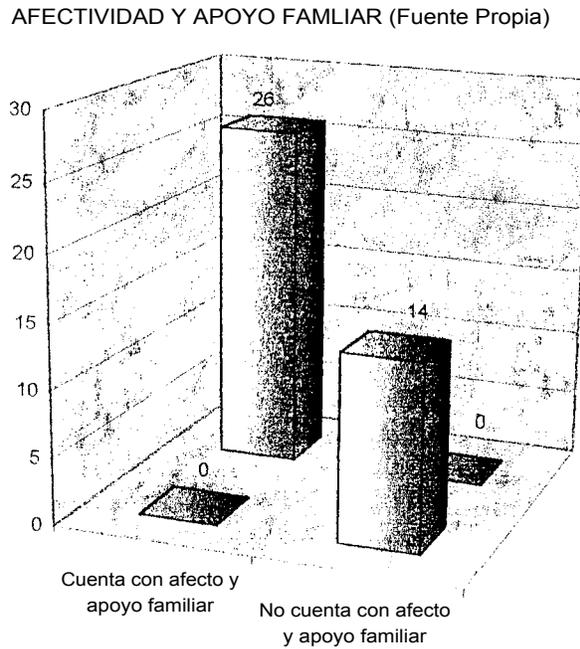


GRÁFICO N° 8

**INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA
TERCERA EDAD Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL**

La variable de afecto y apoyo general se refiere a la expresión, manifestación de amor ligado a otros elementos que benefician y estimulan al anciano en cuanto a atención, comprensión, ayuda de quienes conforman personas significativas en su vida.

Una mayoría está representada por 26 ancianos que cuenta con afecto y apoyo familiar constante.

Una minoría está representada por 14 ancianos que no cuentan con afecto y apoyo familiar.

OBSERVACIONES:

El estímulo afectivo como en cualquier etapa de la vida constituye un componente importante en la tercera edad.

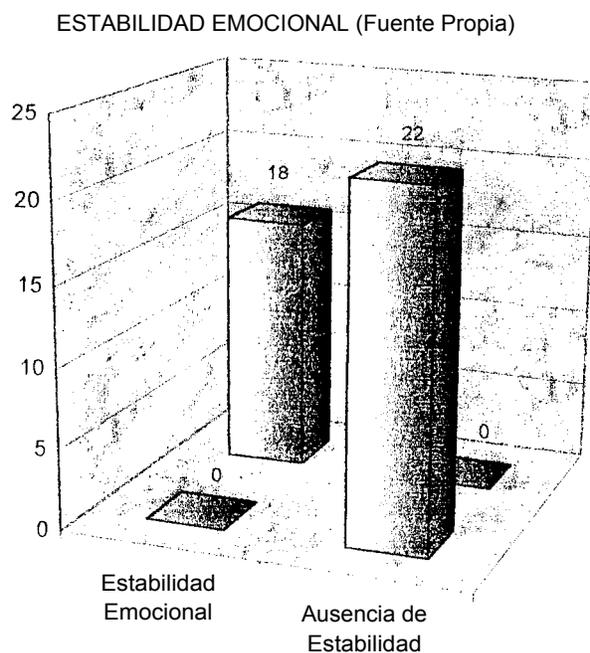


GRÁFICO N° 9

INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA
TERCERA EDAD Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL

La variable de estabilidad emocional indica la posibilidad de afrontar nuevas circunstancias en la vejez; de orden orgánico psicológico y social.

Una mayoría corresponde a 22 ancianos que no presentan estabilidad emocional; en este caso existen rasgos depresivos tanto reactivos como sintomáticos acompañados de otros signos.

Una minoría, en número no alejado del anterior es de 18 ancianos que presentan estabilidad emocional frente a situaciones adversas.

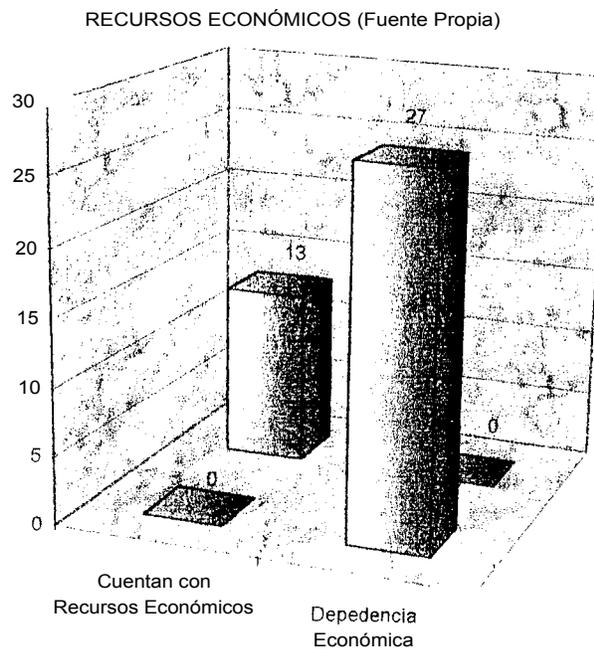


GRÁFICO N° 10

**INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA
TERCERA EDAD Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL**

La variable de recursos económicos, indica la dependencia económica que puede o no existir de familiares, instituciones, etc.

Una mayoría está representada por 27 ancianos que dependen económicamente (Familiares, instituciones).

Una minoría está representada por 13 ancianos que cuentan con recursos económicos propios, que proviene de rentas de jubilación, negocios y otros.

RELACIÓN GRADO DE INSTRUCCIÓN - ESTADO FUNCIONAL DE LA MEMORIA
(Fuente Propia)

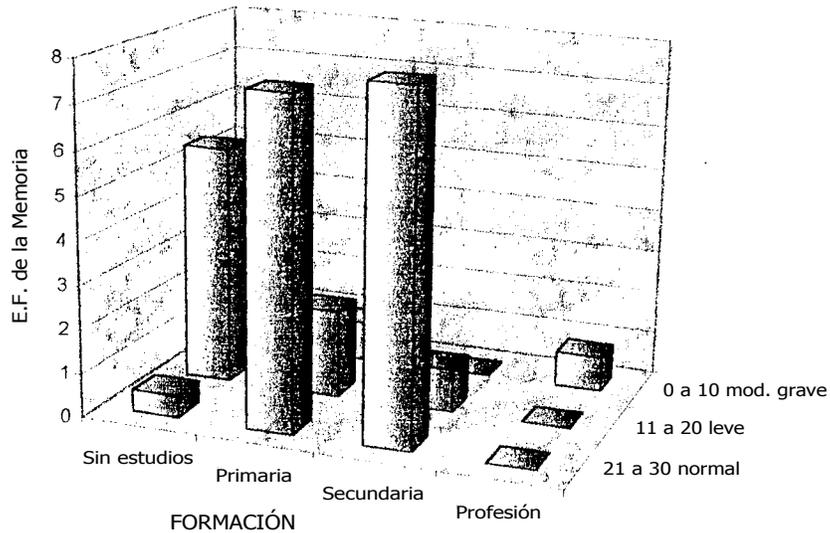


GRÁFICO N° 11

**INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA
TERCERA EDAD Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL**

La variable de grado de instrucción indica los estudios alcanzados a lo largo de la existencia de cada anciano.

La variable del estado funcional de la memoria, indica la condición en que se encuentra el proceso amnésico en la tercera edad.

La relación entre ambas variables determina, si el grado de instrucción alcanzado influye en el estado funcional de la memoria.

Una mayoría está representada por 10 ancianos que obtienen un puntaje de 21 a 30 que corresponde a un criterio evaluativo de normal y tienen estudios realizados hasta el nivel de secundaria.

Una minoría está representada por 1 anciano que obtiene un puntaje de 0 a 10 que corresponde a un criterio evaluativo de moderado-grave y tiene realizado estudios profesionales.

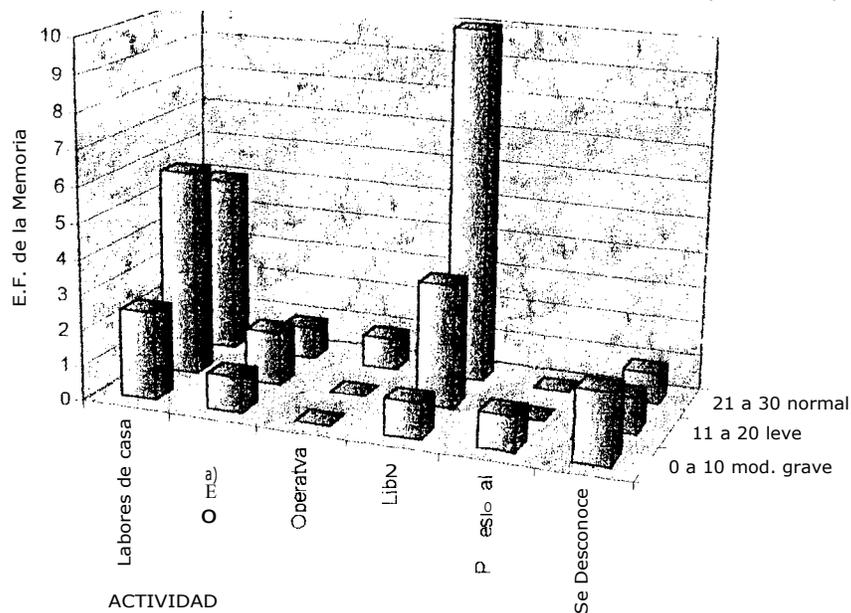
Una mayoría está representada por 7 ancianos que obtienen un puntaje de 11 a 20 que corresponde a un criterio evaluativo de leve y no tiene estudios realizados.

Una minoría está representada por 2 ancianos que obtienen un puntaje de 11 a 20 que corresponde a un criterio evaluativo de leve y tienen estudios realizados hasta el nivel de secundaria.

OBSERVACIONES:

El grado de instrucción alcanzado no siempre constituye un antecedente esencial, ya que sólo en algunos casos puede tomarse en cuenta como una de las causas que influye, en la declinación o deterioro de la memoria.

RELACIÓN OCUPACIÓN - ESTADO FUNCIONAL DE LA MEMORIA (Fuente Propia)

**GRÁFICO N° 12****INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA
TERCERA EDAD Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL**

La variable de ocupación indica la actividad laboral realizada en los últimos años por los ancianos.

La variable del estado funcional de la memoria, indica la condición en que se encuentra el proceso mnésico en la tercera edad.

La relación entre ambas variables, permite determinar si la actividad realizada en los últimos años tiene influencia en el estado funcional de la memoria.

Una mayoría está representada por 11 ancianos que obtienen un puntaje de 21 a 30 que corresponde a un criterio evaluativo de normal, y la actividad en los últimos años es libre (de forma independiente).

Una minoría es representada por 3 ancianos que obtienen un puntaje de 0 a 10 que corresponde a un criterio de moderado-grave y la actividad realizada en los últimos años es: 1 anciano actividad comercial, 1 anciano actividad libre y 1 anciano que ejercía actividad profesional.

Una mayoría está representada por 6 ancianas que obtienen un puntaje de 11 a 20 que corresponde a un criterio evaluativo de leve, y la actividad realizada en los últimos años es de labores de casa.

Una minoría está representada por 2 ancianos que obtienen un puntaje de 11 a 20 que corresponde a un criterio evaluativo de leve, y la actividad realizada en los últimos años es comercial.

OBSERVACIONES:

La ocupación adquirida y ejercida en los últimos años no está directamente ligada al rendimiento de la función, mnésica, sin embargo la cesación de una actividad puede influir en la declinación de las funciones intelectuales.

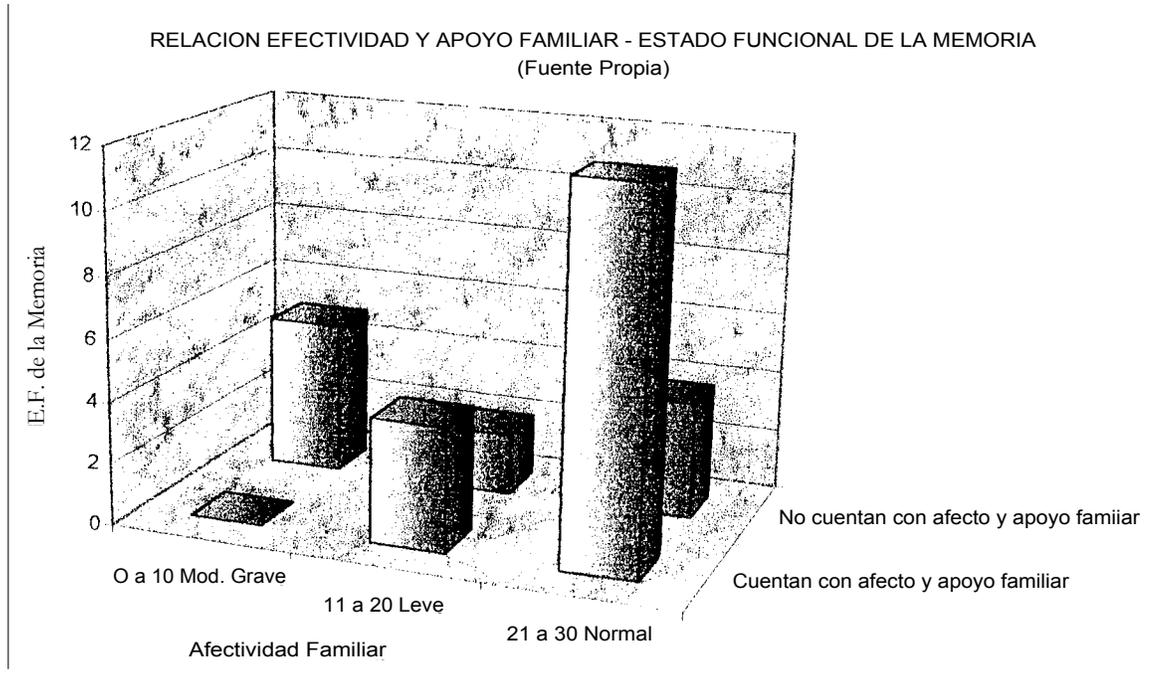


GRÁFICO N° 13

**INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA
TERCERA EDAD Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL**

La variable de afecto y apoyo familiar se refiere a la expresión, manifestación de amor, ligado a otros elementos que benefician y estimulan en cuanto a atención, comprensión, ayuda de quienes conforman personas significativas en su vida.

La variable del estado funcional de la memoria, indica la condición que se encuentra el proceso mnésico en la tercera edad.

La relación entre ambas variables es dada por el estímulo afectivo de parte de los familiares que permite estabilidad emocional en el anciano, por tanto el estado funcional de la memoria se mantiene reservado.

Una mayoría está representada por 16 ancianos que obtienen un puntaje de 21 a 30 que corresponde a un criterio evaluativo de moderado grave y cuentan con afecto y apoyo familiar.

Una mayoría está representada por 6 ancianos que obtienen un puntaje de 0 a 10 que corresponde a un criterio evaluativo moderado-grave y no cuentan con afecto y apoyo familiar.

Una minoría está representada por 4 ancianos que obtienen un puntaje de 11 a 20 que corresponde a un criterio evaluativo leve y no cuentan con afecto y apoyo familiar.

OBSERVACIONES:

Es evidente que la afectividad familiar es un componente necesario, evita en muchos casos la aceleración progresiva del debilitamiento global de las funciones intelectuales en la vejez.

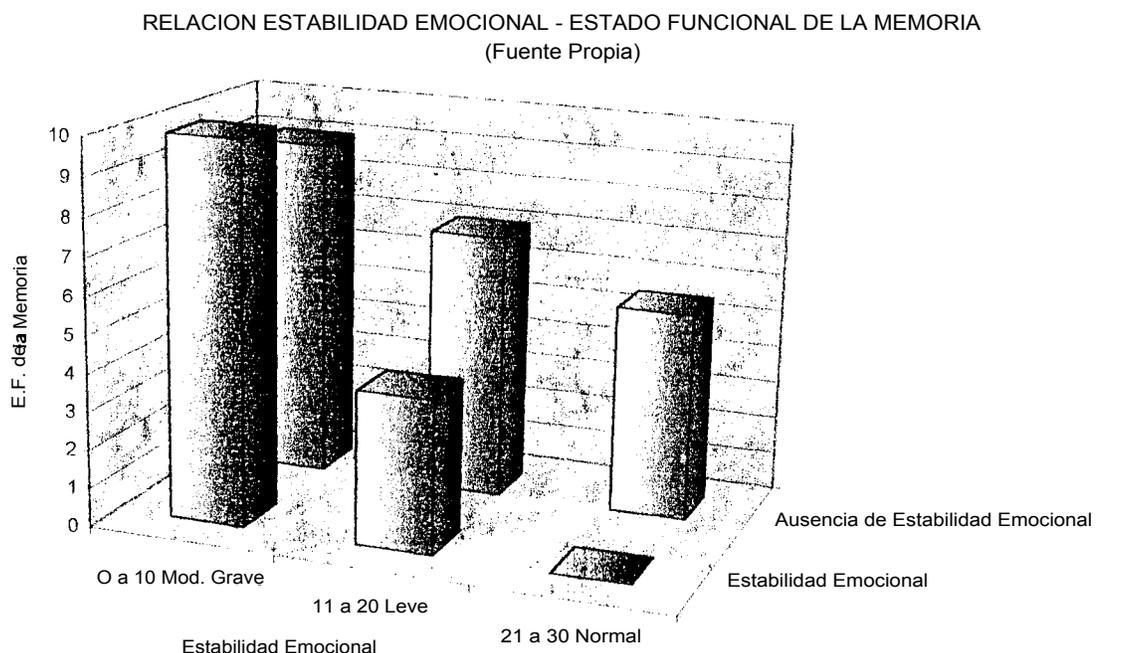


GRÁFICO N° 14

**INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA
TERCERA EDAD Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL**

La variable de estabilidad emocional indica la posibilidad de afrontar nuevas circunstancias en la vejez; de orden orgánico, psicológico y social.

La variable del estado funcional de la memoria, indica la condición en que se encuentra el proceso amnésico en la tercera edad.

La relación entre ambas variables, se refiere a que la presencia de estabilidad emocional en el anciano, frente a situaciones adversas propias de la edad, disminuye la posibilidad de una declinación o deterioro en la función de la memoria.

Una mayoría está representada por 11 ancianos que obtienen un puntaje de 21 a 30 que corresponde a un criterio evaluativo de normal y presentan estabilidad emocional.

Una mayoría está representada por 2 ancianos que obtienen un puntaje de 0 a 10 que corresponde a un criterio evaluativo de moderado-grave y presentan estabilidad emocional.

Una mayoría está representada por 9 ancianos que obtienen un puntaje de 21 a 39 que corresponde a un criterio evaluativo de normal y no presentan estabilidad emocional.

Una minoría está representada por 6 ancianos que obtienen un puntaje de 0 a 10 que corresponde a un criterio evaluativo de moderado-grave y no presentan estabilidad emocional.

OBSERVACIONES:

La ausencia de estabilidad se convierte en factor predisponente en la aceleración del debilitamiento, global de la función amnésica.

RELACIÓN GRADO DE INSTRUCCIÓN - OCUPACIÓN (Fuente Propia)

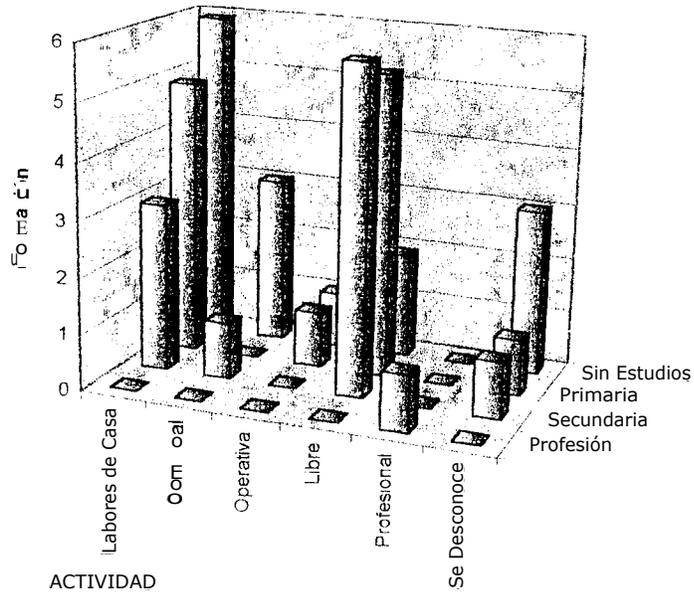


GRÁFICO N° 15

INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA TERCERA EDAD Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL

La variable de grado de instrucción indica los estudios alcanzados a lo largo de la existencia de cada anciano.

La variable de ocupación indica la actividad laboral realizada en los últimos años por los ancianos.

La relación entre las dos variables mencionadas es que: el grado de instrucción obtenido en una etapa de formación condiciona la ocupación laboral posterior.

Una mayoría está representada por 6 ancianas que adquieren ocupación en labores de casa y no tienen estudios realizados.

Una minoría está representada por 1 solo anciano que alcanza una profesión y la ejerce como tal.

Una mayoría está representada por 7 ancianos que adquieren actividades libres (mecánica, agricultura, conductores, etc.) y tienen estudios hechos hasta secundaria.

Una minoría está representada por 3 ancianas que tienen como actividad, labores de casa y tienen estudios hechos de secundaria.

OBSERVACIONES

Los niveles educativos, alcanzados generalmente están relacionados con la ejecución intelectual posterior; en este gráfico sólo existe 1 anciano de 40 que tiene una profesión y aunque no representa una muestra considerable genera una pauta en los resultados de la presente investigación.

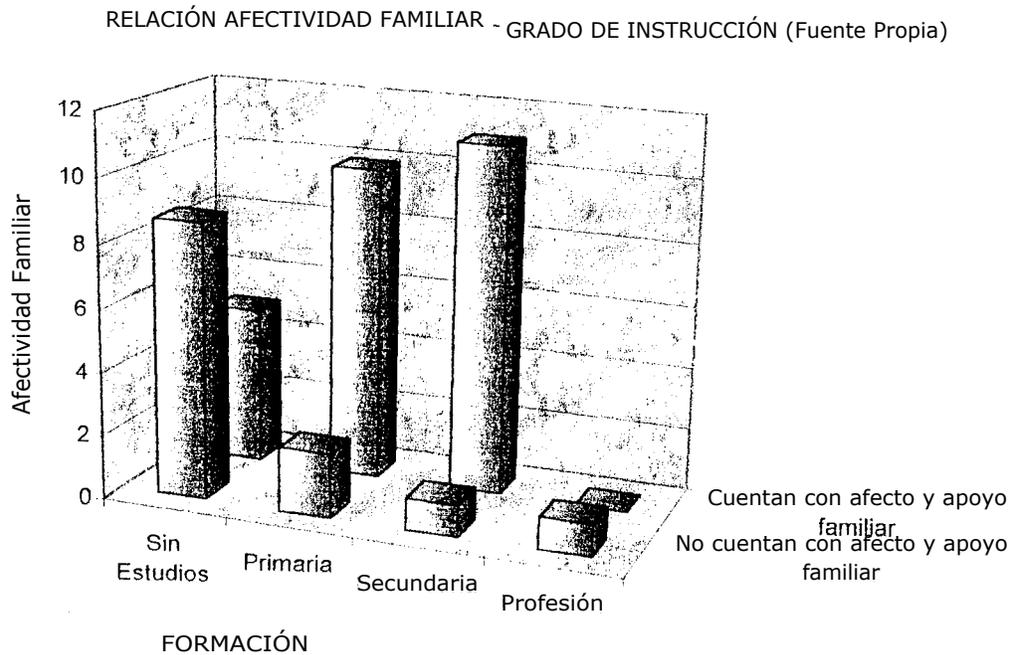


GRÁFICO N° 16

**INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA
TERCERA EDAD Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL**

La variable de afecto y apoyo familiar se refiere a la expresión, manifestación de amor ligado a otros elementos que benefician y estimulan al anciano en cuanto a atención, comprensión, ayuda de quienes conforman personas significativas en su vida.

La variable de grado de instrucción indica los estudios alcanzados a lo largo de la existencia de cada anciano.

La relación entre ambas variables es dada, por el nivel educativo alcanzado por el anciano que puede generar en algunos desvalorización intelectual, personal y por ende el estímulo afectivo está ausente. Aunque ciertamente en otros el grado de instrucción no tiene ninguna influencia.

Una mayoría está representada por 11 ancianos que cuentan con afecto y apoyo familiar y su nivel educativo alcanzando es hasta secundaria.

Una minoría está representada por 5 ancianos que cuentan con afecto y apoyo familiar y no tienen estudios realizados.

Una mayoría está representada por 9 ancianos que no cuentan con afecto y apoyo familiar y no tienen estudios realizados.

Una minoría está representada por 1 anciano que no cuenta con afecto y apoyo familiar y tiene realizado estudios profesionales.

OBSERVACIONES:

El enunciado mencionado en la relación de las presentes variables se muestra contradictorio en el sentido de que existe nivel educativo mínimo, pero a su vez el estímulo afectivo no está ausente.

En otro caso existe un nivel educativo alto y el estímulo afectivo que tal vez podría estar permanente se encuentra ausente.

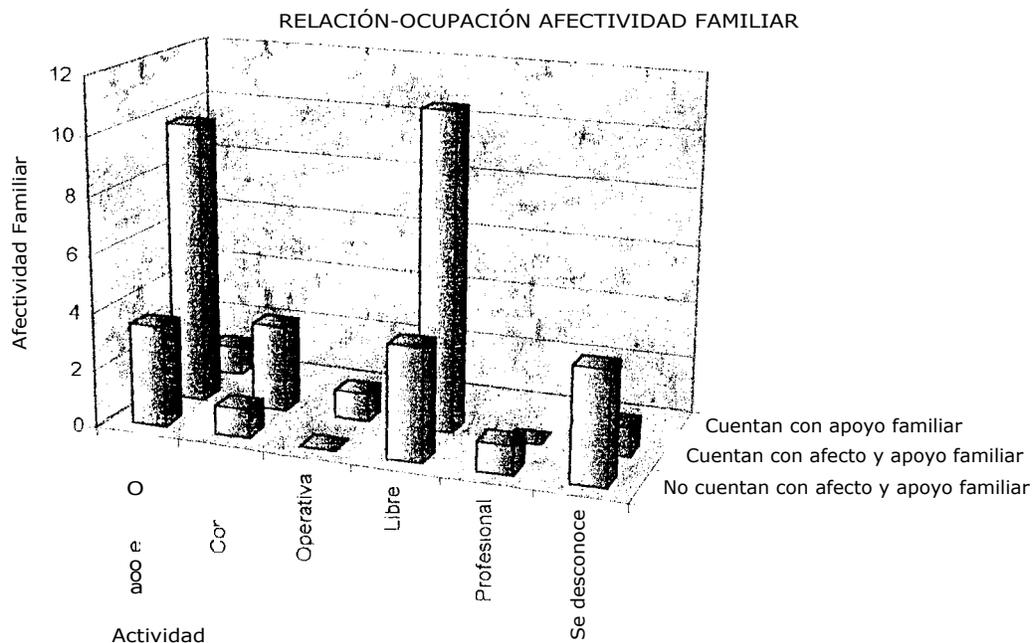


GRÁFICO N° 17

**INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA
TERCERA EDAD Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL**

La variable de ocupación indica la actividad laboral realizada en los últimos años por los ancianos.

La variable de afecto y apoyo familiar se refiere a la expresión, manifestación de amor ligado a otros elementos que benefician y estimulan al anciano en cuanto a atención, comprensión, ayuda de quienes conforman personas significativas en su vida.

La relación entre ambas variables, se da cuando el anciano deja de trabajar voluntaria e involuntariamente por diversas causas, entre ellas, enfermedad, jubilación, etc. Entonces surge el prejuicio en la sociedad, en los familiares. El anciano deja de ser productivo, pasa a depender por tanto disminuye en algunos casos el afecto y apoyo familiar.

Una mayoría está representada por 11 ancianos que tienen actividades laborales libres y cuenta con afecto y apoyo familiar.

Una minoría está representada por 3 ancianos que tienen actividades comerciales y cuentan con afecto y apoyo familiar.

Una mayoría está representada por 4 ancianos que realizan labores de casa y no cuentan con afecto y apoyo familiar.

Una minoría está representada por 1 anciano que ejerce su profesión; 1 anciano que tiene actividad comercial y no cuentan con afecto y apoyo familiar.

OBSERVACIONES

La ocupación ejercida no está directamente ligada con la presencia o no de afecto y apoyo familiar, sin embargo las actividades libres ejercidas independientemente, sin que exista jubilación o retiro, promueven en algunos casos, mayor efectividad.

El alcanzar altos estudios a nivel, intelectual y después observar declinación de las funciones intelectuales y el desempeño laboral puede influir en el estímulo afectivo.

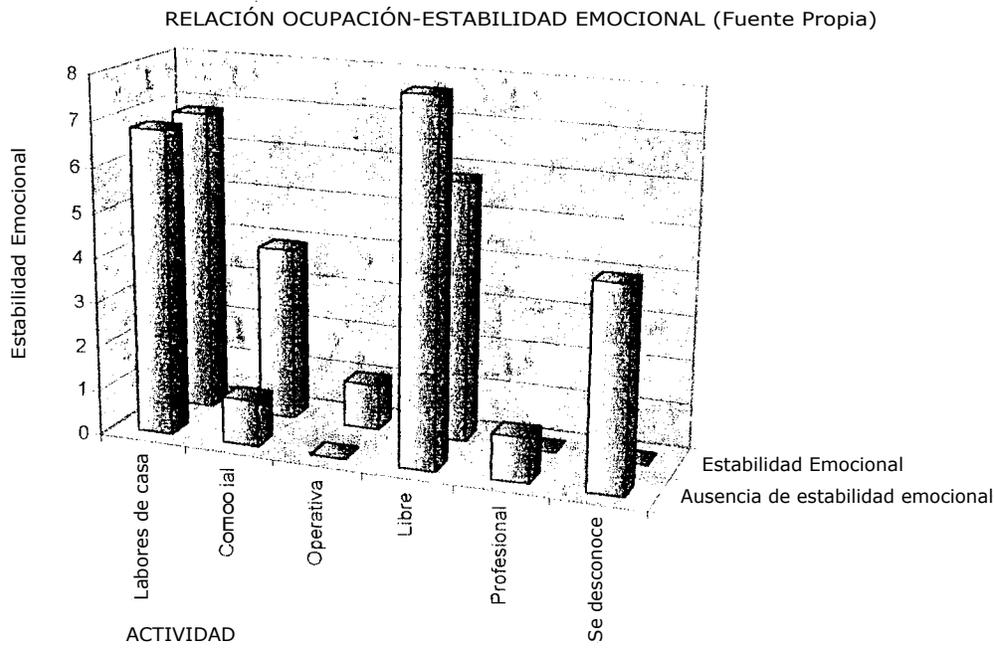


GRÁFICO N° 18

INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA
TERCERÁ EDAD Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL

La variable de ocupación indica la actividad laboral realizada en los últimos años por los ancianos.

La variable de estabilidad emocional indica la posibilidad de afrontar nuevas circunstancias en la vejez; de orden orgánico, psicológico y social.

La relación entre ambas variables se da cuando el anciano, deja de ejercer una actividad laboral determinada, por varias causas, entre ellas; el retiro, la jubilación, imposibilidad de seguir trabajando por factores de salud. Estas condiciones influyen en la estabilidad emocional, produciendo generalmente depresión con pensamientos negativos en cuanto a inutilidad, infravaloración como persona.

Una mayoría está representada por 7 ancianos que realizan labores de casa y presentan estabilidad emocional.

Una minoría está representada por 1 anciano que realiza actividad laboral operativa, (trabajo manual) y presenta estabilidad emocional.

Una mayoría está representada por 9 ancianos que no presentan estabilidad emocional y realizan actividades libres, (de forma independiente).

Una minoría está representada por 2 ancianos que no presentan estabilidad emocional, (1 anciano que ejerce su profesión y 1 anciano que realiza actividad comercial).

OBSERVACIONES:

Es evidente que no existe estabilidad emocional en aquellos que ejercen actividades laborales donde está comprometido en mayor grado el desempeño intelectual. Tomando en cuenta que el abandonar en este caso una actividad genera dificultad en afrontar esta nueva situación.

RELACIÓN ESTABILIDAD EMOCIONAL - AFECTIVIDAD FAMILIAR (Fuente Propia)

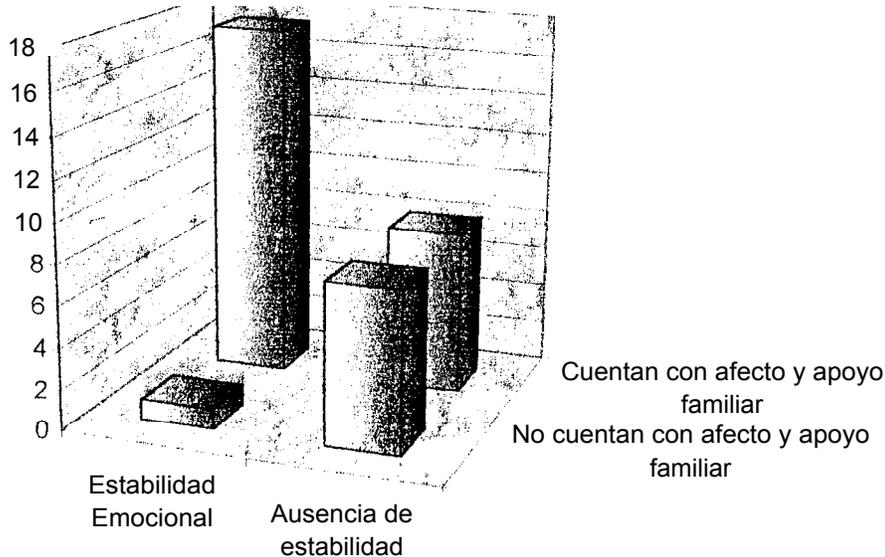


GRÁFICO N° 19

INVESTIGACIÓN: ALTERACIÓN DE LA MEMORIA EN LA TERCERA EDAD Y SU EFECTO PSICO-SOCIAL

La variable de afectividad y apoyo familiar, se refiere a la expresión, manifestación de amor ligada a otros elementos que benefician y estimulan al anciano en cuanto a: atención, comprensión, ayuda de quienes conforman personas significativas en su vida.

La variable de estabilidad emocional indica la posibilidad de afrontar nuevas circunstancias que aparecen en la vejez; de orden orgánico, psicológico y social.

La relación entre ambas variables se da cuando: el estímulo afectivo está presente en la ancianidad, existe mayor posibilidad de mantener estabilidad emocional en el individuo.

Una mayoría está representada por 17 ancianos que cuentan con afecto y apoyo familiar y presentan estabilidad emocional.

Una minoría está representada por 9 ancianos que cuentan con afecto y apoyo familiar, y no presentan estabilidad emocional.

Una mayoría está representada por 13 ancianos que no cuentan con afecto y apoyo familiar y tampoco presentan estabilidad emocional.

Una minoría está representada por 1 anciano que no cuenta con afecto y apoyo familiar y presentan estabilidad emocional.

OBSERVACIONES:

Es evidente que uno de los factores que condiciona la estabilidad emocional en la tercera edad es el estímulo afectivo de parte esencialmente de los familiares.

X. DEMOSTRACIÓN DE LA HIPOTESIS

N	VARIABLE	SUB-VARIABLE	HI	Ho	OBSERVACIONES
1	Estado Funcional de la memoria	<ul style="list-style-type: none"> - Registro - Almacenamiento - Retención memoria a corto plazo. - Nivel de orientación - Temporal - Espacial - Persona 	1		- En rendimiento funcional de la memoria, disminuye con la edad. Las áreas evaluadas determinan en algún grado un deterioro.
2	Patologías más frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> - P. Cardio vascular - P. Digestivas - P. Renales - P. Cerebrales - P. Pulmonar - P. Reumática 	1		Las patologías cardio vasculares son las más frecuentes en los ancianos. Dependiendo de la extensión de la lesión en el cerebro se ven afectadas las funciones intelectuales entre ellas la memoria.
3	Grado de instrucción.	Nivel Educativo Alcanzado: <ul style="list-style-type: none"> - Primaria - Secundaria - Profesión - Sin estudios 		1	El deterioro funcional mnésico no está directamente ligado con el nivel educativo.
4	Ultima instrucción	ACTIVIDADES <ul style="list-style-type: none"> - Act. Libre de forma independiente. - Labores de casa - Act. Comercial - Act. Operativa - Act. Profesional 		1	No existe causalidad y efecto, con el tipo de ocupación adquirida y el nivel funcional mnésico que tenga un individuo.
5	Afectividad y apoyo familiar	Cuenta con estímulo afectivo. <ul style="list-style-type: none"> - No cuenta estímulo afectivo. 			Contar con afecto y apoyo familiar constante, implica la posibilidad de mantener conservadas las funciones <u>intelectuales por más tiempo.</u>
6	Estabilidad Emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilidad emocional - Ausencia de Estabilidad Emocional 			La ausencia de estabilidad emocional es un factor predisponente que acelera en algunos ancianos la pérdida de la memoria.
7	Recursos Económicos	Cuenta con recursos Económicos <ul style="list-style-type: none"> - No cuenta con recursos Económicos 		1	Los recursos económicos no condicionan directamente un deterioro funcional de la memoria; anteceden sobre otras causas que si pueden <u>repercutir en el rendimiento mnésico.</u>

3 4

$$H_1 = \frac{4}{(3-4)}$$

$$H_0 = \frac{3}{(3+4)}$$

$H_1 > H_0 \rightarrow$ Demostración de la hipótesis de Trabajo.

La hipótesis planteada, se comprueba, demostrando que los factores psicosociales en la tercera edad; inciden en la aceleración de los trastornos y declinación de la memoria.

XI. CONCLUSIONES**A. GENERALES**

Como en todas las etapas el período de la vejez está esencialmente sujeto a modificaciones que difieren enormemente de un individuo a otro.

En primer lugar se incluye el envejecimiento de las funciones y órganos vitales. Este fenómeno se da desde el momento del nacimiento donde ya existen transformaciones a lo largo del desarrollo.

Como parte de una declinación general orgánica, el debilitamiento también de las funciones intelectuales se hace evidente en la edad avanzada, propiamente en el rendimiento habitual; el interés básicamente se centra en la función mnésica quien procesa y almacena las experiencias individuales y permite su utilización en situaciones diferentes.

En la ancianidad puede observarse lo siguiente:

- a) Las personas mayores tienden a percibir y comprender y dar una respuesta adecuada de forma más lenta al Material estímulo, REGISTRO.

- b) Las personas mayores presentan dificultad en almacenar información, la que puede durar poco tiempo o inclusive desaparecer, ALMACENAMIENTO.
- c) Las personas mayores tienen disminución en la habilidad de recuperar información — Material de largo plazo DETECCIÓN O RECUPERACIÓN.
- d) Las personas mayores evocan frecuentemente experiencias pasadas en circunstancias nuevas, para lo cual requiere más esfuerzo, RECUERDO O EVOCACION.

Los parámetros mencionados son adquiridos con los años. Dentro de la investigación en ancianos, sobre la memoria se obtiene:

Los ancianos no hospitalizados tienen un rendimiento superior en la función amnésica que los ancianos que están internados en un hospital, inclusive puede verse que mantienen con los años está ventaja lo que significa que personas entre 80 y 90 años tienen un ritmo de vida con una funcionalidad de la memoria conservada; la variante se da también en el sexo; los varones ancianos tienen mejor rendimiento funcional en la memoria que las mujeres ancianas.

Sin duda el inter-actuar con el medio ambiente, la posibilidad de vivir con salud, controlando las dolencias y adaptándose a los cambios físicos influye positivamente. Por otro lado en las personas internadas, en el Hospital de

Clínicas evaluadas individualmente, una mitad de esta población, presenta un nivel normal en el rendimiento intelectual, pese a la desventaja en la salud y las diversas situaciones personales que atraviesan. Cuando el curso del debilitamiento global intelectual sigue un curso acelerado se evidencia un deterioro; una de las causas que infiere en este hecho, directamente es el estado mismo de convalecencia; el malestar general condiciona un bajo rendimiento en la memoria, en este caso de forma transitoria con tendencia a mejorar.

Este deterioro se basa en los siguientes puntos:

- Déficit en la concentración, percepción de elementos externos, registro, detección y recuperación de un material determinado.
- Estado de confusión, la conciencia se ve afectada en la ubicación temporal, espacial y de persona.

Estos datos basados en la realidad tienden a eludirse fácilmente por la influencia de la enfermedad que genera debilidad funcional. Este criterio ha sido encontrado en menor proporción. Un deterioro profundo — grave, donde la función de la memoria está alterada, generalmente se da por las causas orgánicas. Un dato que lleva a concluir esta parte es que las afecciones más comunes en los ancianos son las cardiovasculares y una de las patologías que

emerge de este cuadro y produce lesión cerebral, es el accidente vascular cerebral, en este caso las áreas comprometidas dependen de la extensión de la lesión.

El origen de esto también es hallado en las demencias seniles producidas principalmente por factores orgánicos, aunque en algunos casos se dan por crisis emocionales no superadas (factores psicogenos). La cantidad de ancianos con este criterio es mínima comparada con los dos niveles de declinación mencionados en la edad avanzada. Se encontró sólo ocho personas que permiten dar a continuación características con referencia a este tipo de criterio:

La memoria presenta bajos niveles de concentración.

Existe Déficit perceptivo y atencional.

Dificultad en registrar información.

La recuperación del material a corto y largo plazo se ven alteradas.

Disminución del foco de la conciencia a través de la desorientación temporal, espacial y de persona.

Conjuntamente con el cuadro de trastorno mnésico mencionado puede verse:

- Deterioro intelectual; atención, percepción, pensamiento, juicio crítico, inteligencia.
- Alucinaciones visuales, auditivas.
- Pérdida del control de esfínteres
- Posiciones embrionarias, regresivas.
- Alteración de las conductas sociales.
- Depresión sintomática asociada a la patología.

Las reacciones frente a estas anomalías van desde la ansiedad, angustia, depresión como respuesta normal ante la presencia del estado convaleciente.

Estos elementos descritos son aspectos no profundizados, la necesidad de mencionarlos reside esencialmente en que están inmersos en un cuadro patológico y se relacionan mutuamente.

Las condiciones socio-culturales en la vejez influyen en una determinada población, por lo cual es preciso remarcar las características de las personas mayores investigadas. Proviene de una clase social entre media y baja, por consecuencia tienen escasos recursos económicos y en el mejor de los casos cubren sólo las necesidades existenciales básicas (alimentación, vivienda, salud).

El enfoque de la salud sin duda es uno de los problemas principales en esta etapa, el ingreso económico en pos de un tratamiento es grande, por las diversas complicaciones, la falta de este recurso obviamente recae en la ausencia de una recuperación a corto plazo que a su vez agudiza las enfermedades.

Una de las causas de esta problemática es la cesación laboral, forzosa en unos y voluntaria en otros, por jubilación, retiro o limitación física. Los cambios suscitados en la edad avanzada se relacionan entre sí y permiten inferir en un análisis concreto: el dejar de trabajar, de producir intelectualmente y sobre todo no financiar más los gastos personales y familiares tiende a repercutir en el anciano, es perceptible una preocupación constante, stress, lo que es hasta cierto punto normal. El problema emerge cuando estas condiciones inciden primero en el estado emocional, este desajuste transitorio en unos y duradero en muchos afecta la salud frágil y promueve un envejecimiento aún más rápido que le esperado. La tendencia a una nueva adaptación tarda, ya que el espacio vacío al cesar la ocupación laboral reduce las expectativas individuales y sociales, se crean sentimientos de inutilidad y una conformidad por falta de una estimulación externa, la habilidad creativa para tomar alternativas disminuye considerablemente como efecto del debilitamiento intelectual y de las situaciones adversas.

Las relaciones humanas una vez más destacan como fuente y base esencial de vida. Es común que baje el nivel de valorización hacia los ancianos de parte de la familia, obviamente esto no es una regla establecida que se presenta siempre, pero como en toda dificultad se hallan dos versiones y este estudio no escapa a este argumento ya que se da quienes reciben una adecuada valoración y lugar en el hogar.

La afectividad es un componente imprescindible en la edad avanzada resulta difícil encontrar a personas mayores estables emocionalmente cuando carecen de estímulo afectivo. La pregunta nace con la investigación en torno a si la enfermedad condiciona la manifestación, de amor, cariño, atención, ya que los resultados indican claramente contradicción al respecto: existe un número mayor de ancianos que cuenta con este beneficio, pero a la vez se observa una mayoría que no presenta estabilidad emocional. Obviamente la afectividad no es la única causa de una inestabilidad en el área emocional, sin embargo la deducción parte de que la carencia de este estímulo promueve estados depresivos marcados que a su vez dan inicio o están acompañadas de una variedad de alteraciones psicopatológicas funcionales como producto también de las transformaciones de la edad.

Se comprueba con los hallazgos que el nivel funcional de la memoria y el estado general del anciano; está directamente ligado con los aspectos psicológicos y sociales, actuando como causalidades y factores predisponentes, en un proceso normal mnésico de declinación, en un deterioro profundo o entre la variación de los dos con un curso leve. El grado de influencia difiere de sujeto a otro y no puede establecerse como una regla el tipo de vejez a obtenerse con los años.

El nivel educativo en la población investigada no ha sido ubicado como evento determinante, en un deterioro más rápido en la función mnésica, simplemente reside en antecedente que puede constituir en una pauta remota pero no definitiva en la identificación de causa-efecto y relación.

Pueden apreciarse problemas semejantes en la tercera edad en diferentes grupos sociales y culturales, pero la diferencia está en la forma de reacción y actitud a tomarse en las adversidades en la vejez.

La falta de conocimientos de la sociedad en general con relación a lo que es la Tercera Edad y sus características más comunes, tiene un aporte negativo imposibilita prevenir un sinnúmero de complicaciones y actuar positivamente con los ancianos.

El aporte del psicólogo es significativo en este campo, el trabajo multidisciplinario ejerce una influencia esencial y se fundamenta en abarcar los cambios y controlar las condiciones desfavorables. Puesto que no basta con conocer las características de la vejez y acomodarse al problema presente en cierto momento, sino que la labor a realizarse comienza desde edades tempranas, a través de la prevención en cuanto a una llegada favorable a la tercera edad, e incentivar que se valore este período como uno más en la vida.

B.-PARTICULARES

MUESTRA PILOTO

En un sondeo inicial que corresponde a una muestra piloto en 30 sujetos entre 60 a 90 años en ambos sexos, se obtiene que un 69,64% tiene un rendimiento conservado que implica un estado normal, que no descarta en ningún momento una declinación de las funciones cognitivas e intelectuales propia de la edad. Un deterioro evidente puede observarse en un 27% que presenta alteración en las áreas como: orientación temporal, espacial, registro, concentración y memoria a corto plazo, el nivel de respuestas en este grupo es deficiente por lo que la disminución de funciones vitales que permiten una independencia en actividades habitadas se ven totalmente limitadas. Un 2,5% tiene un deterioro leve en la

memoria que hace deducir que el debilitamiento, se encuentra en curso lento que tiende a ser progresivo. La edad de la población varía, porque se halla un 57,4% entre 71 a 80 años; un 38,26% se encuentra entre 60 a 70 años, estos porcentajes determinan una mayor población en estas edades. Un 4,3% se encuentra entre 81 a 90 años, este dato representa una menor población existente.

Con el objetivo de profundizar la muestra piloto se evaluó 6 sujetos entre 70 a 90 años, en ambos sexos; obteniendo que el 10% de las mujeres ancianas presentan condiciones favorables en el desempeño funcional de la memoria y 90% de los varones ancianos presentan condiciones favorables en el desempeño funcional de la memoria; esto significa que los varones ancianos a través de los años tuvieron menor pérdida de las funciones cognitivas e intelectuales.

Una comparación efectuada en las áreas evaluadas, determina que existe mayor dificultad en la orientación temporal en las mujeres ancianas, por lo que la noción del tiempo es mejor identificada en varones ancianos. En la orientación espacial en cuanto a ubicación personal de lugares, se evidencia mayor déficit en mujeres ancianas en relación a varones ancianos que responden acertadamente. El registro de palabras, elementos es equivalente en mujeres y varones ancianos. El nivel de concentración es superior en varones ancianos, observándose

disminución de esta capacidad en mujeres ancianas. La memoria de corto plazo en mujeres ancianas es débil funcionalmente, los ancianos varones tienen un rendimiento favorable. Sin embargo presentan también algunas falencias comunes de la edad.

Esta comparación define claramente mayor deficiencia en mujeres que en varones ancianos. Por otro lado los ancianos entre 70 a 80 años en ambos sexos tienen mejores condiciones funcionales en la memoria, los ancianos entre 80 a 90 años, también gozan de un rendimiento funcional conservado. Este factor llama la atención debido que la primera deducción inmediata sería que personas mayores de 80 años tendrían un nivel inferior en la función mnésica.

RESULTADOS OBTENIDOS EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS UNIVERSITARIO

Permite obtener las siguientes conclusiones: se encuentra un ingreso mayor de ancianos en el Pabellón Italia de Cardiología, lo que hace deducir que las principales afecciones en la vejez están en torno a problemas del corazón arteria y vasos que generan diversas patologías, entre ellas es común encontrar accidentes vasculares cerebrales, donde las manifestaciones clínicas son variables, depende de la extensión y localización de la lesión, para que algunas

funciones intelectuales sufran una alteración en su desempeño es común la arteriosclerosis trastorno que acompaña a la edad avanzada; la insuficiencia cardiaca, la hipertensión arterial. En este servicio también se incluyen patologías renales como los síndromes nefróticos que a la larga son pacientes terminales, patologías pulmonares como Bronconeumonías. El ingreso en el pabellón Británico de Medicina Interna es menor en relación al anterior, las patologías que llevan al anciano a este servicio son diferentes patologías digestivas donde se observan problemas gastrointestinales, desnutrición, hemorragias digestivas, patología endocrinológicas como ser diabetes mellitus, patología reumática con la presencia de artritis. El servicio de neurología y neurofisiología tiene un ingreso mínimo en ancianos, sin embargo se evidencian casos también de accidentes vasculares cerebrales derivados algunos de otros servicios; se hallan demencias seniles una esporádicamente, las que son producidas por diversidad de causas orgánicas con debilitamiento global profundo y progresivo que altera las funciones intelectuales y desintegra las conductas sociales.

El envejecimiento sistemático a través de los años de los diferentes órganos del cuerpo humano en la vejez se convierte en punto de inicio de la adquisición de enfermedades nunca experimentadas, en otros complica aquellas existentes en años anteriores. Debido a la disminución integral de las funciones en general, es fácil comprender que aparezcan enfermedades combinadas, ya que una

CAPITULO III DISEÑO DEL MODELO DE INVESTIGACIÓN Y RESULTADOS

patología en la ancianidad no viene sola, son varias las que se pronuncian y provocan diferentes malestares.

La declinación de las funciones cognitivas e intelectuales, en la tercera edad es un hecho natural, en unos sigue un curso lento en otros se acelera progresivamente. Los factores que condicionan a este aspecto, varían entre orgánicos en una patología determinada, psicológicos en el estado emocional del sujeto, social en situaciones de cambio como ser la cesación de una actividad laboral.

ESTADO FUNCIONAL DE LA MEMORIA

En la evaluación realizada en 40 ancianos, del estado funcional de la memoria en cuanto a áreas ya valoradas en la muestra piloto inicial. En orientación temporal, espacial, registro, concentración, lenguaje expresivo, operación tres etapas (secuencias), lectura, memoria a corto plazo, escritura y construcción. Se obtiene que 20 ancianos que corresponde la mitad de la población, en la funcionalidad de la memoria, tienen un nivel de respuestas acertadas y mínimas falencias que permite inferir que hay declinación en la función mnésica en un proceso natural.

Un número de 12 ancianos obtiene un criterio evaluativo de leve que permite deducir un deterioro mínimo en el rendimiento de la memoria, el nivel de respuesta presenta déficit que se da en algunos casos transitoriamente; el paciente hospitalizado puede tener confusión en orientación espacial, temporal, dificultad en concentrarse, registrar, desarrollar funciones de escritura y lectura por el mal estado general físico, mental, emocional que se convierte en una barrera que impide un desempeño intelectual favorable, a esto se suma el debilitamiento global natural en la tercera edad. Un deterioro profundo se encuentra en 8 ancianos donde se observa alteración en la memoria, este criterio evaluativo pertenece a moderado - grave que indica la presencia de un trastorno mnésico, este cuadro implica que las nociones básicas desarrolladas en alguna

etapa de la vida se hallan en un estado deficiente, las respuestas inducen a que la pérdida es extensa y que la función de la memoria no es la única afectada sino otras funciones intelectuales, también como: el pensamiento, atención, percepción, lenguaje, áreas motoras.

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Existen 14 ancianos que no tuvieron la posibilidad de estudiar, los conocimientos que alcanzaron son básicos, 13 ancianos realizan estudios hasta primaria y abandonan los mismos por diversas razones, el nivel de conocimiento como en el anterior es básico con algunas opciones de leer y escribir; 12 ancianos llegan hasta secundaria, los conocimientos tienden a ser más amplios; 1 anciano culmina estudios profesionales, el nivel de conocimientos es superior. Estos datos demuestran que una mayoría de la población en estudio mantiene un nivel relativamente mínimo de elementos básicos, cotidianos en torno a su propia situación, que en ningún momento desmerece otras habilidades adquiridas.

El ingreso al Hospital de Clínicas de pacientes por lo general pertenece a una clase social entre media y baja de escasos recursos, provenientes algunos de áreas rurales, que muy poca oportunidad tiene de estudiar y otros de terminar

CAPITULO III _____ DISEÑO DEL MODELO DE INVESTIGACIÓN Y RESULTADOS

una educación empezada. Este aspecto fue tomado en mucho tacto en la evaluación de los tests para evadir distorsión de los resultados.

ULTIMA OCUPACIÓN

Se encuentran 15 ancianos que realizan actividades libres de forma independiente (mecánica, costura, agricultura); 14 ancianas realizan labores de casa; 4 ancianos tienen actividad comercial (ventas de diversos productos); 1 anciano realiza labor operativa (embase de medicamentos); 1 anciano ejerce su profesión y 5 ancianos se desconoce la actividad que tienen por encontrarse en mal estado general y ausencia de antecedentes de terceras personas.

La variable de ocupación tiene bastante importancia, ya que el debilitamiento global de las funciones intelectuales tiene incidencia en la actividad laboral; casi siempre cuando se llega a la tercera edad, se da un descenso del trabajo habitual, inclusive una cesación definitiva; las razones son múltiples entre ellas, el retiro, la jubilación, enfermedades físicas que inhabilitan. Para algunos esto significa un descanso justo después de años trabajados, en otros reside en una situación que produce frustración, preocupación ante el cambio, esto depende de cuánto el individuo necesita el trabajo por el factor económico ó si verdaderamente prevalece un gusto en la actividad que genera auto-realización personal.

ESTABILIDAD EMOCIONAL

Se hallan 22 ancianos, que no presentan estabilidad emocional, en mayor número se evidencia depresión reactiva y en menor cantidad se advierte depresión sintomática, 18 ancianos se mantienen relativamente estables frente a la enfermedad y a los problemas que atraviesan individualmente.

La variable de estabilidad emocional permite inferir en el hecho de que normalmente en la ancianidad se observa un estado emocional expresado en depresión.

a) Reactiva: Por las circunstancias adversas, pérdida del cónyuge, jubilación que provoca baja autoestima, soledad, falta de estímulo afectivo, mínimos recursos económicos, etc.

AFECTO Y APOYO FAMILIAR

Se obtiene que 26 ancianos cuentan con estimulación afectiva, manifestada en apoyo, comprensión, y atención permanente. Son 14 ancianos quienes se hallan carentes de afecto, valoración de parte de los familiares, el origen de esto suele ser la falta de capacidad de los seres queridos de afrontar y sobrellevar los

cambios en la vejez por la poca información que tienen acerca de qué acciones tomar y cómo en toda etapa de la vida la variable de afectividad es un componente esencial para la estabilidad física y psíquica.

RECURSOS ECONÓMICOS

27 ancianos, que es una mayoría no tienen recursos económicos propios y son los familiares o instituciones quienes financian sus gastos, que no siempre son cubiertos a cabalidad. 13 ancianos son independientes en la parte económica, entre ellos están los que reciben una renta de jubilación o cuentan con algún negocio que produce ingresos.

No todos los ancianos al jubilarse o retirarse de la fuente de trabajo reciben una suma mensual de dinero, muchos pasan a depender de la familia.

La población estudiada corresponde a un sector que cuenta con escasos recursos económicos, pocos son los que acceden a mejores beneficios y cubren todas las necesidades de subsistencia.

La parte fundamental de esta investigación reside en el efecto que tienen los trastornos y declinación normal de la memoria en la vejez sobre aspectos psico-sociales.

RELACIÓN GRADO DE INSTRUCCIÓN — ESTADO FUNCIONAL DE LA MEMORIA

El estado funcional de la memoria no siempre está determinado por el grado de instrucción alcanzado, en algunos casos el nivel cognoscitivo obtenido permite utilizar este material a lo largo de los años. A mayor uso de la función mnésica mayor posibilidad de conservación.

Se hallan 10 ancianos que llegan hasta secundaria y presentan un rendimiento favorable con una disminución normal en la memoria, característica propia en la vejez.

Datos contradictorios de esta versión están: en 1 anciano que alcanza estudios superiores en una profesión, inversamente se da un deterioro con rasgos profundos, las áreas mayormente comprometidas son la Memoria, el pensamiento, juicio crítico, las conductas sociales que también se ven alteradas. Presentan 7 ancianos una declinación de sus funciones intelectuales;

propiamente la memoria en un estado leve o mínimo, no tienen estudios hechos, las causas tampoco están ligadas directamente con el grado de instrucción; la patología orgánica condiciona algunas veces un rendimiento inferior de lo esperado, en este caso se habla de los estados de confusión en situación de malestar general. Por otro lado 2 ancianos tienen estudios hasta secundaria y también presentan un deterioro leve o mínimo de la función mnésica. En algunos casos puede tomarse el grado de instrucción como antecedente influyente en el estado funcional de la memoria, el cuál de todas formas no se convierte en dato fundamental en la evaluación clínica de un sujeto con pérdida de memoria en la vejez.

RELACION ULTIMA OCUPACIÓN — ESTADO FUNCIONAL DE LA MEMORIA.

La actividad laboral es un evento social, que produce seguridad personal en cuanto a capacidad y esfuerzo brindado. El tipo de ocupación obtenido, el retiro o jubilación del sujeto condiciona algunas veces un rendimiento inferior al acostumbrado.

La conservación de esta función como en otras capacidades varía ampliamente en las personas mayores. Se encuentra que 11 ancianos realizan actividades libres (de forma independiente) donde no hay presión, ni supervisión de jefes superiores, ellos tienen un criterio evaluativo de normal en la funcionalidad mnésica; 3 ancianos realizan actividades entre: 1 anciano ocupación comercial (ventas), 1 anciano ocupación libre (de forma independiente), y 1 anciano que ejerce su profesión en este caso hay un deterioro profundo que corresponde a un criterio evaluativo de moderado-grave. Se hallan 6 ancianas que tienen como actividad labores de casa y presentan un criterio evaluativo de leve donde la declinación de la función mnésica es mínima. 2 ancianos que realizan actividades comerciales (ventas) también presentan un criterio evaluativo de leve. Por tanto la función intelectual de la memoria no siempre está determinado por el tipo de trabajo adquirido; hay algunas actividades que requieren un nivel intelectual superior, y se observa un deterioro mucho más severo. La relación

entre ocupación y funcionalidad de memoria específicamente no están ligadas, no hay causalidad y efecto lo que surge es una influencia en la cesación de una actividad por jubilación o retiro que provocan en algunos inestabilidad emocional personal, lo que puede acelerar el natural descenso de las funciones intelectuales en la tercera edad.

RELACIÓN AFECTIVIDAD FAMILIAR-ESTADO FUNCIONAL DE LA MEMORIA

La afectividad familiar juega un papel esencial en el anciano, contar con este estímulo permite mayor probabilidad de afrontar satisfactoriamente los cambios que ocurren en la vejez, tales como la disminución general de las capacidades; la viudez, el aislamiento social, jubilación o retiro. La falta de afecto y apoyo familiar tienden a acelerar el desgaste de las funciones intelectuales en algunos ancianos. 16 ancianos cuentan con estímulo afectivo familiar y tienen un desempeño normal en la función mnésica; 2 ancianos cuentan con afecto y apoyo familiar pero presentan un deterioro moderado-grave de la memoria; en 8 ancianos que también cuentan con estímulo afectivo existe una declinación leve o mínima de la función mnésica; 4 ancianos, una minoría no cuentan con esta parte fundamental de la afectividad y tienen un criterio evaluativo de leve que corresponde a una declinación de la función mnésica mínima.

Dentro esta población estudiada, se obtuvo que una mayoría de los ancianos cuentan con la parte afectiva, la aceleración progresiva del debilitamiento intelectual frecuentemente se da por causas orgánicas, sin embargo puede observarse que en algunos casos de deterioro severo en la función mnésica, disminuye en inicio la valorización hacia el anciano por ende hay un descenso del estímulo afectivo de quienes conforman su núcleo familiar.

Contar con afectividad constante en la tercera edad implica la posibilidad de mantener conservadas las funciones intelectuales por más tiempo, evitando un curso progresivo e irreversible en el declinamiento global intelectual.

RELACIÓN ESTABILIDAD EMOCIONAL — ESTADO FUNCIONAL DE LA MEMORIA

La variable de estabilidad emocional estudiada en las personas mayores infiere en el estado anímico en que se encuentran, por lo general caen en diversidad de trastornos funcionales, el trastorno afectivo más frecuente es la depresión generada en gran parte por factores psico-sociales, que de alguna forma afecta diferentes funciones del organismo, específicamente se evalúa la relación con el estado funcional de la memoria.

Se encuentra 11 ancianos que presentan estabilidad emocional y tienen un criterio evaluativo de normal en el nivel funcional de la memoria; 2 ancianos también presentan estabilidad emocional, el rendimiento de la función mnésica evidencia un deterioro moderado-grave; 9 ancianos atraviesan por una inestabilidad emocional representada en depresión reactiva y en algunos sintomática y mantienen su funcionamiento normal mnésico. En 6 ancianos como en el caso anterior se evidencia ausencia de estabilidad emocional conjuntamente con un deterioro funcional moderado—grave en la memoria.

El estado emocional en el anciano en la población investigada es estable cuando existe un rendimiento normal funcional en la memoria, se encuentra mayor posibilidad de manejo en situaciones adversas. Por otro lado, algunos ancianos que conservan un nivel funcional normal mnésico presentan inestabilidad emocional, lo que hace deducir y confirma la variación amplia de un individuo a otro, de acuerdo también a los antecedentes personales de cada uno. Puede observarse también que en deterioros mnésicos severos, la ausencia de estabilidad emocional por factores psico-sociales en el curso de una patología orgánica.

En síntesis la ausencia de estabilidad emocional es un factor predisponente que acelera en algunos ancianos la declinación de la función de la memoria.

RELACIÓN GRADO DE INSTRUCCIÓN — ULTIMA OCUPACIÓN

Generalmente los estudios hechos en una etapa de formación indican posiblemente la actividad laboral que se realiza como medio de auto-realización y para otros sobre todo como medio de subsistencia.

En la presente investigación se halla un número mayor de sujetos sin estudios; en las mujeres 6 ancianas desarrollan con frecuencia labores de casa, no representa un número considerable encontrar sólo 1 anciano con un nivel educativo superior que ejercía una profesión. Otras de las actividades más comunes son las libres (de forma independiente) en las cuales están incluidas ocupaciones como: mecánica, agricultura, conductores, los que optaron por estas alternativas son: 7 ancianos que tienen estudios hasta el nivel secundario; 3 ancianas tienen como ocupación labores de casa, pero a diferencia del grupo anterior tienen estudios hechos hasta el nivel secundario.

Casi siempre un mayor nivel educativo elevado condiciona un status ocupacional; en la población se halla un nivel inferior educativo, la mayoría no tiene estudios hechos, sobre todo en las mujeres, gran parte de ellas realizan actividades de labores de casa; un grupo menor alcanza estudios hasta

secundaria y desempeñan actividades libres, por tanto la cesación laboral está determinada por tres aspectos:

1. En algunos por la edad cronológica que recae en la jubilación o retiro.
2. El debilitamiento global de las funciones cognitivas e intelectuales conjuntamente con la declinación general de diversas funciones físicas que inhabilitan al anciano en sus actividades labores.
3. Las diferentes enfermedades que limitan el normal funcionamiento, por lo cuál se da una cesación forzosa.

RELACIÓN GRADO DE INSTRUCCIÓN — AFECTIVIDAD FAMILIAR

Es común en algunas familias valorizar a quien obtiene un nivel educativo superior, por ende la actividad laboral infiere en esta situación a mayor nivel intelectual; status, productividad, ingresos económicos, hay mayor valorización. La afectividad familiar obtenida por los lazos estrechos existentes: en el matrimonio, entre pareja, padres e hijos, abuelos con nietos, etc., se mantiene a través de los años en algunas familias por las condiciones mencionadas. Se evidencia que 11 ancianos con un nivel educativo hasta secundaria cuentan con afectividad familiar; 5 ancianos que no tienen estudios realizados también cuentan con estímulo afectivo. Son 9 ancianos que no cuentan con afecto y

apoyo familiar y no tienen estudios realizados; 1 anciano que no tiene tampoco estímulo afectivo tiene realizado estudios profesionales.

El nivel educativo alcanzado por el anciano no siempre tiende a condicionar la afectividad dentro el núcleo familiar, ya que se obtienen los dos aspectos a mayor nivel educativo, presencia de estímulo afectivo; a menor nivel educativo, sin estudios, ausencia de estímulo afectivo, estos resultados indican solamente un probable indicio de la variable del grado de instrucción alcanzado, sobre el estímulo afectivo.

RELACIÓN ÚLTIMA OCUPACIÓN — AFECTIVIDAD FAMILIAR

En la actividad laboral también puede existir una determinada influencia en la afectividad familiar, en la cesación de la ocupación por disminución de las facultades esenciales. Se halla 11 ancianos que tienen actividades libres (de forma independiente) y cuentan con estímulo afectivo; 3 ancianos que realizan actividad comercial (ventas) cuentan también con afectividad familiar. Se hallan 4 ancianas que tienen como actividad labores de casa y no cuentan con afecto y apoyo familiar; 2 ancianos: uno de ellos que ejerce su profesión, y 1 anciano que tiene actividad comercial (ventas) no cuentan con la parte afectiva.

CAPITULO III — DISEÑO DEL MODELO DE INVESTIGACIÓN Y RESULTADOS

Las actividades laborales libres (de forma independiente), tienden a tener mayor valorización de parte de quienes rodean al anciano, ya que son actividades que pueden cesarse por una causa determinada, pero a la vez puede retomarse si fuese necesario. Por tanto la afectividad familiar está vigente. En cambio se advierte en actividades como labores de casa en ancianas, una disminución del estímulo afectivo, ya que este trabajo dentro del hogar y para el resto de la familia puede crear dependencia, entonces cuando se presenta la cesación de esta actividad generalmente por enfermedad se observa desvalorización.

Esta situación repercute negativamente también, en un anciano que tiene ocupación a nivel profesional, al cesar sus funciones existe descenso en el afecto y apoyo familiar o por la ausencia de valorización. Esta variable no es la única que incide, sin embargo no deja de ser un antecedente relevante.

RELACIÓN ULTIMA OCUPACIÓN — ESTABILIDAD EMOCIONAL

Otra variable que se toma como parámetro dentro de lo que es la ocupación, es la estabilidad emocional como consecuencia de la cesación de la actividad laboral. Se encuentran 7 ancianas que realizan labores de casa y presentan estabilidad emocional; 1 anciano con actividad laboral operativa (trabajo manual) que también presenta estabilidad emocional; 9 ancianos que tienen actividades

libres (de forma independiente) no presentan estabilidad emocional; 2 ancianos; 1 que ejerce su profesión y 1 anciano que realiza actividad comercial tampoco presentan estabilidad emocional.

Los individuos que ejercen actividades totalmente independientes fuera del propio hogar y quienes comprometen en mayor grado la función intelectual presentan inestabilidad emocional. El dejar de trabajar, temporal o definitivamente trae consigo un conflicto interno, esta transición hacia una nueva situación produce ausencia de estabilidad emocional traducida por lo general en depresión.

RELACIÓN AFECTIVIDAD FAMILIAR — ESTABILIDAD EMOCIONAL

La familia cumple un rol esencial en el impartir afecto y apoyo constante a las personas mayores, que por la variedad de cambios requiere aún más de este estímulo. Se halla 17 ancianos que cuentan con la parte afectiva y presentan estabilidad emocional; 9 ancianos que cuentan también con afecto y apoyo familiar no presentan estabilidad emocional, se encuentran 13 ancianos que no cuentan con estímulo afectivo tampoco presentan estabilidad emocional; 1 anciano que no cuenta con la parte afectiva presenta estabilidad emocional.

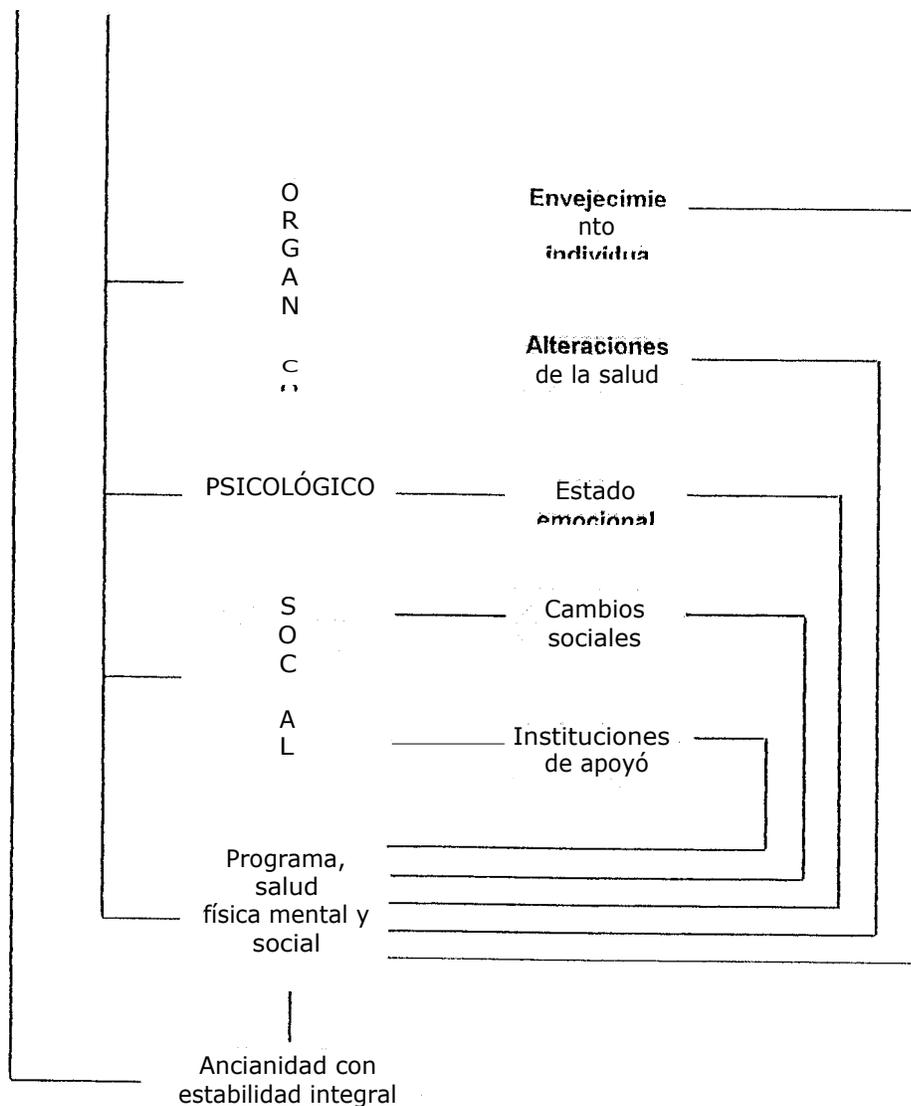
Es posible inferir a partir de estos datos; que la relación afectiva que se tiene con el anciano es fundamental, contar naturalmente con esta estimulación del área afectiva influye notablemente en lo que es el estado anímico, la carencia de atención, comprensión aporte afectivo desemboca por lo general en depresión cuadro que se encuentra con mayor frecuencia en personas de la tercera edad.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA OPERACIONAL, DE LA INVESTIGACIÓN

ESQUEMA PROPUESTA

Objetivo: Elaboración de Una orientación concreta, en base a la identificación de los problemas más relevantes en la edad avanzada. A partir de esto plantear medidas de prevención en cuanto a una llegada favorable a la tercera edad.



XII. PROPUESTA "UNA LLEGADA FAVORABLE A LA TERCERA EDAD"

CONCEPCIÓN GLOBAL

La llegada a la Tercera Edad difiere ampliamente de un individuo a otro, este proceso comienza a diferentes edades, entre 55 a 60 años en algunos 65 a 70 años en otros. Tiene su variación en el grupo humano a considerarse y depende de los factores biológicos y de las condiciones de vida.

Los cambios que implican una transición a esta etapa de la vida, con mayor trascendencia, están específicamente en tres niveles:

1. Orgánico
2. Psicológico
3. Social

1. NIVEL ORGÁNICO

La declinación o envejecimiento de las diversas funciones y órganos vitales en el individuo. Este envejecimiento puede presentarse sobre algunos órganos y funciones en momentos y modalidades diferentes.

Son comunes las múltiples enfermedades que alteran la salud en la vejez. Los factores causales están entre: el deterioro general biológico mencionado: los déficit alimenticios, los hábitos adquiridos en cuanto al papel de los abusos, alcohol, tabacos y otros que promueven diversidad de patologías.

2 NIVEL PSICOLÓGICO

Los diferentes cambios en la edad avanzada repercuten en el estado emocional, por lo general derivan en cuadros depresivos. La dificultad de afrontar; la pérdida del cónyuge, la carencia afectiva de los familiares, la inestabilidad en la salud, las limitaciones físicas y mentales, la institucionalización (ingreso a un asilo de ancianos) en algunos, la jubilación o retiro; son aspectos influyentes en la aparición de una variedad de trastornos psicopatológicos.

3. NIVEL SOCIAL

Las personas mayores por lo general no reciben una adecuada valoración social, a esto se suman los cambios sociales, el retiro, la jubilación, reduciéndose la actividad, los problemas de vivienda, económicos presionan al anciano, lo que influye directamente en la parte psíquica y emocional.

CAPITULO IV ————— PROPUESTA OPERACIONAL DE LA INVESTIGACION

Existen diversas instituciones encargadas de brindar atención a la población de ancianos con diferentes perspectivas como ser:

- Hogares o asilos de Ancianos.
- Hospitales de la Tercera Edad.
- Club de Ancianos.

HOGARES O ASILOS DE ANCIANOS

Estas instituciones son organizaciones dirigidas por voluntarios (comunidades Religiosas, profesionales). Albergan personas mayores, resuelven necesidades de vivienda alimentación principalmente. Algunos son Hogares de ancianos privados que cuentan con un equipo multidisciplinario (médicos, psicólogos, asistentes sociales, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeras). Los Hogares de Ancianos estatales generalmente sólo cuentan con un plantel médico que asiste esporádicamente, sin duda esto se convierte en una desventaja sobre todo para la vejez que necesita una atención continua en diversas áreas.

HOSPITALES DE LA TERCERA EDAD

Destinado fundamentalmente a los pacientes ancianos; con salas internación, consultorios externos, laboratorios, salas de rehabilitación.

CAPITULO IV PROPUESTA OPERACIONAL DE LA INVESTIGACION.

La atención es multidisciplinaria, que resulta eficaz en la evaluación diagnóstico y tratamiento. Las áreas que intervienen son: la Medicina (con sus diversas especialidades), la Psicología, la Asistencia Social, la Fisioterapia, Enfermería.

CLUB DE ANCIANOS

Es una institución social, las personas mayores que asisten, tienen la posibilidad de reunirse a través de actividades recreativas y culturales, la tendencia es la estimulación de aprendizaje, de habilidades; promueven salud integral, cuentan con diferentes profesionales a disposición exclusiva y permanente.

PROPÓSITO CENTRAL DE LA PROPUESTA

La elaboración de una orientación concreta, en base a la identificación de los problemas más relevantes en la edad avanzada a partir de esto se plantean medidas de prevención en cuanto a una llegada favorable a la tercera edad.

CRITERIOS DE DIFUSIÓN DE LA PROPUESTA

1. Identificación de la población en riesgo en la edad avanzada bajo los siguientes aspectos:

Los ancianos(as) que viven solos (por pérdida de cónyuge, separación abandono familiar)

La falta de estímulo afectivo que genera inestabilidad emocional, a través de un cuadro depresivo.

- Las personas mayores afectadas por enfermedades físicas, que inhabilitan la funcionalidad normal de sus actividades.

Las personas mayores afectadas por enfermedades mentales.

La cesación laboral con la jubilación o retiro que causa sentimientos de inutilidad, desvalorización y aislamiento social.

- La falta de recursos económicos como fuente de subsistencia básica.

Ancianos albergados en instituciones o Asilos donde no existe un equipo multidisciplinario para una atención completa e integral.

1. Esencialmente se busca a través de la información preventiva en el tema: se acceda a una vejez normal con salud física y mental.
2. La presente propuesta está dirigida a las personas de edad avanzada protagonistas principales de la misma y a quienes en un futuro corresponde vivir este período de la vida.

Ante las complejas necesidades en la vejez, se debe adoptar un criterio global de las medidas de prevención a tomarse en cuenta.

CAPITULO IV PROPUESTA OPERACIONAL DE LA INVESTIGACION.

Las medidas preventivas se dividen en dos partes:

a) Medidas de prevención antes de llegar al período concreto de la Tercera

Edad:

- Una alimentación equilibrada, en vitaminas, carbohidratos, proteínas, grasas, minerales, permite prevenir una variedad de patologías, un ejemplo es: (el déficit de calcio produce por lo general osteoporosis, causa principal de frecuentes fracturas en los ancianos).

Los diferentes hábitos y abusos adquiridos condicionan también diversidad de patologías, varias de ellas con resultados nefastos, ejemplo. (el alcohol, el tabaco). Por tanto si no puede haber abstinencia por lo menos se recomienda moderación.

- Mantener activa la función intelectual permanentemente, representa un indicador no siempre influyente en la conservación posterior de la función de la Memoria pero que debe tomarse en cuenta.
- En lo posible se debe mantener un índice de frustración alto frente a los problemas y dificultades en la vida, de no ser así pueden presentarse diversas psico-patologías en cuanto a los trastornos de personalidad que en

CAPITULO IV ————— **PROPUESTA OPERACIONAL DE LA INVESTIGACION.**

la etapa de la ancianidad se configuran en antecedentes relevantes, cuando el cuadro reaparece o tiende agudizarse.

De existir una psico-patología de causa orgánica, debe ser identificada a tiempo y controlada para evitar un curso progresivo y muchas veces irreversible ejemplo (una demencia).

Por tanto los dos enunciados anteriores sugieren una evaluación, diagnóstico y tratamiento a tiempo, no sólo en psico-patologías, si no en la salud en general.

En el núcleo familiar es importante educar en una concepción positiva de lo que significa la Tercera Edad. Partiendo de que la edad avanzada es un período más en la vida con características propias; en el evocar hemos pasados satisface; es una forma concreta de impartir y compartir experiencias, es una forma de decir: "Escúchame estoy aquí". Se tiende a vivir con más precaución, sin prisa con una demanda afectiva constante y tal vez es cuando recién se valora a plenitud la vida con salud.

B) MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN EL PERÍODO MISMO DE LA TERCERA EDAD

La dieta es importante en las personas de todas las edades, pero las personas de edad en particular pueden tener dudas acerca de lo que deben comer para mantenerse sanas: NIH

La mayoría de las personas aumentan de peso con mayor facilidad a medida que envejecen, pero necesitan la misma cantidad de la mayoría de los elementos nutritivos (vitaminas, minerales y proteínas). Esto significa que los ancianos en particular deben comer alimentos nutritivos y reducir su digestión de dulces, golosinas saladas, bebidas de elevado número de calorías de alcohol. NIH.

- El ejercicio también es importante para evitar aumentar de peso. NIH.

Las personas de edad deben consultar con sus médicos acerca de sus hábitos de comida, especialmente si sufren de una enfermedad que pueda requerir cambios en lo que comen o en la cantidad que ingieren. Esto es importante porque algunas medicinas tienen una interacción con

determinados alimentos, lo que puede cambiar el efecto de la medicación y otras drogas pueden alterar las necesidades nutricionales. NIH.

- Demasiada grasa y sal pueden contribuir a las enfermedades del corazón, alta presión arterial y las hemiplejías, NIH.

Muchas personas de edad no ingieren suficiente calcio, mineral, que el cuerpo utiliza en diversas formas. El calcio es especialmente importante para crear y mantener huesos y dientes sanos. NIH.

- En lo que respecta al déficit funcional de la memoria en la ancianidad a nivel psiquiátrico existen variedad de fármacos utilizados como estimulantes en tratamientos de las alteraciones intelectuales. A nivel psicológico la alternativa reside en la estimulación en la ejecución de tareas que mantengan activa la función mnésica a través de lectura, escritura, desarrollo de habilidades relacionado al aprendizaje. Las ayuda memoria, en la vida diaria a partir de fichas, de las actividades a realizarse en el día. Es importante que la familia proporcione información constante de la ubicación espacial, temporal con datos acerca del día con un calendario próximo, hora, lo que ocurre en las inmediaciones, así como eventos nacionales, mundiales.

Es fundamental que la familia de las personas mayores, estimulen afectivamente, enfatizando la participación del anciano en los temas concernientes al núcleo familiar, valorar las habilidades que tienen, hacerles sentir útiles y necesarios con pequeños trabajos. El cariño es esencial, las demostraciones afectivas, el respeto y saber escuchar experiencias negativas y positivas, hacen sentir seguridad interior y disminuyen la posibilidad de caer en depresiones o que algunas enfermedades del momento agudicen.

Se habla frecuentemente de "Achaques en la vejez", en las familias y la sociedad, esto se refiere propiamente a las quejas hipocondríacas, apego a la rutina, retracción afectiva y social, egoísmo, avaricia, manías, obsesiones, fobias, depresiones. Cuando existe este tipo de indicios es cuando suena la alarma y se debe inmediatamente buscar ayuda profesional con intervención multidisciplinaria.

Una vez identificado un trastorno psico-patológico ya sea funcional (trastornos afectivos) reacciones patológicas de adaptación, neurosis o psicosis; (trastornos orgánicos cerebrales) síndrome confusional, demencias. Para determinado tratamiento a seguirse, la familia participa como componente determinante en pos de la recuperación del anciano.

Si se diagnostica una enfermedad irreversible: ejemplo (una demencia multi-infártica), todavía hay mucho que puede hacerse para tratar al paciente y ayudar a la familia a enfrentar la situación. El uso cuidadoso de medicinas puede reducir: la agitación, ansiedad y depresión y puede mejorar el sueño, si hiciera falta. NIH.

- Por diferentes causas se produce el ingreso a una institución o Asilo de Ancianos en la edad avanzada, por falta de recursos económicos, vivienda, alimentación, atención adecuada, se recurre a esta opción. Sin embargo están aquellos ancianos que contando con todo lo mencionado y más, hacen también su ingreso.
- En lo posible la familia debe evitar el llevar al anciano a un asilo, puesto que esto tienen incidencia en el estado emocional produciendo depresión, ansiedad, angustia, soledad, tristeza.
- De no existir otra alternativa y la decisión es tomada por los familiares, no es aconsejable llevar a las personas mayores bajo falsas premisas; es importante dar a conocer la decisión al anciano; el ingreso debe ser

paulatinamente, con visitas previas y luego el ingreso definitivo, con opción de visitar a sus familiares los fines de semana o viceversa.

Es esencial que las instituciones de este tipo cuenten con un equipo multidisciplinario: Médicos, Psicológicos, Asistentes Sociales, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Enfermeras.

Los Hospitales de la Tercera Edad facilitan la intervención a tiempo y la identificación de los aspectos relevantes que alteran la salud mental, física, emocional, por lo tanto la creación de más servicios hospitalarios se hace evidentemente necesario en nuestro medio.

Se recomienda la asistencia a los clubes de ancianos que promueven las relaciones sociales a través de actividades recreativas y culturales. Existen pocos centros aún y sería positivo la aparición de otros con acceso a todo tipo de población.

- En el área social, en las fuentes laborales, en el tema de Retiro o Jubilación específicamente involuntaria; debería basarse en una evaluación de la capacidad y habilidades que se mantienen en muchos ancianos antes de

basarse en la edad cronológica que no está relacionada con el tipo de desempeño en personas mayores.

La Terapia ocupacional que consiste en actividades , recreativas, adquisición de nuevas habilidades, permite canalizar la energía que tienen muchos ancianos y hacer uso del tiempo libre de forma positiva.

Parecen existir ciertos cambios físicos y mentales que se producen en la vejez aún en personas sanas, pero a la larga, puede evitarse mucho dolor y sufrimiento si los ancianos, sus familias y los diversos profesionales comprenden que la "senilidad" (vejez patológica) no forma parte del envejecimiento normal. NIH.

XII. RECOMENDACIONES

El tema de la ancianidad resulta bastante extenso y controversia! por la variedad de eventos que se dan, más aún puede observarse este hecho, cuando se decide realizar una investigación conducida a conocer aspectos relevantes de esta época. Existen muchos estudios realizados en otros países que permiten sin duda tener una visión general y particular de los procesos de cambio que viven las personas mayores. Es oportuno mencionar que no todos los alcances científicos en el área de psicología en naciones desarrolladas no se acomodan a nuestro medio y realidad, por lo cual, la necesidad de abarcar, priorizar esta etapa tiene una evidente importancia.

Es oportuno remarcar después de los hallazgos obtenidos en la presente investigación; que la edad avanzada responde esencialmente a tres factores básicos: biológico, psicológico y social. Están relacionados estrechamente por la influencia que ejerce uno sobre el otro que determinan frecuentemente los problemas y dificultades adquiridas con la edad.

Las áreas intelectuales en el ser humano se consideran como vitales, por la enorme función que cumplen, desde tareas simples a complejas. Si en algún momento de la existencia estas funciones intelectuales están en pleno desarrollo,

CAPITULO IV **PROPUESTA OPERACIONAL DE LA INVESTIGACION**

en otro alcanzan plenitud en cuanto a utilización y rendimiento. En la tercera edad se advierte un descenso, el que puede ser lento, acelerado, progresivo, dependiendo estrictamente de las circunstancias individuales. En el análisis efectuado específicamente se ha colocado la memoria en la vejez, con sus tres criterios evaluativos; normal, leve y profundo, para diferenciar el nivel de declinación como efecto de factores biopsicosociales que consecuentemente inciden en gran magnitud.

MEDICINA ← TERCERA EDAD -> PSICOLOGÍA

NEUROLOGÍA

CLÍNICA

PSIQUIATRIA

NEUROLÓGICA

GERIATRÍA

Especialidad en ancianos

Enfoque: destinado a investigar el nivel funcional e intelectual de la edad avanzada.

El factor psicológico en la ancianidad como en todas las edades debe ser identificado por la presencia de una gama de condiciones favorables y desfavorables que se dan y consecuentemente producen diversidad de alteraciones psico-patológicas funcionales. Entre ellas la depresión que comúnmente prevalece, dato que ha sido comprobado en la población evaluada. Sin embargo no se descarta en un caso dado, además de contar con un trastorno afectivo (estado depresivo) reactivo, o sintomático, que el anciano presente trastornos de comportamiento, pronunciados en su hogar en la institución que reside. Para la deducción de las causalidades de estos trastornos e inferir en un análisis es relevante conocer; el tipo de relación que el anciano tiene con la familia, las actitudes y conducta que le caracteriza en su hogar o

asilo. El proceso de adquisición de conocimiento al respecto incide en varios eventos, que se incluyen en la tercera edad.

El contexto social no está alejado de inestabilizar el nivel emocional por el stress, agudización de enfermedades emergentes ocasionalmente o condicionadas. Inferir en los cambios sociales sistemáticamente implica una perspectiva del grado de adaptación que puede darse individual o por grupo: cultura, clase social, educación en las personas mayores.

El campo de acción de la psicología en esta época de la vejez es amplio y motiva a múltiples cuestionamientos que surgen en base a lo obtenido. El reto se encuentra en continuar con otros estudios que faciliten el trabajo profesional con esta población en nuestro medio con resultados y conclusiones explícitos e implícitos.

XIII. DISCUSIÓN

Definitivamente el fin de una investigación en cualquier ciencia a tratarse, implica una serie de conocimientos en torno a una realidad, que posiblemente se la conocía en teoría, lo cual en una ciencia como la psicología no basta por el constante avance que tiene en diferentes problemáticas y en cierta forma también limita el campo de acción.

Cuando se trazan los objetivos en un estudio, se espera cumplirlos a cabalidad, pero el camino que recorre un investigador no es un prado lleno de flores, existen ríos que cruzar, montañas que subir, pero a la vez estas subidas y bajadas se convierten en el más dulce de los desafíos a lograrse.

Específicamente se ha visto en la investigación hecha algunas variables no tomadas en cuenta, inmersas y procedentes de la misma, referidas a la población estudiada. En metodología se denominan variables extrañas que surgen y que no siempre pueden ser controladas. Es así que se atribuye a la variable de "enfermedad" este concepto, puesto que el estado de anormalidad o afección orgánica, contribuye en un bajo rendimiento funcional general y por ende el área mnésica se incluye.

El criterio evaluativo que se adopta en esta circunstancia debe ser cuidadoso, no se puede actuar estrictamente al evaluar el nivel funcional intelectual.

No resulta lo mismo aplicar un test de evaluación mental o una persona que mantiene una salud estable y por lo tanto tiene mayor posibilidad de responder acertadamente.

Indudablemente el manejo adecuado de las variables es de enorme importancia en el análisis de un fenómeno. Ocasionalmente la variable del factor cultural ha jugado un papel esencial al definir las características propias de la población en estudio. Por lo general los pacientes que ingresan al Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, sin el afán de caer en prejuicios, provienen en su mayoría de un grupo social; con escasos recursos económicos; no todos cuentan con estudios hechos a nivel escolar, superior y otros; algunos son del área rural. Esto evidentemente presenta ciertos problemas a la hora de emitir una impresión diagnóstica, entorno, al interés propio de la investigación, con respecto a la presencia o no de una alteración en la memoria. Al igual que en la variable de enfermedad, el proceso de evaluación tiende a ser flexible por estas circunstancias, que llevan inclusive a cambiar las palabras de una pregunta con otras más sencillas que contienen un mismo significado, para una mejor percepción y comprensión.

Por otro lado los ancianos requieren más tiempo al formular respuestas, al efectuar tareas, lo cual consecuentemente hace que el trabajo del investigador sea más largo, a la vez promueve la observación sistemática, de los detalles; en la forma de reaccionar y de actuar de las personas mayores frente a ciertos estímulos externos.

Las implicaciones de la tercera edad son múltiples, una antecede a la otra encadenadamente y desembocan en una variedad de ramificaciones, donde debe hallarse el punto de partida que genera infinidad de problemas tocados en la presente investigación. Uno de los aspectos que es efecto de la edad avanzada, de eventos psicológicos y sociales que vive individualmente un anciano; es la labilidad emocional que emerge ante situaciones de stress y que fácilmente aparece con el simple hecho de tocar vivencias desfavorables.

La importancia radica en saber reconocer en que momento las personas mayores presentan este cuadro y si existen los indicadores que promueven lo enunciado. Hay sujetos que utilizan el cuadro de labilidad emocional como mecanismo, en la búsqueda de algún tipo de beneficio secundario.

El enfoque de la tercera edad para cualquier análisis es biopsicosocial que permite ver los efectos interactuantes entre si, aunque con esta concepción no

se pretende decir que no se debe estudiar aisladamente cada una de estas entidades.

Actualmente existen varias investigaciones en relación a la tercera edad sobre todo en la ciencia médica a través de la geriatría, con perspectivas en la salud.

La necesidad de que la psicología en nuestro medio, desarrolle diferentes análisis y proporcione hallazgos con referencia a la vejez tiene bastante prioridad. Ya que las conclusiones obtenidas en la presente TESIS no se convierten en absolutas y demuestran solamente una aproximación de los principales acontecimientos vistos, en la edad avanzada.

XIII. ADENDUMS

A. BIBLIOGRAFIA

BIZE Y C. VALLIER c.

"Una nueva Vida" La tercera Edad Comprender Saber Actuar

Ediciones Mensajero Auda, Universidades, 13 Apartado 73 BILBAO 1973.

DIANE E. PAPPALIA-UNIVERSITY OF WISCONSIN MADISON SALLY
WENDKOS OLDS. "Desarrollo Humano". Segunda Edición, Primera Edición en
Español".

GUILLERMO VIDAL-RENATO D. ALARCON. "Psiquiatría", Editorial Médica
Panamericana. Buenos Aires 1986.

Dr. GUTIERREZ Alex. "Corteza Cerebral y Funciones Intelectuales del Cerebro".
Material de Psicofisiología, Carrera de Psicología, U.M.S.A.

HAROLD J. KAPLAN M.D. — BENJAMÍN J. SADOCK M.D. TRADUCCIÓN DR.
JORGE VIGIL RUBIO, PSIQUIATRA. "Compendio de Psiquiatría". Segunda
Edición Salvat Editores S.a. Barcelona-Madrid España, 1984.

ULRIC NEISSER-TRADUCCIÓN SERAFIN MERCADO PROFESOR DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. "Psicología Cognoscitiva". Editorial Trillas, México, 1976.

NH Un Reporte de los Institutos del Departamento de Salud y Servicios Sociales Bethesda, Maryland. "En Busca de una Buena Salud".

SEMINARIO
TEMA DE PSICOGERONTOLOGIA
[http: //psiconet.com/seminarios](http://psiconet.com/seminarios)
[@psiconet.com](mailto:psiconet.com)

ANEXOS

EXAMEN MENTAL ABREVIADO

(POLSTEIN MP. POLSTEIN SE MCHUGH PR. 1975)

(TRADUCCION/ADAPTACION RG. LÓPEZ 1992)

	Prueba Específica	Area Cortical y Función Evaluada	Pje.
1.	Qué año/estación/Día/Fecha/ Mes/ Estamos?	Orientación (Frontal)	0-5
	En qué País/Departamento/ Barrio/Avenida/Hóspital) Estamos?	Orientación (Frontal)	0-5
	Repita tres items o nombres de cosas/personas.	Registro (Frontal)	0-3
	Sustracción seriada de 7, o deletrear "Mundo" al revés.	Concentración (Frontal)	0-5
	Nombrar un reloj pulsera y un lapicero, al verlo.	Nominación (Tampoco - Parietal Dominante).	0-2
	Decir "Ni Aurelio ni yo"	Lenguaje Expresivo (Frontal Dominante)	0-1
	Coja este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngala en la mesa.	Operación de tres etapas secuencias (Frontal)	0-3
	Lea "Cierre los ojos" y cumpla la orden	Lectura (Temporo-Parietal Dominante)	0-1
	Recordar tres nombres o items del punto tres.	Memoria de Corto Plazo (Hipocampo Dominante)	0-3
	Escriba una frase	Escritura (Temporo-Parietal Dominante).	0-1
	Copiar pentágonos que se intersectan.	"Construcción" (Parietal no Dominante)	0-1
		TOTAL	30

HOSPITAL DE CLÍNICAS

SERVICIO DE:

CUESTIONARIO

DATOS PERSONALES

Edad: Sexo

Fecha y Lugar de Nacimiento:

Estado Civil:

Grado de Instrucción:

Última Ocupación:

DATOS FAMILIARES

Edad del Cónyuge:

Salud del Cónyuge:

Nº de Hijos y Edades:

Salud de los Hijos:

Antecedentes Psico-Patológicos en los Familiares:

.....

Relación Familiar:

Actualmente con Quién y donde Vive:

Situación Económica:

HISTORIA PERSONAL

Antecedentes Relevantes de la Vida Personal:

.....

Antecedentes Psico-Patológicos:

Diagnóstico Médico:

GSintomatología del Paciente:

Estado Emocional Actual:

Adaptación Social:

Observaciones:

