



64 29

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**EVALUACION NEUROPSICOLOGICA  
EN ANCIANOS CON DEMENCIA**

**T E S I S**  
**DE INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA**  
**PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A N**  
**BLANCA ESPERANZA JIMENEZ ALONSO**  
**MARIA TERESA SEPULVEDA GARCIA**  
**JOSEFINA ELVIRA TREJO HUERTA**

**ASESORES:**

**DRA. EMMA ESPEJEL ACO**  
**DR. RICARDO VALLIN MAGAÑA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1990



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

INTRODUCCION . . . . .	I
------------------------	---

### CAPITULO I

EL FENOMENO DEL ENVEJECIMIENTO . . . . .	1
ASPECTOS SOCIALES DE LA VEJEZ . . . . .	7
ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL ENVEJECIMIENTO . . . . .	26
INTELIGENCIA . . . . .	27
APRENDIZAJE Y MEMORIA . . . . .	33
PERCEPCION, DESTREZA Y APTITUDES ESPECIFICAS . . . . .	37
PERSONALIDAD . . . . .	44
ASPECTOS FISICOS DE LA VEJEZ . . . . .	50

### CAPITULO II

LOS TRASTORNOS MENTALES EN EL ANCIANO . . . . .	72
ALTERACIONES PSIQUICAS EN LA PRESENILIDAD . . . . .	80
DEMENCIA SENIL . . . . .	92
ENFERMEDADES QUE CAUSAN DEMENCIA . . . . .	93
FORMAS CLINICAS DE DEMENCIA SENIL . . . . .	97

### CAPITULO III

TEORIAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO . . . . .	101
TEORIAS DEL DESARROLLO . . . . .	103
TEORIAS QUE SE ADAPTAN PARA EXPLICAR LA SENESCENCIA . . . . .	105
TEORIAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO . . . . .	107
TEORIAS SOBRE EL APRENDIZAJE . . . . .	108
TEORIA DE LA PSICOLOGIA INDIVIDUAL . . . . .	110

TEORIA DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES . . . . .	110
--	-----

EFEECTO DE LA TEORIA DE LA EVOLUCION EN LA TEORIA DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES . . . . .	110
--	-----

CONSIDERACIONES FILOSOFICAS E HISTORICAS . . . . .	111
--	-----

PRIMEROS ESTUDIOS DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES . . . . .	114
--	-----

#### CAPITULO IV

PRUEBAS PSICOLOGICAS . . . . .	118
--------------------------------	-----

DESARROLLO DE LA INVESTIGACION . . . . .	121
--	-----

ANALISIS DE LAS PRUEBAS . . . . .	123
-----------------------------------	-----

TESTS DE INFORMACION MEMORIA Y CONCENTRACION ('I.M.C.T.') . . . . .	129
--	-----

ESCALA DE DEMENCIA . . . . .	131
------------------------------	-----

ESCALA QUE CLASIFICA LA DEMENCIA . . . . .	134
--	-----

TEST MENTAL ABREVIADO ('A.M.T.') . . . . .	138
--	-----

EVALUACION DE LA CONFUSION MENTAL . . . . .	140
---	-----

TEST DE RECONOCIMIENTO DE ESTIMULOS ('S.R.T.') . . . . .	143
--	-----

ESCALA EXTENDIDA DE LA DEMENCIA ('E.S.D.') . . . . .	145
--	-----

BATERIA DE KENDRICK PARA LA DETECCION DE DEMENCIA EN LOS ANCIANOS . . . . .	150
--	-----

LISTA DE VERIFICACION PARA DIFERENCIAR LA PSEUDO-DEMENCIA DE LA DEMENCIA . . . . .	154
---	-----

ESCALA DE ORIENTACION PARA PACIENTES GERIATRICOS . . . . .	157
---	-----

ESCALA DE APELACION JERARQUICA DE LA DEMENCIA . . . . .	160
--	-----

CRITERIO DE EVALUACION DEL SINDROME DEMENCIAL . . . . .	163
--	-----

ESCALA DE PERTURBACION DE CONDUCTA Y DEL HUMOR . . . . .	166
---	-----

ESCALA DE STRESS PARA FAMILIARES . . . . .	169
--	-----

CUESTIONARIO DE APRECIACION DE SALUD FISICA	
---	--

Y MENTAL . . . . .	172
INVENTARIO FUNCIONAL HOSPITALARIO (H.F.I.) . . . . .	178
ESCALA G. b. S. . . . .	181
ESCALA DE APRECIACION PSICOGERIATRICA DE LONDRES ( L. P. R. S.) . . . . .	184
ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (G. D. S.) . . . . .	187
CRITERIOS DE CLASIFICACION . . . . .	190
TABLA I . . . . .	194
TABLA II . . . . .	199
TABLA III . . . . .	201
TABLA IV . . . . .	203
CONCLUSIONES . . . . .	205
BIBLIOGRAFIA . . . . .	211

## INTRODUCCION

LA PRESENTE TESIS (INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA) SE TITULA "LA EVALUACION NEUROPSICOLOGICA EN ANCIANOS CON DEMENCIA", ENTENDIENDO POR ESTOS CONCEPTOS: EVALUACION NEUROPSICOLOGICA: VALORACION DE LOS CAMBIOS MENTALES Y CONDUCTUALES QUE SE PRESENTAN EN EL SUJETO;

ANCIANIDAD: EL PROCESO DE SENESCENCIA O ENVEJECIMIENTO COMO UN FENOMENO BIOLOGICO GENERAL QUE SE MANIFIESTA EN TODOS LOS NIVELES DE INTEGRACION DEL ORGANISMO. ASI COMO A NIVEL DE LA PERSONALIDAD Y PODRIAMOS AMADIR IGUALMENTE A NIVEL DE GRUPOS HUMANOS; DEMENCIA: PERDIDA IRREVERSIBLE DE LAS FACULTADES INTELECTUALES.

ESTE ESTUDIO COMPRENDE EL FENOMENO DEL ENVEJECIMIENTO VISTO DESDE TRES ASPECTOS: PSICOLOGICO, SOCIAL Y FISICO; HACIENDO ENFASIS QUE ESTA TRICOTOMIA ES SOLO CON FINES DIDACTICOS, YA QUE EN LA REALIDAD EL HOMBRE ES UN SER BIOPSIOSOCIAL, UN TODO, QUE NO PUEDE ESTUDIARSE POR SEPARADO; LOS TRASTORNOS MENTALES QUE SE PRESENTAN CON MAS FRECUENCIA EN EL ANCIANO ABOCANDOSE PRINCIPALMENTE A LA DEMENCIA; LAS TEORIAS QUE HAN ESTUDIADO EL FENOMENO DEL ENVEJECIMIENTO; LA FUNCION Y ORIGEN DE LOS TESTS PSICOLOGICOS, LAS NORMAS Y REGLAS QUE SON NECESARIAS PARA ESTRUCTURAR UNA PRUEBA; Y POR ULTIMO LA APORTACION DE ESTA INVESTIGACION QUE SON DIECIOCHO PRUEBAS QUE EVALUAN DEMENCIA Y UNA QUE EVALUA DEPRESION EN PROVECIOS.

LOS OBJETIVOS PLANTEADOS EN LA TESIS SON TRES: 1o. DAR A CONOCER A LA COMUNIDAD CIENTIFICA MEXICANA LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN OTROS PAISES SOBRE LA EVALUACION NEUROPSICOLOGICA EN ANCIANOS CON DEMENCIA; 2o. PROPORCIONAR A TODOS AQUELLOS INTERESADOS EN LA SALUD MENTAL Y EL CONOCIMIENTO DEL ANCIANO RESPECTO A LA DEMENCIA, INSTRUMENTOS DE MEDICION QUE AUNADOS A LA

HISTORIA CLINICA AYUDEN A DAR UN DIAGNOSTICO ACERTADO QUE CONLLEVE A UNA PREVENCION, Y UN TRATAMIENTO IDONEO Y ADECUADO. POR ULTIMO OBTENER EL TITULO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGIA.

EL INTERES POR LO ANTERIOR SURGIO A RAIZ DE LA BUSQUEDA DE PRUEBAS PROPIAS PARA LA EVALUACION NEUROPSICOLOGICA EN ANCIANOS. SE ENCONTRO QUE ESTA ERA ESCASA EN EL PAIS. DICHA INQUIETUD SE REAFIRMO DURANTE EL SERVICIO SOCIAL, EL CUAL SE LLEVO A CABO EN LA "CASA HOGAR PARA ANCIANOS ARTURO MUNDET". EN ESTE LUGAR SE APLICAN PRUEBAS PSICOLOGICAS NO APTAS A LA EDAD, INTERESES, NECESIDADES, PROBLEMAS FISICOS Y PSICOLOGICOS DE LOS ANCIANOS; ADEMAS DE QUE ESTAS RESULTABAN EN OCASIONES, DE ACUERDO AL SUJETO, DIFICILES DE REALIZAR POR LO QUE LA PRUEBA SE TENIA QUE APLICAR EN VARIAS SESIONES (LO QUE ALTERABA LOS RESULTADOS), O SUSPENDER LA APLICACION.

CUANDO EL PSICOLOGO REALIZABA LA INTEGRACION DEL ESTUDIO PSICOLOGICO PARA DAR UN DIAGNOSTICO FINAL DEL SUJETO, SE ENCONTRABA CON QUE ALGUNAS PRUEBAS NO SE HABIAN LOGRADO APLICAR POR LAS SIGUIENTES RAZONES: EL PACIENTE SE NEGABA A CONTESTAR O A PARTICIPAR, LA APLICACION SE INTERRUMPIA CUANDO SE CANSABA O TENIA ALGUNA OTRA ACTIVIDAD POR HACER, SE INVALIDABAN EN OCASIONES POR QUE NO CONTESTABA CON VERACIDAD A LAS PREGUNTAS O TAMBIEN CUANDO EL SUJETO PRESENTABA PROBLEMAS FISICOS SEVEROS NO PUDIENDO EJECUTAR LO REQUERIDO POR LA PRUEBA. CON BASE EN LO ANTERIOR EL DIAGNOSTICO DEL PSICOLOGO RESULTABA ERRONEO .

EN DICHA INSTITUCION SE CONOCIO AL DR. LUIS MIGUEL GUTIERREZ (ESPECIALISTA EN GERIATRIA) A QUIEN LE COMENTO EL INTERES POR CONOCER PRUEBAS APTAS PARA VALORAR NEUROPSICOLOGICAMENTE AL ANCIANO (INQUIETUD COMENTADA ANTERIORHENTE CON EL DR. RICARDO VALLIN). EL DR. GUTIERREZ ESTUVO TRABAJANDO EN LA ORGANIZACION

MUNDIAL DE LA SALUD CON LILIANE ISRAEL (INVESTIGADORA) QUIEN LE PROPORCIONO MATERIAL AL RESPECTO Y ESTE A SU VEZ NOS LO FACILITO.

LAS PRUEBAS PRESENTADAS AQUI BUSCAN SATISFACER LA NECESIDAD DE ESTABLECER UN LENGUAJE COMUN ENTRE PSICOLOGOS Y TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE SE DEDICAN AL ESTUDIO DE LA GERONTOLOGIA, QUE PERMITA PROCEDER A LA EVALUACION DE LAS FUNCIONES MENTALES PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO (EN ESTE CASO DE DEHENCIA) Y A TENER EXAMENES MAS FIABLES. LOGRANDO CON LO ANTERIOR EXPRESAR LOS RESULTADOS EN TERMINOS COMPRENSIBLES PARA TODOS SI SE DISPONE DE UN CIERTO LENGUAJE, ADEMAS DE CONTAR CON UN POSIBLE RECURSO COMUN Y DE COMPARTIR LOS CONOCIMIENTOS QUE HASTA EL MOMENTO SE DESCONOCEN A NIVEL NACIONAL.

ESTAS PRUEBAS SON PARTE DE UN PROGRAMA DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, QUE PRETENDE EVALUAR EL ESTADO DE SALUD MENTAL EN LOS SENECTOS, LO CUAL CONSTITUYE UN ELEMENTO MUY IMPORTANTE PARA LA UNIFICACION DE CRITERIOS DE EVALUACION MENTAL (EN ESPECIAL DE LA DEHENCIA) A NIVEL INTERNACIONAL.

ESTOS INSTRUMENTOS SON LOS MAS FRECUENTEMENTE UTILIZADOS EN OTROS PAISES (FRANCIA, SUIZA, ESTADOS UNIDOS, CANADA ... ) Y PERMITEN FACILITAR LA ELECCION DE UN INSTRUMENTO CONVENIENTE A PRIORI O SUSCEPTIBLE DE SER ADAPTADO POR UN TRABAJO CLINICO EN PARTICULAR, O BIEN FACILITA EL ANALISIS DE LA SITUACION DEL CONOCIMIENTO Y LA EXPERIENCIA ADQUIRIDA SOBRE EL SENECTO.

LOS CUIDADOS DE LAS PERSONAS DE EDAD CONSTITUYEN UNA TAREA COMPLEJA QUE EXIGE LA COMPRESION Y EL RESPETO HUMANO Y SUPONE LA PARTICIPACION DE NUMEROSOS SERVICIOS COMUNITARIOS, ASI COMO DE LA FAMILIA, DE INSTITUCIONES DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL TANTO PRIVADAS COMO DE GOBIERNO. MAS LA CONTRIBUCION DE LAS PERSONAS DE EDAD, COMO UN ELEMENTO QUE CONDICIONE MAS DIRECTAMENTE LA CALIDAD

**DE CUIDADOS Y DE VIDA.**

ESTA TESIS ES UNA INVITACION A TODOS AQUELLOS INVESTIGADORES (PSICOLOGOS, MEDICOS, TRABAJADORAS SOCIALES...) QUE SE INTERESEN EN EL CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS DE EDAD. Y HASTA CIERTO PUNTO ES UN TRABAJO INCONCLUSO, LA TERMINARAN Y LA ENRIQUECERAN LOS NISHOS. CONFIAHOS EN EL CRITERIO Y SENTIDO COMUN DE LOS QUE SE DEDIGUEN AL ESTUDIO DE LOS ANCIANOS, PARA QUE ESTE TRABAJO QUE SE ENTREGA CUMPLA SU COMETIDO.

## C A P I T U L O I

### EL FENOMENO DEL ENVEJECIMIENTO

EL PROCESO DE DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL, LOS CAMBIOS TECNOLOGICOS, CULTURALES Y PSICOSOCIALES CONCOMITANTES HAN OCASIONADO EL DESCENSO DE LA MORTALIDAD Y LA FECUNDIDAD, CON LA CONSIGUIENTE PROLONGACION DE LA VIDA HUMANA Y EL AUMENTO DE LA PROPORCION DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD. ESTE FENOMENO, QUE YA SE ENCUENTRA EN UNA ETAPA AVANZADA EN LOS PAISES MAS DESARROLLADOS SE ESTA ACELERANDO EN OTROS PAISES DE AMERICA LATINA, PARTICULARMENTE EN AQUELLOS DONDE LA FECUNDIDAD MUESTRA UNA TENDENCIA DECRECIENTE BIEN DEFINIDA.

LA DISMINUCION DE LA MORTALIDAD Y EL CORRELATIVO AUMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA EQUIVALEN A UNA MAYOR PROBABILIDAD DE ALCANZAR LA EDAD A PARTIR DE LA CUAL UN INDIVIDUO ES CONSIDERADO COMO ANCIANO Y A UNA EXTENSION DE LA ESPERANZA DE VIDA DE LOS QUE INGRESAN A LA TERCERA EDAD.

LA DISMINUCION DE LA MORTALIDAD EN EL MUNDO ES UN HECHO AMPLIAMENTE COMPROBADO. EL CUADRO 1 PRESENTA LAS ESTIMACIONES Y PROYECCIONES MAS RECIENTES PREPARADAS POR LAS NACIONES UNIDAS SEGUN ELLAS, TANTO EN EL MUNDO, COMO EN TODAS LAS REGIONES QUE LO COMPONEN LA ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO MUESTRA UNA TENDENCIA CRECIENTE QUE SE VA HACIENDO CADA VEZ MAS LENTA A MEDIDA QUE SE ALCANZAN NIVELES MAS ALTOS. SE OBSERVA QUE EN AMERICA LATINA LA ESPERANZA DE VIDA SUPERA SIEMPRE AL PROMEDIO MUNDIAL Y A LAS REGIONES MENOS DESARROLLADAS, PERO ES INFERIOR AL DE LAS MAS DESARROLLADAS (MAS DE 8 AÑOS MENOS EN LA ACTUALIDAD).

C U A D R O 1

AMERICA LATINA: ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO, POR SEXO 1950-2025

	1950-1955	1980-1985	1995-2000	2020-2025
AMERICA LATINA				
HOMBRES	49.7	62.1	65.9	69.4
MUJERES	52.7	66.3	70.4	74.5
TOTAL	51.2	64.1	68.1	71.8

FUENTE: ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION DE AMERICA LATINA. COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA (CEPAL), SAN JOSE COSTA RICA 1982 (PAG. 5). PROMEDIO MUNDIAL QUE SE ESPERA VIVAN LAS PERSONAS QUE HAN ALCANZADO LA TERCERA EDAD, CON RESPECTO A AMERICA LATINA.

EN RELACION CON EL ENVEJECIMIENTO INDIVIDUAL, LA ELEVACION DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO SIGNIFICA QUE AUMENTA LA PROBABILIDAD DE QUE UNA PERSONA ALCANCE LOS SESENTA ANOS Y ADEMAS, QUE LA ESPERANZA DE VIDA A LOS 60 ANOS, ES DECIR, EL NUMERO MEDIO DE ANOS QUE SE ESPERA VIVAN LAS PERSONAS QUE HAN ALCANZADO ESA EDAD TAMBIEN AUMENTA, VER CUADROS 2 Y 3.

C U A D R O 2

AMERICA LATINA: ESTIMACIONES DE LA PROBABILIDAD DE SOBREVIVENCIA HASTA LOS 60 ANOS.

	1950-1955	1980-1985	1995-2000	2020-2025
AMERICA LATINA				
HOMBRES	48 763	68 473	74 697	80 547
MUJERES	54 515	75 348	81 704	97 880
TOTAL	51 639	71 910	78 200	84 213

\*PROMEDIOS SIMPLES DE HOMBRES Y MUJERES.

FUENTE: ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION DE AMERICA LATINA. COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA (CEPAL), SAN JOSE COSTA RICA, 1982 (PAG. 6). NUMERO MEDIO DE ANOS QUE SE ESPERA VIVAN LAS PERSONAS QUE HAN ALCANZADO LA TERCERA EDAD.

C U A D R O 3

AMERICA LATINA: ESTIMACIONES DE LA ESPERANZA DE VIDA A LOS 60 ANOS.

	1950-1955	1980-1985	1995-2000	2020-2025
AMERICA LATINA				
HOMBRES	13 672	15 370	15 982	16 816
MUJERES	15 089	17 219	18 029	19 277
TOTAL	14 381	16 294	17 005	18 046

\*PROMEDIOS SIMPLES DE HOMBRES Y MUJERES.

FUENTE: INTERPOLACIONES CORRESPONDIENTES A LA ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO DEL CUADRO 1. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION DE AMERICA LATINA. COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA (CEPAL), SAN JOSE COSTA RICA, 1982 (PAG. 7).

EL AUMENTO DE LA PROBABILIDAD DE SOBREVIVENCIA HASTA LOS 60 ANOS HA TENIDO UN EFECTO MUCHO MAS IMPORTANTE SOBRE LA LONGEVIDAD QUE LA DISMINUCION DE LA MORTALIDAD DESPUES DE ESA EDAD. ESTO SE DEBE A QUE LA REDUCCION DE LAS TASAS DE MORTALIDAD HA SIDO MAS RAPIDA EN LAS EDADES INFERIORES QUE EN LAS SUPERIORES A 60 ANOS, YA QUE LAS MUERTES EVITADAS A EDAD MAS TEMPRANA TIENEN UN EFECTO MAYOR SOBRE EL AUMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA. CON BASE A LAS CIFRAS DE LOS CUADROS 1 Y 3, PUEDE ESTIMARSE QUE UN 83%

DE LA POBLACION DE AMERICA LATINA AUMENTO SU ESPERANZA DE VIDA EN 13 ANOS DESDE 1950 HASTA LA ACTUALIDAD, ESTO SE EXPLICA POR EL AUMENTO DE LA PROBABILIDAD DE SOBREVIVIR HASTA LOS 60 ANOS. EL EFECTO DE LA DISMINUCION DE LA MORTALIDAD DESPUES DE LOS 60 ANOS AUMENTARA EN EL FUTURO, PERO PROBABLEMENTE NO LLEGARA AL 30% DURANTE EL PRIMER CUARTO DEL PROXIMO SIGLO.

EN MEXICO LAS ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO SON:

C U A D R O 4

	1950-1955	1980-1985	1995-2000	2020-2025
HOMBRES	50.3	63.9	68.0	70.6
MUJERES	53.3	68.2	72.3	75.0
TOTAL	51.8	66.0	70.1	72.7

FUENTE: ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION DE AMERICA LATINA, COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA (CEPAL), SAN JOSE COSTA RICA, 1982 (PAG. 10).

COMO SE PUEDE OBSERVAR LAS MUJERES TIENEN SIEMPRE UNA MAYOR LONGEVIDAD QUE LOS HOMBRES Y QUE ESA DIFERENCIA TIENDE HACERSE MAYOR A MEDIDA QUE AUMENTA LA ESPERANZA DE VIDA DE LA POBLACION TOTAL.

LAS CIFRAS MENCIONADAS EN LOS CUADROS ANTERIORES, TIENEN GRAVES CONSECUENCIAS PARA LOS INDIVIDUOS QUE ENVEJECEN Y PARA LA SOCIEDAD DE LA QUE SON PARTE, PORQUE LOS CAMBIOS QUE REFLEJAN NO SOLO SIGNIFICAN UN NUMERO MAYOR DE ANCIANOS, SINO QUE CAUSAN TAMBIEN EL "ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION".

LA POBLACION MAYOR DE SESENTA ANOS SE HA DIVIDIDO EN TRES SUBGRUPOS: A) EL QUE COMPRENDE A LOS INDIVIDUOS DE 60 A 64 ANOS DE EDAD, LOS CUALES NO SON SIEMPRE CONSIDERADOS INTEGRANTES DE LA

TERCERA EDAD Y, ADEMAS CONSTITUYEN EL GRUPO SOBREVIVIENTE DE LAS PERSONAS QUE CUMPLIERON 60 ANOS; B) EL QUE INCLUYE A LA POBLACION DE EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 65 Y 75 ANOS DE EDAD, QUE SIN DUDA HAN ENTRADO EN LA TERCERA EDAD PERO QUE TODAVIA PUEDEN CONSIDERARSE APTOS PARA DESEMPEÑAR ALGUNAS TAREAS PRODUCTIVAS O HO ACORDES CON SU SITUACION DE SALUD FISICA Y MENTAL; Y C) LOS MAYORES DE 75 ANOS QUE, EN GENERAL, SON LAS PERSONAS QUE MENOS APORTES PUEDEN HACER A LA SOCIEDAD Y LAS QUE TIENEN MAS NECESIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES Y DE UNA INFRAESTRUCTURA ADECUADA PARA SUS POSIBILIDADES DE VIDA, (CEPAL, 1982, PAG. 3).

EL CONSIDERAR QUE SON ANCIANOS O HAN ENTRADO A LA TERCERA EDAD LAS PERSONAS DE 60 ANOS O MAS, NO ES MAS QUE UNA DEFINICION CONVENCIONAL DE CARACTER OPERATIVO, QUE PERMITE HACER COMPARACIONES EN EL TIEMPO ENTRE GRUPOS SOCIALES, PAISES Y AREAS DENTRO DE LOS PAISES. LA DECISION RESPECTO A LA EDAD A QUE COMIENZA LA VEJEZ SERA DETERMINADA, PRINCIPALMENTE POR LAS CONDICIONES CULTURALES Y EL SISTEMA HORHATIVO DE LA SOCIEDAD.

LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), CONSIDERA A LAS PERSONAS ENTRE 60 Y 74 ANOS PERSONAS DE EDAD; DE 75 A 90 ANOS VIEJAS O ANCIANAS. (IHSS, 2o. MODULO, 1987).

TOMANDO EN CUENTA EL IMPORTANTE CRECIMIENTO DE LA POBLACION SENIL Y EL AUMENTO CONTINUO QUE ESPERAMOS EN LAS PROXIMAS DECADAS ES FACIL CONCLUIR QUE REQUERIMOS DE UN ADECUADO CONOCIMIENTO PSICOLOGICO, NEUROPSICOLOGICO, SOCIAL, MEDICO Y NEUROFISIOLÓGICO DEL ANCIANO.

LA PROLONGACION DE LA VIDA DIO LUGAR AL NACIMIENTO DE LA PALABRA "ENVEJECIMIENTO", LOS ESTUDIOSOS HAN TRATADO DE DEFINIRLO PERO SOLO HAN LOGRADO DESCRIBIRLO.

LASING, 1973, CITADO POR MARCHIORI (1978). OPINA QUE "ES UN PROCESO PROGRESIVO, DESFAVORABLE DE CAMBIO, ORDINARIAMENTE LIGADO AL PASO DEL TIEMPO QUE SE VUELVE PERCEPTIBLE DESPUES DE LA MADUREZ Y CONCLUYE INVARIABLEMENTE CON LA MUERTE", (PAG. 116).

"EL ENVEJECIMIENTO ES UN PROCESO QUE CARACTERIZA A CADA UNA DE LAS ESPECIES ANIMALES, QUE SIEMPRE AVANZA Y NUNCA RETROCEDE, PROVOCANDO LA ACUMULACION DE ALTERACIONES QUE VAN DESTRUYENDO A CADA ORGANISMO VIVO Y QUE LO ACERCAH CADA DIA MAS A LA MUERTE", (IHSS, 2o. MODULO, 1987).

"ES UN PROCESO NATURAL QUE SE PRESENTA EN TODA ESPECIE VIVIENTE, HASTA EL MOMENTO IRREVERSIBLE A PESAR DE LOS ADELANTOS TECNOLOGICOS DE LA CIENCIA, SEGUIDO POR LA ULTIMA ETAPA DEL CICLO DE VIDA", (IHSS, 2o. MODULO, 1987).

"ES UNA PERDIDA PROGRESIVA DE LA ENERGIA DE ADAPTACION DEL INDIVIDUO AL MEDIO QUE TERMINA INEXORABLEMENTE, CON LA MUERTE", (ALCAZAR, M. 1980, PAG. 3).

EN LA PSICOLOGIA EVOLUTIVA, BATES Y HILLIS, CITADOS POR HASSOL D. (1986), CONSIDERAN QUE "EL ENVEJECIMIENTO ES UN PROCESO DE TODA LA VIDA, EL CUAL COMIENZA CON LA CONCEPCION Y TERMINA CON LA MUERTE".

"LA SENESCENCIA O ENVEJECIMIENTO ES UNA EDAD DE LA VIDA, LA TERCERA, DESPUES DE LA EDAD DEL CRECIMIENTO Y DE LA EDAD ADULTA. ES UN FENOMENO DIRECTAMENTE LIGADO A LA VIDA, QUE DESEHBOCA TARDE O TEMPRANO EN EL ESTADO SENIL O SENILIDAD", (HENRY EY, 1980, PAG. 80&).

"EL PROCESO DE SENESCENCIA O ENVEJECIMIENTO ES UN FENOMENO BIOLOGICO GENERAL QUE SE MANIFIESTA EN TODOS LOS NIVELES DE INTEGRACION DEL ORGANISMO: A ESCALA MOLECULAR, A NIVEL DE LA CELULA Y DE LOS TEJIDOS, AL DE LOS ORGANOS Y SUS FUNCIONES. EN

TODO ORGANISMO. A NIVEL DE LA PERSONALIDAD Y PODRIAMOS AÑADIR IGUALMENTE A NIVEL DE GRUPOS HUMANOS". (HENRY EY, 1980. PAG. 806).

EL CONCEPTO DE VEJEZ YA NO SE FUNDA UNICAMENTE EN LAS DEFINICIONES TRADICIONALES SINO QUE AHORA SE VE DESDE UN PUNTO DE VISTA INTEGRAL TOMANDO LOS ASPECTOS PSICOLOGICO, SOCIAL Y FISICO. ESTOS PUNTOS SE DETALLARAN A CONTINUACION. ESTOS TRES APARTADOS SE DIVIDEN SOLO CON FINES DIDACTICOS, YA QUE EN LA REALIDAD NO SE PUEDEN DESLIGAR UNO DEL OTRO.

### ASPECTOS SOCIALES DE LA VEJEZ

EN EL TRANSCURSO DE LA HISTORIA LAS SOCIEDADES HAN VISUALIZADO AL ANCIANO DE MUY DIVERSAS FORMAS, ESTO DE ACUERDO A LAS CARACTERISTICAS DE CADA UNA DE ELLAS, ADEMAS DE SUS TRADICIONES, SU UBICACION GEOGRAFICA, SUS RELIGIONES. SU POLITICA . SU CULTURA Y SU ECONOMIA.

SI CONSIDERAMOS LO ANTERIOR, NOS ENCONTRAMOS QUE EN ALGUNAS CULTURAS COMO EN LA GRECIA ANTIGUA O EN EL MEXICO PREHISPANICO SE IDENTIFICABA A LA ANCIANIDAD CON LA SABIDURIA Y LA GRANDEZA ; EN OTRAS LOS ANCIANOS GOBERNABAN Y REGIAN A TRAVES DE SENADOS Y ORACULOS O SE LES CONSIDERABA LIDERES DE LA TRIBU, PROFETAS, RELIGIOSOS O CURANDEROS, PERO ASI COMO EN ALGUNAS ERAN VISTOS COMO PERSONAS VALIOSAS Y LLENAS DE EXPERIENCIA SIEMPRE DIGNAS DE RESPETO Y CONSULTA. EN OTRAS SE LES CONSIDERABA COMO UNA CARGA INSOPORTABLE, ABANDONANDOLOS A SU SUERTE, COMO ERA COSTUMBRE ENTRE LOS ESQUIMALES Y OTROS PUEBLOS URGIDOS POR LAS NECESIDADES MAS ELEMENTALES.

LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA VIVIAN DE LA CARIDAD EN EL MEXICO COLONIAL, PERO CON EL CRISTIANISMO Y A PARTIR DE ESE

MOMENTO SURGEN INSTITUCIONES QUE DAN ASILO A MENESTEROSOS DE TODA INDOLE.

LA INDEPENDENCIA Y LA REFORMA ESTABLECIERON COMO OBLIGACION DEL ESTADO AYUDAR AL NECESITADO POR MEDIO DE LA BENEFICIENCIA Y CON LA REVOLUCION LA BENEFICIENCIA PUBLICA SE SUSTITUYO POR LA ASISTENCIA SOCIAL.

A PARTIR DEL SIGLO XIX LA CONDICION DEL SENECTO SE VIO TRANSFORMADA PUES LOS PROGRESOS DE LA CIENCIA Y LA TECNOLOGIA HACEN QUE SE REEMPLAZARAN LOS HITOS SOBRE LA VEJEZ POR UN VERDADERO CONOCIMIENTO DE ESTA.

EN MEXICO LA POBLACION DE SENECTOS VA EN AUMENTO Y ACTUALMENTE SE ESTAN CREANDO DIFERENTES INSTITUCIONES PARA EL CUIDADO DE ESTE, SIENDO SU OBJETIVO PRINCIPAL EL DARLE ALBERGUE, ALIMENTO, ATENCION MEDICA Y PSICOLOGICA (EN OCASIONES DEFICIENTES AMBAS), DESCUIDANDOSE LA REHABILITACION INTEGRAL DEL SENESCENTE.

EL INCREMENTO DE LA POBLACION DE LA TERCERA EDAD TIENE GRAVES CONSECUENCIAS TANTO PARA ELLOS COMO PARA LA SOCIEDAD DE LA QUE FORMAN PARTE, PORQUE LOS CAMBIOS QUE REFLEJAN NO SOLO SIGNIFICAN UN MAYOR NUMERO DE ANCIANOS SINO QUE CAUSAN TAMBIEN EL "ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION". TAL FENOMENO TIENE IMPORTANTES REPERCUSIONES EN EL DESARROLLO, ESPECIALMENTE EN EL EMPLEO. LA PRESTACION DE SERVICIOS, LA DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LA POBLACION (MIGRACION Y EL DESARROLLO RURAL), LA PRODUCCION, EL CONSUMO, EL AHORRO Y LA INVERSION.

LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA SON MAS EN LAS AREAS URBANAS QUE EN LAS RURALES, POR LO TANTO TIENE SERIAS CONSECUENCIAS PARA EL DESARROLLO SOCIAL.

EL DESARROLLO SOCIAL ES UN PROCESO MULTIDIMENSIONAL Y AUTOSOSTENIDO. EL CRECIMIENTO ECONOMICO Y LA MODERNIZACION

SOCIAL INFLUYEN EN LA FECUNDIDAD, LA MORTALIDAD, ALGUNOS TIPOS DE MIGRACION Y REPERCUTEN EN EL INCREMENTO CONTINUO DEL NUMERO Y PORCENTAJE DE PERSONAS ANCIANAS. NINGUN PAIS, NI NINGUN GRUPO SOCIAL DENTRO DE LOS PAISES ESTA EXENTO DEL IMPACTO DE ESTOS CAMBIOS. LA IMPORTANCIA Y LOS SINTOMAS DE ESTE CAMBIO SOCIAL VARIAN DE UN PAIS A OTRO, PERO LA NATURALEZA FUNDAMENTAL DE ESTE CAMBIO ES LA MISMA EN TODAS LAS NACIONES.

LOS CAMBIOS SON A VECES DIFICILES Y VIOLENTOS Y OTRAS VECES RELATIVAMENTE FACILES, PERO LO UNICO SEGURO ES SU INEVITABILIDAD. LOS EFECTOS SON VARIADOS; INCLUYEN LA RUPTURA DE LOS PATRONES FAMILIARES, DIVERSOS PATRONES DE TRANSICION DEMOGRAFICA, CRECIMIENTO DE LOS CENTROS URBANOS CON SUS PROBLEMAS DE CONGESTION, CONTAMINACION E INSEGURIDAD FISICA, LA MASIFICACION DEL MERCADO DE TRABAJO, LA MIGRACION DE GRANDES GRUPOS DE PERSONAS DE UNA ZONA DEL PAIS A OTRA, EL CRECIMIENTO DE LAS EXPECTATIVAS Y LA CORRESPONDIENTE INCONFORMIDAD ENTRE LOS CIUDADANOS Y LA EMERGENCIA DE GRANDES INSTITUCIONES BUROCRATICAS.

PARA DISMINUIR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS DEL INCREMENTO DE LOS ANCIANOS EN MEXICO, ES NECESARIO QUE LOS DIRIGENTES Y PLANIFICADORES NO TOMEN EN CUENTA EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION SINO QUE PLANIFIQUEN BIEN LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APROVECHEN LOS ASPECTOS POSITIVOS QUE EL CAMBIO SOCIAL HA TRAIIDO CONSIGO EN LA MAYORIA DE LOS PAISES, COMO LA ELEVACION DE LOS NIVELES DE VIDA, MEJORAS EN LAS CONDICIONES DE SALUD, NIVELES EDUCATIVOS MAS ALTOS, LOS INDICES MAS ALTOS DE ALFABETISMO Y EL INCREMENTO CONSIDERABLE EN LA ESPERANZA DE VIDA.

TOmando EN CUENTA LO ANTERIOR, LOS EXPERTOS RECOMIENDAN LO SIGUIENTE:

A).- INCREMENTAR LAS INVERSIONES DE CAPITAL EN LAS AREAS AGRICOLAS

PARA TENER UNA MAYOR PRODUCTIVIDAD Y FRENAR LA MIGRACION DENTRO DE LOS PAISES.

- B).- ELABORAR PROGRAMAS EDUCATIVOS ESPECIALES PARA CAPACITAR A LOS ANCIANOS PARA EL EMPLEO Y READIESTRAR A QUIENES HAN PERDIDO SU HABILIDAD DE TRABAJO. EL EFECTO GLOBAL DE ESTA MEDIDA SERA EL FOMENTAR LA PRODUCTIVIDAD.
- C).- PROMOVER LA EDUCACION DE LOS PATRONES DE LOS SECTORES INDUSTRIALES Y DE SERVICIO EN CUANTO A LAS VENTAJAS DE EMPLEAR A LOS ANCIANOS.
- D).- MEJORAR LOS PROGRAMAS DE PENSIONES EXISTENTES PARA UNA ASISTENCIA ECONOMICA Y SOCIAL ESTABLE.
- E).- ESTIMULAR LA CREATIVIDAD E INICIATIVA DE LOS ANCIANOS PARA LA OBTENCION DE NUEVOS METODOS DE PRODUCCION E INCREMENTAR ASI SU CONOCIMIENTO DEL PRODUCTO Y SU MEJOR COMERCIALIZACION.
- F).- EXAMINAR LAS POLITICAS LEGISLATIVAS PARA ASEGURAR LA PARTICIPACION CONTINUA DE LOS ANCIANOS EN EL DESARROLLO Y EVITAR LA DISCRIMINACION POR MOTIVOS DE EDAD.
- G).- ADAPTAR LA TECNOLOGIA A LAS CAPACIDADES DE LOS ANCIANOS TANTO EN LAS AREAS RURALES COMO INDUSTRIALES PARA EL BENEFICIO MUTUO.
- H).- VIGILAR QUE LOS SISTEMAS DE PRESTACIONES DE SERVICIOS SOCIALES PERMANEZCAN DINAMICOS Y EN ARMONIA CON EL PROCESO DE DESARROLLO Y QUE SEAN SUFICIENTEMENTE FLEXIBLES PARA ATENDERLAS EN SU TOTALIDAD.
- I).- INVESTIGAR Y ANALIZAR LOS EFECTOS DE LA MIGRACION SOBRE LOS ANCIANOS QUE SE QUEDAN EN EL CAMPO Y LOS QUE AL RETIRARSE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA RETORNAN A SU ESTADO NATAL. (CEPAL, ENERO 1982).

SI SE PUSIERAN EN PRACTICA ESTAS PROPOSICIONES LA SALUD DEL

ANCIANO MEJORARIA NOTABLEMENTE. LA SALUD NO SOLO ES LA AUSENCIA DE ENFERMEDAD SINO UN ESTADO DE BIENESTAR BIOPSIOSOCIAL. ESTO ES IMPORTANTE PARA CONSIDERAR LA MEDIDA EN QUE LOS ANCIANOS TIENEN CAPACIDAD PARA CONTRIBUIR Y PARTICIPAR EN EL PROCESO DE DESARROLLO.

EN MEXICO EXISTEN GRUPOS DE ANCIANOS ECONOMICAMENTE DEBILES QUE TIENEN MUY POCO ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, POR LO QUE LOS ANCIANOS GENERALMENTE SOLICITAN ATENCION MEDICA SOLAMENTE CUANDO ESTAN ENFERMOS Y CUANDO NECESITAN ATENCION MEDICA Y HOSPITALARIA ESPECIALIZADA, LAS CUALES NO EXISTEN EN MUCHOS CASOS. (FUENTES A., 1978; CEPAL, ENERO 1982).

LA FAMILIA AL RESPECTO HA IDO DISHINUYENDO SU RESPONSABILIDAD DE ATENCION AL ANCIANO ENFERMO, CON LO CUAL TRASLADA LA RESPONSABILIDAD AL ESTADO.

LOS SERVICIOS DE BIENESTAR SOCIAL SON UNA AMPLIA GAMA DE SERVICIOS PREVENTIVOS, CORRECTIVOS Y DESARROLLISTAS QUE VELAN POR EL BIENESTAR DE LOS ANCIANOS. EL OBJETIVO DE ESTOS SERVICIOS DEBERA CONSISTIR EN APOYAR A LAS PERSONAS MAYORES PARA QUE PERMANEZCAN EL MAYOR TIEMPO POSIBLE DENTRO DE SU MEDIO AMBIENTE FAMILIAR, MEJORAR SUS CONDICIONES DE VIDA Y PROMOVER SU INTEGRACION EN LA VIDA SOCIAL DE LA COMUNIDAD. AL RESPECTO, EN ALGUNAS REGIONES FALTA EDUCACION Y PARTICIPACION POPULAR PARA LA INTEGRACION DE LOS ANCIANOS.

LOS SERVICIOS DE BIENESTAR SOCIAL DEBERAN TOMAR EN CUENTA LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS AREAS URBANAS Y RURALES. EN LAS AREAS RURALES FRECUENTEMENTE HAY UNA FALTA DE SERVICIOS, POR LO QUE SE DEBERAN CREAR PROGRAMAS ESPECIALES PARA ASISTIR A LOS ANCIANOS QUE QUEDAN ABANDONADOS CUANDO ABANDONA LA FAMILIA, DEJANDOLOS SIN APOYO ECONOMICO.

EN LAS AREAS URBANAS, LOS ANCIANOS DEBEN HACER FRENTE A PROBLEMAS RELATIVOS AL MEDIO AMBIENTE Y A LA VIVIENDA INADECUADOS Y A LAS CONCENTRACIONES DE LOS MUY POBRES EN LOS SECTORES MARGINADOS DE LA CIUDAD, DONDE PUEDE HABER UNA AUSENCIA DE ACTIVIDADES QUE DEN UN SIGNIFICADO A SUS VIDAS. (CEPAL, FEBRERO 1982).

EN UNA SOCIEDAD DONDE SE PRESENTAN CARENCIAS Y DERROCHES TAN MARCADOS, LA ATENCION QUE SE OTORGA A LOS ANCIANOS DESPOSEIDOS OCUPA UN LUGAR MARGINAL SOBRE TODO PORQUE YA NO SON CAPACES DE PRODUCIR Y POR TANTO LA TENDENCIA DEL SISTEMA SERA LA DE BAJAR EL PRECIO DE SUS MEDIOS DE SUBSISTENCIA O REDUCIR ESTOS AL MINIMO POSIBLE, AUN CUANDO YA HAN PAGADO SU DERECHO AL RETIRO Y A LA PENSION MEDIANTE LAS PRIMAS QUE LE FUERON RETENIDAS DURANTE SU VIDA ECONOMICAMENTE ACTIVA Y DE CUYA CAPITALIZACION NO SON PARTICIPES.

LO QUE SE ENTIENDE COMO NINEZ, ADOLESCENCIA, JUVENTUD, MADUREZ Y SENECTUD NO SON SINO FASES DE LA VIDA CARACTERIZADAS POR CIERTOS CAMBIOS EN LOS PAPELES SOCIALES ASIGNADOS.

LA SENECTUD, POR EJEMPLO, SE ASOCIA EN PARTICULAR CON EL RETIRO O EL ABANDONO DEL TRABAJO.

EL ANCIANO PUEDE ENTRAR EN DEPENDENCIA, PERO NO LA ACEPTA CON FACILIDAD DEBIDO A QUE HA ASIMILADO LOS VALORES DE UNA SOCIEDAD PRIVILEGIADA A LA INDEPENDENCIA ECONOMICA Y A LA AUTONOMIA DEL ADULTO.

FUENTES A. (1978) MENCIONA QUE "EN LOS PERIODOS DE APRENDIZAJE LAS PERSONAS DE EDAD TIENEN QUE SUPERAR CIERTAS DESVENTAJAS QUE SE MANIFIESTAN POR NERVIOSISMO, ANSIEDAD Y PERDIDA DE MEMORIA". (PAG.210)

SEGUN LOS GERONTOLOGOS VIVIR LOS ULTIMOS VEINTE ANOS DE LA

VIDA EN BUEN ESTADO FISICO PERO SIN NINGUNA ACTIVIDAD ES PSICOLOGICA Y SOCIALMENTE POCO DESEABLE. HAY QUE AYUDAR A ESAS PERSONAS A ENCONTRAR RAZONES DE VIVIR. LOS GERONTOLOGOS LAHENTAN QUE LAS PERSONAS DE EDAD ESTEN CONDENADAS A UNA INACTIVIDAD QUE ACELERA SU DECADENCIA. SIN EMBARGO LOS SINDICALISTAS SE OPONEN A QUE SE ELEVE LA EDAD DE LA JUBILACION E INCLUSO PIDEN QUE ESTA SEA DISMINUIDA. EL ARGUMENTO ES QUE LOS TRABAJADORES VIEJOS HAN GANADO SU DERECHO AL DESCANSO.

EL DERECHO A LA JUBILACION OBLIGA AL TRABAJADOR A AUTOFINANCIAR ESTE DERECHO QUE LE PERMITE EL OCIO CUANDO HA PERDIDO SUS ENERGIAS PRODUCTIVAS. LA JUBILACION ES EL PERIODO DE LA VIDA EN QUE UNA PERSONA HA CESADO PARCIAL O TOTALMENTE DE EJERCER SU PROFESION Y ES ACREEDOR A RECIBIR UNA CANTIDAD ESPECIFICA QUINCENAL O MENSUAL.

LAS PRESTACIONES ECONOMICAS POR JUBILACION O PENSION TOMA COMO BASE EL SALARIO PERCIBIDO, PERO POR LO GENERAL SE TRATA DE UNA SUMA CASI CONGELADA QUE AL CABO DE CINCO ANOS SE VUELVE IRREHEDIABLEMENTE INSUFICIENTE.

DURANTE LA VIDA DE TODO SER HUMANO SIEMPRE JUEGA UNA GRAN VARIEDAD DE ROLES, DE ACUERDO A SU PARTICIPACION DENTRO DE LA SOCIEDAD, CREANDOSE ASI UNA INTEGRACION INDIVIDUO-SOCIEDAD. ESTA A SU VEZ SE VE MODIFICADA DESPUES DE LA JUBILACION Y EN LA EDAD ADULTA.

EL ROL DE CADA INDIVIDUO VA DE ACUERDO A SU EDAD, SEXO, OCUPACION Y SITUACION ECONOMICO-SOCIAL.

CON SU ESTILO PARTICULAR DE SER, EL INDIVIDUO SE ADAPTA DE UNA MANERA A SU EMPLEO, DE OTRA DIFERENTE A SU IGLESIA O CLUB SOCIAL Y DE OTRO MODO AUN CON SU FAMILIA. ES LA MISMA PERSONA PERO CON UNA FUNCION DISTINTA EN CADA UNA DE ESTAS SITUACIONES.

EL APRENDIZAJE DEL JUEGO DE ROLES ES UN ELEMENTO IMPORTANTE EN LA EVOLUCION SOCIAL DEL HOMBRE Y LAS CARACTERISTICAS DE ESTOS SE DARAN A TRAVES DE LA CONVIVENCIA Y LA COMUNICACION PARA DEFINIR LA PERSONALIDAD DE CADA INDIVIDUO.

TODA EDUCACION, EN CIERTO SENTIDO, ESTA ORIENTADA A ENSEÑAR AL PEQUEÑO EL ROL QUE LE CORRESPONDE Y A PREPARARLO PARA LO QUE VA A DESARROLLAR POSTERIORMENTE, PERO HUNCA SE LE ENSEÑA QUE HARÁ EN LA EDAD ADULTA.

EL HOMBRE QUE VIVE EN SOCIEDAD SABE QUE SERA RECONOCIDO POR LOS DEMAS GRACIAS A SU OCUPACION, O IDENTIDAD LABORAL.

EN LA SOCIEDAD ACTUAL UNA PERSONA ES RECONOCIDA POR LA EFICACIA EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES Y LA APORTACION QUE CON ELLO LE DA A SU FAMILIA Y A LA SOCIEDAD.

ES ASI QUE AL DEJAR LA ACTIVIDAD LABORAL NO ES OPTAR POR DESCANSAR, TAMBIEN SE ESTA DEJANDO UN ELEMENTO MUY IMPORTANTE DE LA IDENTIDAD, QUE LE HA PROPORCIONADO AL SUJETO SATISFACCIONES PERSONALES Y RECONOCIMIENTO SOCIAL.

UN JUBILADO DEJA UN LUGAR DE TRABAJO, UN GRUPO DE COMPANEROS, UNA SERIE DE ACTIVIDADES, UN ESTATUS, UN MEDIO DE SATISFACCION PERSONAL Y RECONOCIMIENTO SOCIAL, TODO ESTO DEBE SER SUBSTITUIDO, CUBIERTO POR ACCIONES Y ACTIVIDADES QUE ENRIQUEZCAN SU VIDA, CONSERVEN SU IDENTIDAD Y LE DEN SENTIDO A SU NUEVA VIDA.

LA IDENTIDAD DE UNA PERSONA ES EL CONJUNTO DE ELEMENTOS INTERNOS Y EXTERNOS QUE FACILITAN EL RECONOCIMIENTO DE SI MISMO Y QUE LO HACEN SENTIRSE INDEPENDIENTE Y DIFERENTE A LOS DEMAS (INSS, MOD. 1, 1987).

LA IDENTIDAD CONLLEVA ELEMENTOS QUE SE ASUMEN, SE ELIGEN O SE CONSTRUYEN, LOS CUALES SON :

A).- NOMBRE Y APELLIDO (FAMILIA)

EL NOMBRE ES LO MAS PROPIO DE LA PERSONA.

EL APELLIDO, INDICA LA VINCULACION A UNA FAMILIA, CADA UNO TIENE AFINIDADES CON UN GRAN NUMERO DE INDIVIDUOS QUE LE HAN PRECEDIDO.

EL NOMBRE Y EL APELLIDO SUGIEREN EL GRUPO ETNICO, EL PUEBLO DEL QUE FORMAN PARTE, LA NACIONALIDAD, LA LENGUA Y CONSIDERANDOLO EN RELACION CON SUS RAICES MAS LEJANAS, ES EL SIGNO DE PERTENENCIA A LA HUMANIDAD.

LA FAMILIA CONSTITUYE UN FUERTE VINCULO Y EL APRECIO DE QUE GOZAN LOS ANCIANOS DENTRO DE LA FAMILIA, TODAVIA SE MANTIENE EN LA MAYORIA DE LOS CASOS. SIN EMBARGO, LAS CRECIENTES TENDENCIAS A LA URBANIZACION, LA MODERNIZACION Y LA MIGRACION MUESTRAN CAMBIOS DE IMPORTANCIA.

LA FAMILIA EXTENDIDA TRADICIONAL SE ENCUENTRA EN UNA ETAPA DE TRANSFORMACION QUE LA VA CONVIRTIENDO EN FAMILIA NUCLEAR.

A PESAR DE ESTOS CAMBIOS, LA FAMILIA SIGUE SIENDO UNA INSTITUCION SOCIAL BASICA QUE DESEMPEÑA UN PAPEL IMPORTANTE EN LA VIDA DE LOS ANCIANOS Y QUE SATISFACEN GRAN PARTE DE SUS NECESIDADES, INCLUSO SUS NECESIDADES NO MATERIALES. (IHSS, MODULO 2, 1987).

B).- EL LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO.

EL LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO DETERMINA EL MEDIO GEOGRAFICO Y EL MEDIO HUMANO DEL INDIVIDUO EN LA SUCESION DE GENERACIONES. QUEDANDO EN EL TIEMPO Y EN LA HISTORIA. ESTO LE DARA UNA IDENTIDAD CULTURAL, PROFESIONAL E INCLUSO RELIGIOSA.

EL DOMICILIO ES UNA PROLONGACION DEL LUGAR DE NACIMIENTO. ES UN ELEMENTO FUNDAMENTAL DE ESTABILIDAD (IHSS, MODULO 2, 1987).

C).- EL ASPECTO FISICO.

DESDE SU NACIMIENTO, SE SITUA AL NIÑO O NINA EN UN LUGAR

PRECISU, ASIGNANDOLE UN GRUPO ESPECIFICO DE ROLES, ACTIVIDADES Y POSIBILIDADES ESTABLECIENDO ASI DIFERENCIAS NOTABLES CON RESPECTO A SU FUTURO Y CALIDAD DE VIDA. LA FORMA DE VIDA QUE LLEVE DETERMINARA SU ESTADO DE VEJEZ.

EL CONJUNTO DE CARACTERISTICAS FISICAS Y CULTURALES NO PUEDEN CAMBIARSE O TRATAR DE OCULTAR LA IMAGEN Y LA PERCEPCION QUE LOS DEMAS TIENEN DE UNA PERSONA PORQUE DEPENDIENDO DE ESTO, LA PERSONA PUEDE TENER SENTIMIENTOS DE ACEPTACION O RECHAZO A SU IDENTIDAD ETNICA.

POR ESTAS CARACTERISTICAS Y POR LA DIFERENCIA DE EDADES LOS JOVENES Y LOS VIEJOS SIENTEN UN CLARO DISTANCIAMIENTO EMOCIONAL, SOCIAL Y CULTURAL ENTRE ELLOS, POR LO QUE EN OCASIONES, EL ADULTO SE CONFUNDE AL TENER SENSACIONES E IMPULSOS JUVENILES QUE EL JOVEN CRITICA Y LO OBLIGA A REPRIHIR Y ANALIZAR ESOS IMPULSOS.

SOBRE LA DIFERENCIA DE EDADES Y SEXO, AL RESPECTO TENEMOS QUE LA MUJER TIENDE A DEFINIR SU ESTATUS DE EDAD EN TERMINOS DE LOS EVENTOS FAMILIARES QUE SE VAN SUSCITANDO DURANTE LAS DIFERENTES FACETAS DE SU DESARROLLO, POR EJEMPLO; EL CRECIMIENTO DE LOS HIJOS Y EL ACERCAMIENTO A LA EDAD ADULTA, LOS NIETOS, ETC..

EL HOMBRE PERCIBE LA SITUACION DE LA EDAD MADURA A TRAVES DE LAS ACTIVIDADES DE SU TRABAJO Y SU ESTADO DE SALUD Y CON LA PREOCUPACION PRINCIPAL DE SABER SI ESTA A TIEMPO O YA ES DEMASIADO TARDE PARA ALCANZAR LAS METAS PREFERIDAS, O SEA, VIENDO TODO DESDE UN PUNTO DE VISTA BIOLOGICO, (FUENTES A., 1979; IMSS, MODULO 2, 1987).

D).- LA NACIONALIDAD.

LA NACIONALIDAD ES UN TODO FORMADO POR SU HISTORIA, SU CULTURA, SUS TRADICIONES, SUS COSTUMBRES, SUS INSTITUCIONES Y HASTA SU RELIGION. TODOS ESTOS ELEMENTOS ENRIQUECEN Y FACILITAN

## EL DESARROLLO DEL SER EN SU SOCIEDAD.

DE ESTA FORMA EL HOMBRE QUE VIVE EN SOCIEDAD, MODELA LA SOCIEDAD Y AL MISMO TIEMPO, ES MODELADO POR ELLA. LA PERSONALIDAD QUE SURGE DE ESTA FUSION SE REFLEJA EN LA RELACION DEL HOMBRE CON LOS DEMAS, CON EL MUNDO, CON LA NATURALEZA Y CONSIGO MISMO, PUES EL HOMBRE ES PRIMARIAMENTE UN SER SOCIAL, (IHSS MODULO 2, 1987).

### E).- LA RELIGION.

LA RELIGION ES UN ELEMENTO QUE SE RECIBE AL HACER Y QUE ANOS DESPUES SE ASUME.

LA RELIGION CUBRE LA NECESIDAD DEL HOMBRE PARA LOGRAR LA SERENIDAD ESPIRITUAL SOBRE LAS TENSIONES Y EVITAR EL TEMOR A LOS PELIGROS DE LA VIDA COTIDIANA, ADEMAS DE DISMINUIR CON ELLA LA INSEGURIDAD QUE SIENTE.

LA RELIGION, DE ALGUNA MANERA, TRATA DE DARLE RESPUESTA A LAS INTERROGANTES QUE SE PLANTEA EL SER HUMANO PARA QUE ASI TENGA CIERTA IDEA DE "DIOS" POR VAGA QUE SEA. ADEMAS DEL CULTO A LA NATURALEZA Y EL CULTO A LA MUERTE.

LA MAYORIA DE LAS PERSONAS EXPERIMENTAN TEMOR CUANDO COMPRENDEN QUE VAN A MORIR O VEN QUE ALGUN FAMILIAR O AMIGO MUERE, AUNQUE DIFERENTES PERSONAS LO MANEJAN DE MANERA DISTINTA. PERO QUIEN PUEDE ESTAR EXCENTO DEL TEMOR A LA MUERTE?

LA MUERTE ES UN PROCESO LENTO, DESDE UN PUNTO DE VISTA BIOLÓGICO. PUES DESDE QUE NACE EL INDIVIDUO COMIENZA A ENVEJECER, YA QUE CADA DIA QUE PASA SU CUERPO CRECE Y LAS CELULAS SE ESTAN CONSTANTEMENTE MURIENDO Y SIENDO REEMPLAZADAS. TODA MUERTE CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA, INTERRUMPE EL CICLO NORMAL DE LA VIDA E IMPIDE SU TRAYECTORIA HACIA LA VEJEZ.

LA ACTITUD HACIA LA MUERTE PRESENTA UN PROBLEMA PARA LAS PERSONAS EN GENERAL, YA QUE INFLUYE ENORMEMENTE EN ELLAS. LOS

SENTIMIENTOS DE TEMOR E IMPOTENCIA FRENTE A LA MUERTE PUEDEN PRESENTARSE DE MUCHAS FORMAS DEPENDIENDO DE LA FUERZA Y PERSONALIDAD DEL INDIVIDUO.

PARA AQUELLAS PERSONAS QUE HAN EXPERIMENTADO UNA VIDA DIFICIL Y PERDIDO LA VOLUNTAD TRATAN DE ABRAZAR A LA MUERTE COMO UNA SOLUCION A SUS PROBLEMAS PERSONALES.

PARA OTROS, HAS QUE UNA SOLUCION PARA SUS PROBLEMAS, LA MUERTE REPRESENTA UN EVENTO DE MUCHA TENSION, UN ACERCAMIENTO DE CONFLICTO Y TEMOR. TEMOR A MORIR PERO TAMBIEN TEMOR A ENFRENTARSE A UNA ENFERMEDAD PROLONGADA Y AL DOLOR, ESTA GENTE SE MUESTRA VACILANTE ANTE EL DESEO DE VIVIR Y AL DE ALIVIARSE DEL DOLOR Y EL TEMOR A SER UNA CARGA PARA LOS DEMAS. AUNQUE LA MAYORIA DE LOS ANCIANOS ENFERMOS NO CONFIESAN SU MIEDO A MORIR, EN MAYOR O MENOR PORCENTAJE ESA IDEA ESTA PRESENTE COMO SI CADA DOLENCIA REPRESENTARA EL COMIENZO DE UN FIN INMEDIATO. LA ENFERMEDAD CONSTITUYE IGUALMENTE, UN RECURSO INCONSCIENTE PARA SOLICITAR AYUDA Y BENEFICIOS DE LA PROTECCION DEL FACULTATIVO, LOS FAMILIARES Y LOS AMIGOS.

AL SENTIRSE YA DESPOSEIDOS DE MUCHAS DE SUS FACULTADES, TANTO FISICAS COMO MENTALES Y CON TENDENCIA A SEGUIR PERDIENDO OTRAS SE ENCAMINAN A LA MUERTE.

LOS ANCIANOS ESTAN CONDENADOS A LA PERDIDA DE SEGURIDAD Y EQUILIBRIO EMOCIONAL. ADEMAS DE LA DEGENERACION Y MUERTE DE LOS TEJIDOS.

LOS ANCIANOS QUE VIVEN EN ASILOS, MUESTRAN UNA ACTITUD MAS POSITIVA Y ACEPTABLE HACIA LA MUERTE, QUE AQUELLOS QUE VIVEN EN SU PROPIA CASA.

LA ANGUSTIA EXISTENCIAL ANTE LA IDEA DE UNA MUERTE PROXIMA PROVOCA UNA ACENTUACION DE ACTIVIDADES MISTICAS Y RELIGIOSAS, ESTO

CREA CIERTA SEGURIDAD EN EL ANCIANO Y COMO CONSECUENCIA DE ELLO TRANQUILIDAD Y UNA ATENUACION DE SUS SENTIMIENTOS DE SOLEDAD Y AISLAMIENTO.

ES EN ESTA ETAPA FINAL CUANDO LA PERSONA INTEGRA MENTALMENTE TODA SU VIDA Y LA MUERTE ADQUIERE SENTIDO, (SILVA V. Y YOSIKO K, 1985; FUENTES A, 1978; IMSS, MODULO 2 Y 5, 1987).

F).- LA OCUPACION Y EL ESTADO DE VIDA.

LA VEJEZ ES UN PERIODO QUE EXIGE ESFUERZOS ADAPTATIVOS ESPECIALES, ESTO SUCEDE POR LOS CAMBIOS QUE EXPERIMENTAN TANTO ADENTRO COMO ALREDEDOR DEL ANCIANO.

EL ANCIANO DEBE ADOPTAR NUEVOS ROLES SOCIALES, ACTIVIDADES Y MODIFICAR SUS INTERRELACIONES PARA ADAPTARSE A SU NUEVO ESTATUS SOCIAL.

EN LA EDAD MADURA SE ADOPTAN NUEVOS ROLES, COMO LA MADRE, QUIEN YA NO FUNGE COMO EDUCADORA SINO MAS BIEN DE APOYO, LO MISMO SUCEDE EN EL CASO DEL PADRE. EN ESTA ETAPA, EN ALGUNOS CASOS SE JUEGA EL PAPEL DE ABUELOS O BIEN SE DEJA DE TRABAJAR, LO QUE CONLLEVA A LA BUSQUEDA DE NUEVAS ACTIVIDADES Y POR ENDE A NUEVOS ROLES.

DESAFORTUNADAMENTE, NO SE LE PERMITE AL ANCIANO NINGUN ROL, LA ANCIANIDAD ES RELACIONADA CON INEFICIENCIA Y ESTORBO.

LAS NORMAS SOCIALES CONDICIONAN AL ANCIANO A SEGUIR UN PATRON DE CONDUCTAS PREESTABLECIDAS.

LAS CONDICIONES SOCIALES EN GENERAL CAMBIAN PARA EL ANCIANO, EL RETIRO LABORAL, LOS CAMBIOS EN SU FAMILIA NUCLEAR POR EL ALEJAMIENTO DE LOS HIJOS Y POSIBLEMENTE DEL CONYUGE. LA DEPENDENCIA DE OTROS PARA LA SATISFACCION DE MUCHAS NECESIDADES. TODO ESTO Y ALGUNAS OTRAS COSAS MAS SON MOTIVO DE DEPRESION, LIMITACION DE INTERESES, SENTIMIENTOS DE SOLEDAD, ABANDONO Y

## PERDIDA DEL AFECTO.

EL ANCIANO AL JUBILARSE PROBABLEMENTE SIENTE QUE ES UN ESTORBO PARA SU FAMILIA, ADEMAS DE QUE CONSIDERA QUE ESTA PERDIENDO SU AUTORIDAD, CENTRALIDAD, JERARQUIA, ATENCION Y PROTECCION FAMILIAR, POR LO QUE TOMA EN OCASIONES UNA ACTITUD PASIVA Y POCO SOCIABLE, CAYENDO EN UNA DEPENDENCIA TOTAL Y SE AGUDIZA CUANDO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD, PERO NO TODOS LOS ANCIANOS PERMANECEN INACTIVOS.

LAS ACTITUDES QUE TOMA LA PERSONA DEPENDERAN DE SI CONOCE LO QUE LE ESTA AFECTANDO PARA MANEJARLAS ADECUADAMENTE Y DE RESPUESTAS A LAS PERSONAS Y SATISFAGA SUS PROPIAS NECESIDADES, PARA QUE TENGA ALGUN OBJETIVO INDIVIDUAL.

ALGUNAS DE LAS ACTITUDES AYUDAN A OBTENER RESULTADOS DESEADOS, EN CASO CONTRARIO SE REQUIERE UNA REVISION DE ELLAS PARA SU MODIFICACION, DE ESTAS PODEMOS MENCIONAR LAS ACTITUDES ANTE LA FAMILIA, EL TRABAJO Y LA SOCIEDAD QUE PUEDEN SER DE ORGULLO, SUBISION, OPTIMISMO, INDIFERENCIA O MUCHAS OTRAS.

EL ANCIANO NO DEBE PERDER "UN ALGO QUE HACER" QUE LE SATISFAGA, QUE LE DESPIERTE OTRAS AMBICIONES Y OTRAS METAS, QUE LE PERMITA MANTENER FIRME EL CARINO Y AMOR POR SUS SEÑEJANTES Y POR SU FAMILIA. AQUI JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE LO QUE HAGAN LAS INSTITUCIONES Y LAS PROPIAS EMPRESAS.

CUANDO EL ANCIANO SE ENCUENTRA EN SU HOGAR, EL MEDIO FAMILIAR PUEDE VERSE "TOTALMENTE ALTERADO" POR LA PRESENCIA DE ESTE.

EL ANCIANO OSCILA ENTRE DOS POLOS, POR UNA PARTE DESEA QUEDARSE COMO HIEMBRO ACTIVO DE UNA COMUNIDAD Y SER TOMADO EN CUENTA Y POR OTRA QUISIERA SENTIRSE SEGURO Y TRANQUILLO Y QUE SE LE TUVIERAN CONSIDERACIONES.

EL QUEDARSE SIN TRABAJO PROVOCA TENSION EN EL INDIVIDUO

CUANDO PERCIBE QUE LOS DEMAS NO LO CONSIDERAN UTIL Y CAPAZ, AGREGANDOSE A ESTO QUE LE RESULTE DIFICIL ENCONTRAR OTRAS ACTIVIDADES DEBIDO A LAS LIMITADAS OPORTUNIDADES DE INGRESAR A UN CENTRO LABORAL O EDUCACIONAL POR LA EDAD.

LA MUJER SE ADAPTA MAS FACILMENTE AL CAMBIO DE ACTIVIDADES QUE PRESUPONE EL DEJAR DE TRABAJAR. ESTO TAL VEZ SEA PORQUE GENERALMENTE SE DEDICA A LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL HOGAR.

LA VIVENCIA DEL ENVEJECIMIENTO RESULTA DOLOROSA PARA ALGUNAS PERSONAS. PRESENTANDO COMO CONSECUENCIA DE ELLO SINTOMAS FISICOS COMO UN MEDIO PARA OBTENER ATENCION DE LAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON ELLOS Y DE ESTA MANERA ALIVIAR SUS TENSIONES.

GRAN PARTE DE LAS ACTIVIDADES QUE PUEDEN DESARROLLAR LOS ANCIANOS, SE RELACIONAN CON EL MANEJO DE LA ANGUSTIA QUE HACE DE SUS SENTIMIENTOS DE VULNERABILIDAD, DE SOLEDAD QUE RESULTA DE LA PERDIDA DE PARIENTES CERCANOS, DE AMIGOS, DE RECHAZO DE LOS HIJOS, DE LA SENSACION DE INUTILIDAD Y FRACASO.

EL MEDIO SOCIAL Y CULTURAL A SU VEZ COLABORAN CON LA PRODUCCION DE ANGUSTIA PORQUE NO BRINDAN LOS MEDIOS PARA ESTA PROBLEMATICA, POR EL CONTRARIO LA AUMENTAN AL CONDENARLO A LA PASIVIDAD.

RESUMIENDO SE PUEDE DECIR QUE NO IMPORTA EL ROL QUE LA PERSONA JUEGUE, SIEMPRE Y CUANDO NO PIERDA EL ENFOQUE DE SU PROYECTO DE VIDA, EL CUAL DEBERA IR DE LA MANO CON SUS IDEALES, LA OBTENCION DE SUS METAS Y DE UNA MANERA CONGRUENTE DEL VIVIR CON EL PENSAR. (IHSS, MODULO 2,5,1987; CEPAL, FEBRERO 1982; GÓNEZ R. Y ORTEGA B. 1987; KASTENBAUM R. 1980; SANCHEZ J. Y RAMOS F. 1982).

#### G).- COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL.

EN TODA EXISTENCIA HUMANA HAY PERIODOS DE TRANSICION, EN LOS CUALES SE PRODUCEN VERDADERAS CRISIS QUE PUEDEN DESENCADENAR

TRASTORNOS FISICOS, PSIQUICOS Y SOCIALES.

UNO DE LOS PERIODOS MAS CRITICOS ES EL COMIENZO DE LA VEJEZ. LA VEJEZ NO ES UNA ETAPA AUTONOMA ES PARTE DE UN DESARROLLO. EL DE TODA LA VIDA PASADA, LO GENERICO, EL ESTADO FISICO Y MENTAL Y SU MUNDO CIRCUNDANTE.

LAS "CRISIS" DE LA VEJEZ SON:

	/	/	/
	/	/	/ INTERNOS
PRIMERA "CRISIS"	/ CAMBIOS CORPORALES	/	/ EXTERNOS
	/	/	/
	/	/	/
	/ PERDIDA DEL PAPEL	/	/
SEGUNDA "CRISIS"	/ SOCIAL Y FAMILIAR	/	/ JUBILACION
	/	/	/
	/	/	/
	/ PERDIDA DE PERSONAS	/	/ SOLEDAD
TERCERA "CRISIS"	/ SIGNIFICATIVAS	/	/ VIUDEZ
	/	/	/
	/	/	/
	/ DISMINUCION DE LA	/	/ SENTIMIENTOS
CUARTA "CRISIS"	/ ACTIVIDAD	/	/ DE INUTILIDAD
	/	/	/
	/	/	/
	/ ENFRENTAMIENTO	/	/ ACEPTACION
QUINTA "CRISIS"	/ CON LA MUERTE	/	/ RECHAZO / RIEDO
	/	/	/
	/	/	/ ANSIEDAD
	/	/	/

FUENTE: SANCHEZ C. Y RAMOS F., (1982) LA VEJEZ Y SUS HITOS, PAG. 22.

LA VEJEZ ES QUIZAS LA ETAPA MAS DIFICIL DENTRO DEL DESARROLLO DEL HOMBRE Y EL FACTOR MAS ANGUSTIANTE ES LA VIVENCIA DE ESTA

## ETAPA.

LA REDUCCION DE SUS INTERESES, LAS DIFICULTADES PARA ADAPTARSE A SITUACIONES NUEVAS, LA PERDIDA DE SUS CAPACIDADES FISICAS Y MENTALES TIENDEN A PRODUCIR UNA SERIE DE ANGUSTIAS. EXISTEN CAMBIOS EN ESTA ETAPA QUE PERMITEN QUE EL ANCIANO PERCIBA AL MEDIO SOCIAL COMO HOSTIL Y AGRESIVO, ADEMAS DE LA PROBLEMATICA EN LA COMUNICACION VERBAL QUE LO CONDUCEN, EN ALGUNOS CASOS, A REALIZAR UNA CONDUCTA ANTISOCIAL.

LOS DELITOS QUE ESPECIALMENTE PREDOMINAN SON CONTRA LAS PERSONAS EXISTIENDO GRAN CONTRASTE EN RELACION CON LOS OTROS DELITOS. LOS DELITOS CONTRA LAS PERSONAS QUE MAS FRECUENTEMENTE SE COMETEN SON: HOMICIDIOS, DELITOS SEXUALES (VIOLACION O INTENTO DE VIOLACION).

LAS SITUACIONES DE AGRESIVIDAD, POR LO GENERAL SON DE TIPO VERBAL, PERO CUANDO LAS DEFENSAS NO ESTAN DEBIDAMENTE ESTRUCTURADAS ESTOS IMPULSOS LLEGAN A SER ANTISOCIALES.

EN TODOS LOS DELITOS COMETIDOS POR LOS ANCIANOS EXISTE UNA RELACION DE CONOCIMIENTO CON LA VICTIMA, POR LO GENERAL ES UNA RELACION ESTRECHA, DE TIPO FAMILIAR. SE HA ENCONTRADO QUE TIENEN UNA PERSONALIDAD DESCONFIADA, CON TENDENCIA A CONTROLAR SU MEDIO, EN ESPECIAL FAMILIAR A TRAVES DE MECANISMOS OBSESIVO-COMPULSIVOS, QUE SON CARACTERISTICOS DE CONDUCTAS AGRESIVAS QUE LLEVAN AL HOMICIDIO.

EL DETERIORO DE LA PERSONALIDAD SE PROYECTA EN LAS IDEAS Y VALORES MORALES DISTORSIONADOS DE DESINHIBICION ANTE LAS CONDUCTAS DE CARACTER SEXUAL, ESPECIALMENTE CON NIÑOS Y LOS TRASTORNOS PATOLOGICOS EN LA ESFERA AFECTIVA, LOS SENTIMIENTOS DE SOLEDAD Y EL AISLAMIENTO QUE SE MANIFIESTA EN LAS TENDENCIAS HACIA UNA RELACION MASOQUISTA O POR EL CONTRARIO SADICA (MARCHIORI, H.

1978).

POR ULTIMO EN RELACION A LOS DELITOS DE ROBO ESTOS DEBEN DE INTERPRETARSE COMO ROBOS POR NECESIDAD, LOS REALIZAN ANCIANOS DEAMBULANTES, HENDIGOS, QUIENES CARECEN DE TODA PROTECCION FAMILIAR Y SOCIAL. LOS DELITOS CONTRA LA SALUD COMO POR EJEMPLO LA ADICCION A LA MARIHUANA, POR LO GENERAL SE TRATAN DE PERSONAS QUE YA PRESENTABAN ANTECEDENTES DE DRUGADICCION.

EL SUICIDIO ES TAMBIEN FRECUENTE EN LA ANCIANIDAD DEBIDO PRINCIPALMENTE A LOS CUADROS DEPRESIVOS QUE CARACTERIZAN LA VEJEZ.

LAS FUGAS Y VAGABUNDEO SON CONDUCTAS QUE SE OBSERVAN CON CIERTA FRECUENCIA, ESPECIALMENTE A CONSECUENCIA DE LA FALTA DE UN NUCLEO FAMILIAR O POR LA CONFLICTIVA DE MARGINACION DE QUE ES OBJETO EL ANCIANO.

ES EVIDENTE QUE EL DELITO COMETIDO POR UN ANCIANO ES CONSECUENCIA DEL ABANDONO EN EL QUE SE ENCUENTRA POR LA SOCIEDAD Y EN LA MEDIDA QUE SE ATIENDA SU PROBLEMATICA INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL, DISMINUIRAN LAS CONDUCTAS DELICTIVAS EN ESTA ETAPA DE LA VIDA, (MARCHIORI H., 1978, SANCHEZ C. Y RAHOS F., 1982).

EN SINTESIS EL PROBLEMA SOCIAL QUE CREA LA INSEGURIDAD ES LA SUMA DE TODOS AQUELLOS PROBLEMAS QUE AFLORAN CUANDO LAS NECESIDADES DE LA MAYORIA DE LA POBLACION PERMANECEN INSATISFECHAS. MIENTRAS MAS PROSPERO ES UN PAIS, Y MAS EQUITATIVAMENTE ESTE DISTRIBUIDA SU RIQUEZA, MEJORES SERAN SUS CONDICIONES DE VIDA, LA VIVIENDA, EL VESTIDO Y ALIMENTACION DE LA POBLACION Y MENORES SERAN LOS RIESGOS Y LAS PRIVACIONES EXPERIMENTADAS EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA SERAN FAVORABLES PARA QUE LOS HOHRES SE REALICEN PLENAMENTE.

EN OTRAS PALABRAS, LA POBREZA O LAS CIRCUNSTANCIAS QUE LA ACOMPAÑAN PERJUDICAN EL CRECIMIENTO Y RETARDAN LA MADUREZ FISICA Y

MENTAL.

EL NIVEL DE VIDA DE UN PUEBLO ESTA CONSTITUIDO POR LA FORMA EN QUE LA COLECTIVIDAD SATISFACE SUS NECESIDADES ELEMENTALES. COMPRENDE POR TANTO, LA TOTALIDAD DE LAS CONSIDERACIONES ECONOMICAS, SOCIALES, POLITICAS E INTELLECTUALES QUE CONDICIONAN EL BIENESTAR DEL INDIVIDUO.

EL SIGNIFICADO DEL SALARIO ES FUNDAMENTAL PARA LA SALUD DESDE EL MOMENTO QUE CONSTITUYE LA UNICA FUENTE DE INGRESOS QUE HACE POSIBLE LA MANUTENCION DE LA FAMILIA Y EL RESGUARDO DEL BIENESTAR DEL ASALARIADO.

LA POBREZA NO SOLO ESTA RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD, LA INCAPACIDAD Y LA MUERTE, TAMBIEN SE MANIFIESTA EN EL DESARROLLO DEL NIÑO Y DEL ADULTO, LO MISMO QUE A PROPOSITO DEL BIENESTAR DEL ANCIANO.

SON IMPORTANTES POR LO TANTO LOS FACTORES QUE ENGLOBAN LOS ESTADOS FISICOS Y SOCIALES QUE DARAN COMO CONSECUENCIA EL ESTADO PSICOLOGICO DEL SER HUMANO DURANTE SU DESARROLLO.

#### ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL ENVEJECIMIENTO

HACE MAS DE CINCUENTA AÑOS BURDACH DETALLO LOS CAMBIOS ASOCIADOS CON EL ENVEJECIMIENTO: "HABLANDO EN TERMINOS GENERALES, LAS SUSCEPTIBILIDADES DEL HOMBRE ANCIANO DISMINUYEN TANTO EN LA CANTIDAD COMO EN LA INTENSIDAD Y ES INDIFERENTE A MUCHAS COSAS QUE LE INTERESABAN PROFUNDAMENTE EN AÑOS ANTERIORES. SUS EMOCIONES SON MAS CALMAS Y MENOS FRECUENTES, SU PODER DE ASIMILACION DE NUEVAS IDEAS Y DE HACER COSAS DESACOSTUMBRADAS ESTA DISMINUIDA, OLVIDA CON FACILIDAD LA EXPERIENCIA RECIENTE O LO QUE EL MISMO HA DICHO O HECHO. PENSAR EN ALGO LE TOMA MAS TIEMPO Y, AL IGUAL QUE

SU PODER DE ASIMILACION, TAMBIEN DISMINUYE SU PRODUCTIVIDAD INTELLECTUAL. LAS CREACIONES NUEVAS Y SUSTANCIALES QUE EXIGEN RAPTO EXALTADO DE LA IMAGINACION YA NO SE PRODUCEN Y, A PESAR DE QUE HAY ANCIANOS QUE HAN CREADO OBRAS INTELLECTUALES DE GRAN PERFECCION, ESTAS SON EN PARTE EL RESULTADO DE DELIBERACIONES Y JUICIOS MADURADOS ANTES QUE DE LA IMAGINACION CREADORA...", (H. MAYER-GROSS Y E. SLATER, 1974).

ACTUALMENTE LA INVESTIGACION CIENTIFICA HA COLOCADO SOBRE UNA BASE MAS OBJETIVA EL CONOCIMIENTO DE LOS CAMBIOS PSICOLOGICOS ASOCIADOS CON LA SENECTUD.

ENVEJECER NO SIGNIFICA NECESARIAMENTE PERDIDA DE LAS FACULTADES Y FUNCIONES, TAMPOCO ES EL NUMERO DE ANOS EL QUE DETERMINA EL COMPORTAMIENTO Y LAS VIVENCIAS EN LA VEJEZ, SINO QUE SON MULTIPLES FACTORES LOS QUE INFLUYEN DECISIVAMENTE EN EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO, DICHS FACTORES QUE SE DEBEN TOMAR EN CUENTA PARA EL BIENESTAR PSICOFISICO Y SOCIAL DE LA VEJEZ SON: LA ESTIMULACION PARA EL DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES Y HABILIDADES FISICAS, MENTALES Y SOCIALES DURANTE LA INFANCIA Y JUVENTUD Y SU CONTINUO ENTRENAMIENTO DURANTE LA EDAD ADULTA.

NUMEROSAS INVESTIGACIONES SOBRE APRENDIZAJE, PERCEPCION, APTITUD PSICOMOTRIZ, ANSIEDAD, ACTITUDES HACIA LA VEJEZ, VALORES E INTERESES Y PERSONALIDAD HAN OBJETADO EL "MODELO DEFICITARIO", O SEA, LA CONCEPCION GENERALIZADA DE QUE CON EL AUMENTO DE LA EDAD TODAS LAS CAPACIDADES Y FUNCIONES DECLINAN, DICHS INVESTIGACIONES SE MENCIONAN A CONTINUACION.

REFERENTE A LA INTELIGENCIA, FOSTER Y TAYLOR, 1920, CITADO POR GEIST H. (1977), EFECTUARON UNA COMPARACION ENTRE UN GRUPO DE PACIENTES DEL HOSPITAL DE MAS DE 50 ANOS, UNO DE JOVENES Y OTRO DE ESCOLARES. TOMANDO COMO BASE LA ESCALA DE PUNTOS YERKES-BRIDGES,

PUDIERON OBSERVAR QUE, CON LA EDAD, SE PRODUCIA UNA DECLINACION EN LOS PUNTAJES, CIRCUNSTANCIA QUE NO SOLO ATRIBUYERON A LA MERMA DE LA INTELIGENCIA SINO TAMBIEN A UNA DISMINUCION DEL INTERES Y DE LA VIVACIDAD Y A LA FALTA DE PRACTICA EN LAS FUNCIONES QUE NO SE ANALIZABAN, LOS TESTS EN LOS CUALES EL PUNTAJE RESULTO MAYOR CON LA EDAD FUERON, EL DE VOCABULARIO, DE COMPRESION DE PREGUNTAS Y DE CONCEPTO DE LO ABSURDO, (PAG. 40).

BEESON, 1920, CITADO POR GEIST H. (1977), OBSERVO QUE EL RENDIMIENTO EN EL VOCABULARIO SE MANTENIA CON LA EDAD, AUN CUANDO TAMBIEN ADVIRTIÓ UNA DECLINACION EN OTRAS FUNCIONES: ANALISIS, SINTESIS Y RAZONAMIENTO ARITMETICO; CREATIVIDAD, INGENIO E IMAGINACION; PERCEPCION Y MEMORIA INMEDIATA, (PAG. 40).

YERKES, 1921, CITADO POR GEIST H. (1977), REDACTO UN INFORME SOBRE LOS SOLDADOS Y LA DISMINUCION CON LA EDAD DE SU PUNTAJE TOTAL EN EL TEST ALFA. SEÑALO, QUE HABIA UNA ACENTUADA DISMINUCION DEL PUNTAJE EN LOS QUE TENIAN MAS DE 30 AÑOS Y HUY PRONUNCIADA EN EL GRUPO DE 51 A 60 AÑOS, (PAG. 40).

WILLOUGHBY, 1927, CITADO POR GEIST H. (1977), REALIZO UN ESTUDIO ACERCA DE LOS ITEMS DE LOS TESTS ALFA Y BETA, EL TEST NACIONAL DE INTELIGENCIA Y EL TEST DE EJECUCION STANFORD, SE PUDO APRECIAR QUE LAS FUNCIONES REFERENTES A ANALOGIAS, SUSTITUCION DE SIMBOLOS Y DIGITOS Y COMPLETAMIENTOS DE SERIES DE SIMBOLOS Y DE SERIE DE NUMEROS, DISMINUYEN A LOS 20 AÑOS; EN TANTO QUE EL RAZONAMIENTO ARITMETICO Y EL VOCABULARIO SE MANTIENEN BIEN A TODA EDAD, INCLUSO HAS ALLA DE LOS 50 AÑOS, (PAG. 40).

HILES Y HILES, 1930, CITADO POR TYLER L. (1984), APLICARON TESTS DE INTELIGENCIA A 863 PERSONAS ENTRE 10 Y 89 AÑOS, EN 1932 SE ANADIERON OTRAS 1600 PERSONAS, UN ASPECTO NOTABLE FUE LA INCLUSION DE 190 PERSONAS QUE REPITIERON LAS PRUEBAS EN LOS DOS

ESTUDIOS DE LOS AÑOS 1930 Y 1932. LOS UNIVERSITARIOS MAYORES PUNTUAN MAS BAJO EN EL TEST DE INTELIGENCIA QUE LOS UNIVERSITARIOS MAS JOVENES, AUNQUE LA PERSONA UNIVERSITARIA PUEDE PERMANECER POR ENCIMA DE LA MEDIA DE LOS QUE SOLO TIENEN LA ENSEMANZA PRIMARIA O SECUNDARIA, INCLUSO CUANDO SE TRATA DE UNA PERSONA DE EDAD AVANZADA, (PAG. 280).

JONES Y COHRAD, 1933, CITADO POR TYLER L. (1984), UTILIZARON EL TEST ARHY ALFA PARA RECOGER DATOS DE LA POBLACION DE 19 CIUDADES DE NUEVA INGLATERRA, CONSIGUIERON OBTENER UNA HUESTRA EXCELENTE DE LA POBLACION DE TODAS LAS EDADES, OFRECIENDO CINE GRATIS, AL QUE SE INVITABA A TODO EL MUNDO, Y LUEGO SE PEDIA A LOS ESPECTADORES QUE RELLENARAN UN TEST DE INTELIGENCIA, ASI COMO UN PEQUEÑO CUESTIONARIO DE LA PELICULA QUE ACABABAN DE VER. LAS PUNTUACIONES MAS ALTAS LAS OBTUVIERON PERSONAS ENTRE LOS 19 Y 21 AÑOS. LA MEDIA PARA LOS DE 55 FUE LA MISMA QUE PARA LOS DE 11 AÑOS, (PAG. 276).

HILES, 1934, CITADO POR GEIST H. (1977), UTILIZO UNA FORMA ABREVIADA DEL OTIS, DE 15 MINUTOS Y LOS APLICO A 566 SUJETOS DE 20 A 80 AÑOS. LUEGO CLASIFICO LOS RESULTADOS EN SIETE GRUPOS DE INTELIGENCIA Y OBSERVO ACUSADOS CAMBIOS SEGUN LA EDAD EN CADA UNO DE LOS DECENIOS CONSIDERADOS, (PAG. 41).

TOHANDO COMO BASE EL SUBTEST DE VOCABULARIO DE HECHSLER BELLEVUE, SORENSON (1939), COMPARO GRUPOS DE EDAD DE 5 AÑOS CADA UNO, DESDE LOS 15 HASTA LOS 65 AÑOS; EN CURSOS DE EXTENSION ENCONTRO PUNTUACIONES MAS ALTAS EN VOCABULARIO EN LOS GRUPOS DE PERSONAS MAYORES. CHRISTIAN Y PATERSON (1936), MOSTRARON QUE PARA UN GRUPO DE PADRES Y PARIENTES UNIVERSITARIOS EL GRUPO DE 60 A 69 AÑOS FUE EL QUE MAS ALTO PUNTO. HESTON Y CANNELL (1941), APLICARON TESTS A UN GRAN NUMERO DE HOMBRES Y MUJERES CAMPESINOS,

ENCONTRARON UN PERSISTENTE AUNQUE LIGERO AUMENTO HASTA LOS 55 AÑOS DE EDAD Y UN DÉBIL DESCENSO POSTERIOR A ESTA EDAD. SHAKOH Y GOLDMAN (1938). ENCONTRARON QUE EL NIVEL DE VOCABULARIO SE MANTENIA CONSTANTE HASTA LA SEPTIMA DECADA Y DESPUES DE ESTA DECRECIA, (TYLER L., 1984).

KUHLEN, 1940, CITADO POR TYLER L. (1984), OBSERVO QUE ERA PREMATURO CONCLUIR QUE TODAS LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS DE EDAD, PUEDAN SER ATRIBUIDAS A LOS PROCESOS BIOLÓGICOS DEL ENVEJECER, COMPARANDO ALGUNAS DE LAS DIFERENCIAS DE EDAD EN DETERMINADOS TESTS CON CIERTOS DATOS PROCEDENTES DEL CENSO, MOSTRO QUE ERA POR LO MENOS POSIBLE UNA EXPLICACION EN TERMINOS DE CAMBIO SOCIAL Y CULTURAL. QUIZA SE PUEDE ASEGURAR QUE UN DECLIVE EN APTITUDES MENTALES, QUE SE DAN TAN PRONTO COMO LA MADUREZ TOTAL ES ALCANZADA, NO OCURRE HOY NI JAMAS HA OCURRIDO. DURANTE LAS DECENAS DE LOS 20, 30 Y 40 AÑOS LOS GRUPOS DE PERSONAS MAS JOVENES CONSISTENTEMENTE ALCANZABAN PUNTUACIONES SUPERIORES A LOS MAYORES PORQUE LAS OPORTUNIDADES DE LOS INDIVIDUOS PARA EVOLUCIONAR EN UN AMBIENTE ESTIMULANTE ESTABAN CRECIENDO CONTINUAMENTE, (PAG. 284).

THURNDIKE Y GALLUP, 1944, CITADO POR TYLER L. (1984), APLICARON UN TEST DE VOCABULARIO MUY CORTO A LA MUESTRA REPRESENTATIVA DE LA POBLACION AMERICANA DE VOTANTES QUE SE UTILIZABA EN LAS ENCUESTAS GALLUP; EL NIVEL DE VOCABULARIO PERMANECIA PRACTICAMENTE CONSTANTE DESDE LOS 20 A LOS 60 AÑOS, DISMINUYENDO LIGERAMENTE DESPUES DE ESTA EDAD, (PAG. 280).

OTRO ESTUDIO REALIZADO POR SHARD, 1945, CITADO POR TYLER L. (1984), UTILIZO PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD, 45 HOMBRES ENTRE 60 Y 80 AÑOS, LOS CUALES FUERON COMPARADOS CON OTROS DE LOS MISMOS DEPARTAMENTOS QUE TENIAN ENTRE 25 Y 35 AÑOS DE EDAD. LOS TESTS CONTENIAN INGENIOSIDAD, LENGUAJE ARTIFICIAL, SINONIMOS Y ANTONIMOS,

SIMBOLOS Y DIGITOS, SIGNIFICACION DE PALABRAS, SERIES DE NUMEROS, ANALOGIAS Y ARITMETICA. EN 6 DE LOS 8 TESTS SE ENCONTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN FAVOR DE LOS MAS JOVENES SOLO EN UNO, EL DE LOS SINONIMOS Y ANTONIMOS, HUBO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN FAVOR DE LOS ANCIANOS. LA PUNTUACION DE VOCABULARIO FUE LA UNICA QUE NO MANIFIESTA DETERIORO CON LA EDAD, (PAG. 281).

EN INGLATERRA, FOULDS Y RAVEN, 1948, CITADO POR TYLER L. (1984), UTILIZANDO COMO SUJETOS GRUPOS DE ADULTOS DE DIFERENTES CLASES QUE TRABAJABAN EN UNA MISMA FACTORIA, DEMOSTRARON QUE LA PERDIDA DE EDAD A EDAD CARACTERIZABA LAS MEDIAS DE LAS MATRICES PROGRESIVAS (TEST DE INTELIGENCIA COMPUESTO DE FIGURAS GEOMETRICAS), PERO EN CAMBIO NO SE DABA EN EL TEST HILL HILL DE VOCABULARIO.

FOX Y BIRREN (1950), APLICARON EL TEST HECHSLER BELLEVUE A 50 SUJETOS ENTRE 60 Y 69 ANOS, OBSERVANDO MAS ALTAS PUNTUACIONES EN INFORMACION, VOCABULARIO Y COMPRESION Y LAS MAS BAJAS EN SIMBOLOS Y DIGITOS, ORDENACION DE DIBUJOS Y DISENOS DE PIEZAS. EL TEST DE SIMBOLOS Y DIGITOS ES EL COMPONENTE INTELECTUAL QUE SE PIERDE MAS MARCADAMENTE CON LA EDAD, (PAG. 278).

VINCENT, 1952, CITADO POR TYLER L. (1984), TIPIFICO UN NUEVO TEST DE INTELIGENCIA VERBAL CON MAS DE 7,000 FUNCIONARIOS ENTRE 21 Y 60 ANOS, CON LA EXCEPCION DEL GRUPO FORMADO POR LOS DE 45 A 50 ANOS, QUE PUNTUARON DESACOSTUMBRADAMENTE ABAJO, LAS MEDIAS MUESTRAN UNA RELACION LINEAL DIRECTA RESPECTO A LA EDAD. SEÑALO QUE EL DECRECIMIENTO ANUAL MEDIO EN LA AMPLITUD DE EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS 20 Y 60 ANOS ES APROXIMADAMENTE EL 0.03 DE LA DESVIACION TIPICA, CON INDEPENDENCIA DEL TIPO DE TEST QUE SE HAYA UTILIZADO, (PAG. 277).

CORSINI Y FASSETT, 1953, CITADO POR TYLER L. (1984), APLICARON TESTS A 1,072 ADULTOS INGRESADOS A LA PRISION DE SAN QUINTIN, CLASIFICANDOLOS EN GRUPOS DE 5 ANOS DE EDAD, DESDE LOS 15 HASTA LOS 70. LOS GRUPOS DE SUJETOS MAS ANCIANOS ALCANZARON PUNTUACIONES MAS BAJAS QUE LOS MAS JOVENES EN MAYOR PARTE DE LOS TESTS DE RENDIMIENTO; PERO EN LA MAYORIA DE LOS TESTS VERBALES, LOS PRESOS MAYORES NO SOLO CONSIGUIERON PUNTUACIONES MAYORES, SINO SUPERIORES, (PAG. 283).

GHISELLI, 1951, CITADO POR TYLER L. (1984), APLICO UN TEST DE INTELIGENCIA GENERAL A 628 SUJETOS ADULTOS DE DIVERSA PROCEDENCIA, AUNQUE TODOS HABIAN PASADO POR LO MENOS UN AÑO EN LA UNIVERSIDAD, NO SE ENCONTRO TENDENCIA INDICADORA DE SI SE PRODUCE AUMENTO O DISMINUCION EN EL INTERVALO DE EDAD COMPRENDIDO ENTRE LOS 20 Y 60 ANOS. HIRT (1959), APLICO LA BATERIA GENERAL DE TEST DE APTITUD A CIEN TRABAJADORES SIN ESPECIALIZACION DE 25 A MAS DE 55 ANOS. SE ENCONTRARON DECLIVES EN LAS ULTIMAS EDADES EN TODAS LAS APTITUDES, EXCEPTO EN COORDINACION MOTORA Y DESTREZA MANUAL, LA CIEN DE LAS PUNTUACIONES SE DIO EN LA DECENA DE LOS 30; EN APTITUD MENTAL EL PUNTO CULMINANTE SE DIO HASTA LOS 37 ANOS. ESTO PARECE INDICAR QUE LA DISMINUCION DURANTE LA PRIMERA EDAD ADULTA EN TIEMPOS PASADOS PUEDE ATRIBUIRSE MAS A LA ESCASEZ DE UNA ESTIMULACION INTELLECTUAL EN LAS VIDAS DE LAS PERSONAS QUE A CAMBIOS BIOLOGICOS EN SUS SISTEMAS NERVIOSOS.

SHAIE, 1958, CITADO POR TYLER L., (1984), Y SUS SUJETOS, 50 PARA CADA PERIODO DE 5 ANOS DESDE LOS 20 A LOS 70, EMPLEO UN TEST DE INTELIGENCIA, LA BATERIA DE APTITUDES MENTALES PRIMARIOS DE THURSTONE, LO QUE EVIDENCIO QUE EL DECLIVE SE DA ANTES Y ES MAS FUERTE EN LOS FACTORES ESPACIALES Y DE RAZONAMIENTO, (PAG. 279).

BAYLEY, 1968 Y OWENS, 1966, CITADO POR HASSOL D. (1986),

SUGIERE LA POSIBILIDAD DE UN AUMENTO DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS A LOS 61 AÑOS DE EDAD, RESPECTO A LOS DE PRIMERO DE PREPARATORIA, EN LOS ADULTOS DE EDAD MADURA RESPECTO A LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS CUANDO ADOLESCENTE, POR LO QUE HAY CAMBIOS INTELECTUALES APRECIABLES DEBIDOS A LA EDAD.

ACTUALMENTE, LA AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION TASK FORCE ON AGING, BATES Y LABOVIC (1973), OPINAN QUE CUALQUIER DECLINACION OBSERVADA EN EL FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL ENTRE LOS MAYORES PUEDE ATRIBUIRSE A MALA SALUD, OPORTUNIDADES ESCASAS EN EL AMBIENTE, AISLAMIENTO SOCIAL, PRIVACION ECONOMICA, EDUCACION LIMITADA, MOTIVACION REDUCIDA, Y OTRAS VARIABLES NO RELACIONADAS INTRINSECAMENTE CON EL ENVEJECIMIENTO, (PAG. 340).

EN RELACION CON ALGUNOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN CON LA SITUACION MISHA DE LAS PRUEBAS QUE TAMBIEN PUEDEN CONTRIBUIR A LAS CALIFICACIONES MAS BAJAS OBSERVADAS POR LOS PRIMEROS INVESTIGADORES. ALGUNOS FACTORES HAN DEMOSTRADO INFLUIR EN EL DESEMPEÑO EN PRUEBAS QUE NO TIENEN QUE VER CON LA INTELIGENCIA. BIRKHILL Y SCHALE, 1973, CITADO POR HASSOL D. (1986), MOSTRARON QUE LA PRECAUCION CON LA QUE LOS ANCIANOS ABORDAN LOS PUNTOS DE LAS PRUEBAS Y SU RENUNCIA A "ARRIESGARSE" CON UNA CONTESTACION INSEGURA PUEDE HABER BAJADO SIGNIFICATIVAMENTE SUS CALIFICACIONES ALGUNAS DE ESTAS VACILACIONES PUEDEN DEBERSE A LA FALTA DE HABILIDADES PROPIAS.

LA FALTA DE HABILIDADES RELACIONADAS CON LA ESCUELA Y EL DESCONOCIMIENTO DE LAS SITUACIONES DE PRUEBA PUEDEN RESULTAR BARRERAS INHIBIDORAS MOTIVACIONALES. NEUGARTEN (1977), HA SEÑALADO LA DESHEDIDA CANTIDAD DE "ANCIANISMO" EN NUESTRA SOCIEDAD EN EL SENTIDO DE ESTEREOTIPOS NEGATIVOS QUE SE APLICAN A LOS ANCIANOS Y QUE ELLOS HAN LLEGADO A CREER EN SI MISMOS. SI LOS

SUJETOS DE EDAD ESTAN BIEN CONSCIENTES DE QUE UN INVESTIGADOR "SABE" QUE NO HARAN SU TAREA, SU DESEMPEÑO ESTARA BAJO PREJUICIOS DESDE EL PRINCIPIO. UN ENFOQUE "PRECAVIDO" DE LOS PUNTOS DE LA PRUEBA PROBABLEMENTE SEA MAS EVIDENTE SI HAN PASADO DECADAS SIN HABER ESTADO EXPUESTOS A MATERIALES SIMILARES, (PAG. 339).

CON RESPECTO A APRENDIZAJE Y MEMORIA, FL. RUCH, 1934, CITADO POR TYLER L. (1984), SE INTERESO POR LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS TIPOS DE TAREAS RESPECTO A LA FACILIDAD CON QUE PODIAN SER APRENDIDAS POR PERSONAS JOVENES DE EDAD MEDIA Y ANCIANOS. LOS RESULTADOS DE SUS HALLAZGOS SON DE QUE LOS MAYORES APRENDEN UN POCO MENOS RAPIDAMENTE QUE LOS JOVENES Y QUE EL RETRASO AUMENTA CON LA EDAD; ESTE RETRASO ES MAS PRONUNCIADO EN TAREAS QUE SUPONEN INTERFERENCIA CON VIEJOS HABITOS QUE EN LAS TAREAS EN LAS QUE ESTOS VIEJOS HABITOS PUEDEN SER UTILIZADOS. A LOS SUJETOS MAYORES LES RESULTABA MAS FACIL APRENDER A SEGUIR CON UN PUNZON UN OBJETO EN MOVIMIENTO VISTO DIRECTAMENTE QUE UNO VISTO EN UN ESPEJO. ASI MISMO LES ERA MAS FACIL APRENDER PARES DE PALABRAS QUE GUARDABAN ENTRE ELLAS UNA RELACION SIGNIFICATIVA QUE APRENDER MATERIALES SIN SENTIDO O MULTIPLICACIONES FALSAS.

HANES (1953), ESTUDIO EL "APRENDIZAJE PERCEPTIVO" EN 180 SUJETOS PRESIDARIOS A LOS QUE DIVIDIO EN 3 GRUPOS DE EDAD: 20 A 34, 35 A 49 Y 50 A 70. SE LES PIDIO RECORDAR TRES CLASES DE MATERIALES PRESENTADOS Y LOS RESULTADOS DEMOSTRARON UN DECLIVE CONSISTENTE CON LA EDAD EN LOS TRES TIPOS DE MATERIALES Y EL MATERIAL SIN SENTIDO PARECIO SER EL MAS DIFICIL PARA EL GRUPO DE LOS MAYORES, (PAG. 288).

GLADIS Y BRAUN, 1958, CITADO POR GEIST H. (1977), ANALIZARON LOS EFECTOS DE LA EDAD EN EL APRENDIZAJE Y LA MEMORIZACION DE PARES DE PALABRAS, PARA LO CUAL CADA SUJETO DEBIO APRENDER UNA

LISTA DE 8 PARES DE VOCES RELACIONADAS. POSTERIORMENTE ESTUDIARON OTROS PARES DE DIVERSOS GRADOS DE SIMILITUD, EN CUANTO A LA SIGNIFICACION, CON LOS DE LA LISTA ORIGINAL. LUEGO EL SUJETO VOLVIO A ESTUDIAR LA NOMINA INICIAL DOS MINUTOS DESPUES, LOS SUJETOS OSCILABAN ENTRE 20-29, 40-49 Y 60 A 72 ANOS, AL PARECER, LOS SUJETOS DE EDAD TIENEN SUPERIORIDAD EN CUANTO AL MONTO ABSOLUTO DE TRANSFERENCIA CUANDO SE CONSIDERAN LOS NUEVOS PUNTAJES Y EXISTE CIERTA SUPERIORIDAD EN FAVOR DE LOS JOVENES CUANDO LOS PUNTAJES SE TRANSFORMAN EN RECIPROCOS Y SE AJUSTAN POR EL VOCABULARIO Y LA RAPIDEZ DEL APRENDIZAJE INICIAL.

GLANZER Y GLASER, 1959, CITADO POR TYLER L. (1984), EN SUS ESTUDIOS A UN GRUPO DE 454 OFICIALES DE LA GUARDIA NACIONAL DEL AIRE Y 90 PILOTOS COMERCIALES, ENTRE 20 Y 50 ANOS A QUIENES LES APLICO EN 1955 UNA BATERIA DE 10 TESTS. EN 1942-1944 VARIOS SUJETOS VOLVIERON A REALIZAR 4 DE LOS MISMOS TESTS, POR LO QUE PUDIERON COMPARAR PUNTUACIONES Y SE OBTUVIERON LOS SIGUIENTES RESULTADOS: LOS SUJETOS PUNTUARON MAS ALTO SIGNIFICATIVAMENTE AL SER MAYORES, POR LO QUE CONCLUYERON QUE LOS SUJETOS HABIAN HEJORADO CONSIDERABLEMENTE A CAUSA DE SU APRENDIZAJE Y MAYOR MADUREZ, (PAGS. 284-285).

POR OTRA PARTE, LAS OBSERVACIONES REALIZADAS EN LOS ULTIMOS ANOS NOS HAN LLEVADO A COMPRENDER EL DESAJUSTE QUE TIENE LUGAR EN LA CAPACIDAD DE APRENDIZAJE Y ASIMILACION DE EXPERIENCIAS RECIENTES. POR LO QUE, LA ZONA DE LA MEMORIA INMEDIATA DE LOS DIGITOS ESTA AFECTADA EN PEQUENA MEDIDA EN LOS INDIVIDUOS SENILES, MIENTRAS QUE LA HABILIDAD DE RETENER Y RECORDAR CON ALGUNA APTITUD O CONOCIMIENTO RECIENTEMENTE ADQUIRIDO MUESTRA UN NOTORIO DESAJUSTE. WELFORD (1962), ATRIBUYE A LA INCAPACIDAD DE LOS ANCIANOS PARA APRENDER A LA TENDENCIA AUMENTADA DE LOS RASTROS DE

MEMORIA DE CORTO TERMINO QUE SE DESORGANIZAN DURANTE EL PERIODO DE "SOSTENIMIENTO". COMO RESULTADO, EL PROCESO DE REGISTRO CEREBRAL MAS PERMANENTE NO PUEDE OPERAR CON EFICACIA. POR LO QUE CONSIDERA QUE CUANDO SE LOGRA ESTE REGISTRO LA MEMORIA SOBREVIVE Y QUE LOS ANCIANOS APRENDE PROBABLEMENTE CON MAYOR RAPIDEZ QUE EFICACIA DE LO QUE COMUNMENTE SE SUPONE. LA LENTITUD EN EL RENDIMIENTO DE LA GENTE ANCIANA NO SE DEBE TANTO A LA INCAPACIDAD PARA VER O ESCUCHAR O REALIZAR ACCIONES COMO EL TIEMPO NECESARIO PARA RECONOCER LO QUE SE OBSERVA Y PARA ELEGIR Y CONTROLAR LAS ACCIONES RESPONDIENTES.

ADEHAS HELFORD (1962), TRATO DE EXPLICAR LA LENTITUD EN EL RENDIMIENTO DE LAS PERSONAS ANCIANAS SEGUN LOS MECANISMOS DE PROCESAMIENTO CENTRAL REFERIDOS A LAS SEÑALES Y A LAS RESPUESTAS CORRESPONDIENTES. INDICO QUE LA MUERTE DE LAS NEURONAS Y LA POSIBLE DECLINACION EN LA EFICACIA DE SU FUNCIONAMIENTO TIENDE A DEBILITAR LA POTENCIA DE LAS SEÑALES ELICITADAS POR ESTIMULOS EN ASAMBLEAS DE CELULAS. (W. HAYER GROSS Y E. SLATER, 1974).

ES NECESARIO APRENDER PARA PODER RECORDAR Y LA MEMORIA ES A LO QUE SE RECURRE PARA DEMOSTRAR EL APRENDIZAJE. ALGUNOS DE LOS PROBLEMAS DE LA MEMORIA EN PERSONAS MAYORES PARECEN DERIVARSE DE ESTRATEGIAS INEFICIENTES DE APRENDIZAJE. HULICKA Y GROSSMAN (1967) OPINAN QUE LOS SUJETOS MAYORES DE HOY EN DIA TUVIERON MENOS EDUCACION FORMAL Y, POR LO TANTO, MENOS OPORTUNIDAD DE APRENDER A APRENDER, LO CUAL REFLEJA SU CAPACIDAD DE RECORDAR.

HULICKA Y WEISS (1965) ENCONTRARON QUE LOS SUJETOS MAYORES NO PODIAN RECORDAR TAN BIEN COMO LOS MAS JOVENES CUANDO A AMBOS SE LES DABA EL MISMO TIEMPO PARA APRENDER. SIN EMBARGO, CUANDO LOS SUJETOS MAYORES TENIAN PERMITIDO APRENDER A SU PROPIA VELOCIDAD RECORDABAN TANTO COMO LOS MAS JOVENES, (HASSOL A. 1986).

EN UN ESTUDIO DE J. G. GILBERT, 1941, CITADO POR TYLER L. (1984), TRATO DE DESCUBRIR EN QUE GRADO SE DA LA PERDIDA DE LA MEMORIA EN DISTINTAS CLASES DE TAREAS (EN PERSONAS MAYORES). SE COMPARARON 174 SUJETOS DE 60 A 69 ANOS CON OTRO GRUPO IGUAL PERO FORMADO CON SUJETOS DE 20 A 29 ANOS, EQUIPARADOS AMBOS GRUPOS EN LAS PRUEBAS DE VOCABULARIO DE STANFORD BINET. SE DESCUBRIO QUE LOS VIEJOS FUERON CASI TAN BUENOS COMO LOS JOVENES EN REPETICIONES SENCILLAS DE SERIES DE NUMEROS; EN CAMBIO FUERON INFERIORES EN APRENDER A EMPAREJAR PALABRAS DE LOS IDIOMAS TURCO E INGLES, (PAG. 289).

BEARD, 1968, CITADO POR HASSOL A. (1986), ESTUDIO A UN GRUPO. TODOS ELLOS DE 100 ANOS DE EDAD APROXIMADAMENTE, Y LO COMPARO CON UN GRUPO DE 95 Y 99 ANOS, ENCONTRO QUE LOS INDIVIDUOS DE 103 ANOS Y MAS, RECORDABAN SUCESOS RECIENTES MEJOR QUE LOS DE 100 ANOS. ADEMAS DE HACER DIVERSAS ACTIVIDADES: JUGAR AJEDREZ, BRIDGE Y DEHAS Y HACER SUS PROPIOS REGISTROS; HACER SUS PROPIAS COMPRAS Y CONFECCIONAR SU PROPIA ROPA ASI COMO DEDICARSE A LA CARPINTERIA. (PAG. 339).

ZARETZKY Y HALBERSTAM (1968) ENCONTRARON QUE LOS JOVENES OBTENIAN MEJORES CALIFICACIONES EN EL APRENDIZAJE DE PARES DE PALABRAS ASOCIADOS CUANDO LOS PARES TENIAN UN ESCASO VALOR ASOCIATIVO. EN CAMBIO, SI LOS PARES CONTENIAN UN ALTO VALOR ASOCIATIVO, LAS DIFERENCIAS ENTRE ANCIANOS Y JOVENES SE MINIMIZABAN.

GILBERT Y LEVEE (1971), CONFIRMARON QUE UNA DE LAS DIFICULTADES QUE TIENEN LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA EN EL APRENDIZAJE ES CIERTA INCAPACIDAD PARA INTEGRAR EL NUEVO MATERIAL.

HULICKA Y GROSSMANN (1967) PUDIERON DEMOSTRAR QUE EL DECLIVE ATRIBUIDO A LA EDAD NO DEPENDE DE LA DISMINUCION DE LA CAPACIDAD

DE APRENDIZAJE, SINO DE UNA DEBILIDAD EN LA CODIFICACION, ES DECIR, SE OBSERVO QUE CUANDO LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA QUIEREN APRENDER HACEN MENOS USO DE ESTRATEGIAS MEMORICAS. ARENBERG Y ROBERTSON TSCHABO (1977) OBSERVARON QUE, AUN CUANDO LOS ANCIANOS RECIBEN LA INSTRUCCION EXPLICITA DE DESARROLLAR TECNICAS MEMORICAS, ESCASAMENTE LO HACEN. SIN EMBARGO, SE COMPROBO QUE AQUELLOS VIEJOS QUE UTILIZAN DETERMINADAS ESTRATEGIAS HEJORAN ENORMEMENTE EN SUS RESULTADOS, (LEHR U., 1981).

#### PERCEPCION, DESTREZA Y APTITUDES ESPECIFICAS

HILES Y HILES (1933) EN EL STANFORD LATER MATURITY STUDY, HICIERON UN ANALISIS COMPLETO DE DIFERENTES RASGOS MEDIBLES: VISION Y PERCEPCION VISUAL, DESTREZA Y COORDINACION MOTORA, JUICIO, MEMORIA DE NUEVOS MATERIALES E IMAGINACION.

#### C U A D R O 5

PROMEDIOS DE RENDIMIENTO DE DIFERENTES GRUPOS DE EDAD EN VARIOS TESTS\* (HILES, 1933).

RENDIMIENTO	B (10-17) %	C (18-29) %	D (30-49) %	E (50-69) %	F (70-89) %
PERCEPCION VISUAL	100	95	93	76	46
DESTREZAS MOTORAS:					
GIRAR	90	100	97	89	72
ALCANZAR Y TOMAR	92	100	98	88	70
EXTENSION DE DEDOS	87	100	98	99	71
REACCION DE PIES	85	100	96	94	71
COMPARACION Y JUICIO	72	100	100	87	69

\*100 INDICA EL PROMEDIO DEL GRUPO MAS ALTO. LOS OTROS SE

ESTABLECEN EN FORMA DE PORCENTAJES.

FUENTE: TYLER L. 1984, PSICOLOGIA DE LAS DIFERENCIAS HUMANAS, PAG. 286.

EL CUADRO 5 MUESTRA QUE LAS DESTREZAS MOTORAS NO SON LAS PRIMERAS EN MADURAR NI LAS QUE MAS PRONTO DECRECEN. EN TODAS LAS APTITUDES MOTORAS, LA CIMA SE DA EN EL GRUPO DE 18 A LOS 29 AÑOS Y EL GRUPO DE 30 A 39 TIENE UNA MEDIA SEHEJANTE. EN EL GRUPO DE 50 A 69 AÑOS SE DA SOLO UN DECRECIMIENTO PEQUEÑO QUE SE HACE MAS EVIDENTE EN PERSONAS DE MAS DE 70 AÑOS. EL JUICIO, TAMBIEN SE MANTIENE BASTANTE BIEN EN EDADES AVANZADAS. LO PRIHERO EN MADURAR Y EMPEZAR A DECLINAR ES LA PERCEPCION VISUAL.

EN LA FUERZA FISICA PURA SE DA UNA PERDIDA CON LA EDAD PERO QUIZA NO TAN GRANDE COMO COMUNMENTE SE PIENSA. FISHER Y BIRREN (1947), COMPARARON LAS CURVAS DE EDAD CORRESPONDIENTES A 537 OBREROS INDUSTRIALES MASCULINOS CON LAS QUE SE DISPONIAN DE OTRAS INVESTIGACIONES, TODAS SE PARECIAN. LA CIMA SE DA EN LA DECADA DE LOS 20. LA DISMINUCION ES GRADUAL DURANTE LOS 40 AÑOS SIGUIENTES, Y APROXIMADAMENTE A LOS 70 LA MEDIA ES DE 16% MENOR QUE LA MEDIA DE LOS 20 AÑOS.

EN UN ESTUDIO DE SZAFRAN (1951), LOS SUJETOS DEBIAN APUHTAR AL BLANCO CUYA POSICION CORRESPONDIA A LA DE MAS LUZ QUE SE LE PRESENTABA EN UN PANEL DE ESTIHULOS. LOS ANCIANOS FUERON MAS LENTOS EN INICIAR EL MOVIMIENTO Y MANTUVIERON MAS TIEMPO EL APARATO QUE SE APUNTA EN EL "OJO DE BUEY". BAJO OTRAS CONDICIONES EXPERIMENTALES EN LAS QUE UNAS GAFAS ROJAS IMPOSIBILITABAN A LOS SUJETOS VER HADA EN LA HABITACION. EXCEPTO EL FILAMENTO DE LA LUZ DEL ESTIHULO, EL TIEMPO EMPLEADO EN BUSCAR EL BLANCO AUMENTO SIGNIFICATIVAMENTE EN LOS SUJETOS VIEJOS.

WELFORD (1951, 1958), NOS INFORMA DE DIVERSOS EXPERIMENTOS

REALIZADOS POR INVESTIGADORES DE LA UNIVERSIDAD DE CAMBRIDGE, INGLATERRA, ESTOS HAN CONSISTIDO EN ANALIZAR LAS DESTREZAS COMPLEJAS EN SUS PARTES COMPONENTES Y DETERMINAR COMO LOS INDIVIDUOS CONSIDERADOS BUENOS TRABAJADORES DE DISTINTAS EDADES SE ENFRENTAN CON ESTAS TAREAS Y EN QUE FORMA LO HACEN. LOS ESTUDIOS VERSARON DE HABILIDADES MANIPULATIVAS Y MENTALES. ESTE PROYECTO HA DEMOSTRADO, EN FORMA DEFINITIVA, QUE LOS METODOS POR MEDIO DE LOS QUE LAS PERSONAS MAYORES REALIZAN UN ACTO QUE REQUIERE HABILIDAD CAMBIAN INCLUSO MAS QUE SUS RENDIMIENTOS. LOS VIEJOS DISTRIBUYEN SU TIEMPO EN FORMA DIFERENTE A COMO LO HACEN LOS JOVENES. EN GENERAL LOS RESULTADOS INDICAN QUE EL TIEMPO QUE SE REQUIERE PARA CAPTAR EL SIGNIFICADO DE LA SITUACION ESTIMULO Y DECIDIR LO QUE SE VA A HACER AUMENTA MAS EL TIEMPO REQUERIDO PARA REALIZAR LOS MOVIMIENTOS.

EL EMPEDRAMIENTO CON LA EDAD DE LAS DESTREZAS MOTORAS SE RELACIONA CLARAMENTE CON EL DETERIORO DE LOS PROCESOS PERCEPTIVOS YA QUE LOS MOVIMIENTOS HABILES TIENEN QUE ESTAR GUIADOS POR LAS PERCEPCIONES. (TYLER L., 1984).

EN RELACION CON LA APTITUD PSICOMOTORA, KAY (1954), CITADO POR LEHR U. (1981), SEÑALA QUE EL GRADO DE DIFICULTAD Y DE COMPLEJIDAD DE UNA TAREA PRODUCEN EFECTOS DIFERENTES. LAS DIFERENCIAS POR EDAD SE MINIMIZAN CUANDO LA PRESENTACION DE MATERIAL ES CLARA Y LA TAREA ES SENCILLA. EN CAMBIO, SI LA PRUEBA ES COMPLEJA AUMENTA LA LENTITUD Y EL NUMERO DE ERRORES EN LOS ANCIANOS (PAG. 231).

BIRREN (1956), HA HECHO HINCAPIE EN LOS HALLAZGOS QUE REALIZO BRAHN (1959) REFERENTE A QUE LA PERDIDA CON LA EDAD DE EFICACIA PERCEPTIVA, NO ES SOLO UNA MATERIA DE SENSITIVIDAD QUE SE DA EN LOS ORGANOS SENSORIALES. PARECE QUE LOS IMPEDIMENTOS TIENEN LUGAR

HAS EN LOS ASPECTOS CENTRALES QUE EN LOS PERIFERICOS DE LA TAREA PERCEPTIVA, Y QUE CUANTO MAS COMPLEJO ES EL JUICIO REQUERIDO MAS APARECEN LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS DE EDAD. EXISTE ALGUN FACTOR GENERAL DE VELOCIDAD QUE PUEDE SER RESPONSABLE DE ESTAS DIFERENCIAS. (TYLER L. 1984)

EN UNA SERIE DE ESTUDIOS, WELFORD (1948-1959), SOBRE EL DESARROLLO DE LA APTITUD PSICOMOTORA INDICABA QUE CON EL AUMENTO DE LA EDAD LAS REACCIONES SE VOLVIAN MAS LENTAS. LA LENTITUD DEPENDIA DEL TIPO DE TAREA QUE EJECUTARA EL SUJETO. COMPARANDO A JOVENES Y VIEJOS SE OBSERVO QUE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA EJECUTABAN LAS PRUEBAS MAS LENTAMENTE, PERO CON MAYOR PRECISION MIENTRAS QUE LOS JOVENES LO HACIAN MAS RAPIDAMENTE, PERO CON MAYOR NUMERO DE ERRORES. NO SE PUEDE GENERALIZAR QUE EL TIEMPO TOTAL DE REACCION DE PERSONAS DE EDAD AVANZADA SEA LENTO. PUES SZAFRAN (1954), TALLAND (1964), BOTWINICK Y THOMPSON (1966), ENCONTRARON QUE EL TIEMPO DE REACCION CONSTA DE 2 COMPONENTES: EL MOTOR Y PREMOTOR. EL SEGUNDO SE DEFINE COMO EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA APARICION DE UNA SENAL HASTA EL COMIENZO DEL MOVIMIENTO; EL TIEMPO MOTOR ES EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL COMIENZO DEL MOVIMIENTO HASTA EL FINAL DEL MISMO.

BILASH Y ZUBEK (1960) OBSERVARON QUE LAS FUNCIONES DE DESTREZA DECLINAN DESDE LA ADOLESCENCIA HASTA LOS 80 ANOS . EN TANTO QUE LA COMPRESION Y LA FLUIDEZ VERBAL SE MANTIENEN HASTA LOS 45 ANOS APROXIMADAMENTE.

ESTUDIOS COMPARATIVOS DE SZAFRAN (1951), BOTWINICK Y THOMPSON (1966) DIFERENCIARON ENTRE EL TIEMPO PREMOTOR Y EL MOTOR, SENALAN QUE CON EL AUMENTO DE LA EDAD EL TIEMPO PREMOTOR SE PROLONGA. EN EL TIEMPO MOTOR NO SE OBSERVAH DIFERENCIAS ENTRE VIEJOS Y JOVENES. SEGUN ESTO, EL ANCIANO REQUIERE DE MAS TIEMPO PARA REGISTRAR UNA

SITUACION; SIN EMBARGO, UNA VEZ QUE LO LOGRA REACCIONA CON LA MISMA VELOCIDAD QUE LOS JOVENES.

LOS CRITERIOS DE CALIFICACION DEL RENDIMIENTO PSICOMOTOR SON EL TIEMPO DE REACCION Y EL NUMERO DE ERRORES; PAWLIK (1968) CONSIDERA QUE LOS FACTORES DE MAS IMPORTANCIA EN EL RENDIMIENTO PSICOMOTOR SON: COORDINACION, APUNTAR A UN OBJETO, RAPIDEZ DE HUNECA Y DEDOS, DESTREZA DE DEDOS, RAPIDEZ DE REACCION Y DESTREZA.

EN LA GRAFICA 1 SE OBSERVAN LOS RESULTADOS DEL ELBE QUE MUESTRAN,, EN CUANTO AL RENDIMIENTO PSICOMOTOR QUE EL GRUPO DE PROBANDOS DE 60 ANOS OBTUVO MEJORES RESULTADOS QUE EL DE 70 ANOS EN LAS TRES PRIMERAS MEDICIONES. EN LA TERCERA MEDICION SE NOTO UN HEJORAHIENTO EN TODOS LOS GRUPOS. MATHEY (1976) ADSCRIBE A ESTE RESULTADO EFECTOS DE ENTRENAMIENTO LOS CUALES REPRESENTAN UNA PRUEBA A FAVOR DEL ENTRENAMIENTO CONTINUO. EN LA GRAFICA 1 SE OBSERVAN DIFERENCIAS SEGUN EL SEXO; LOS HOMBRES OBTUVIERON MEJORES RESULTADOS QUE LAS MUJERES. MATHEY ATRIBUYE ESTE EFECTO A LA ACTIVIDAD PROFESIONAL. TAMBIEN LAS POCAS MUJERES QUE TRABAJARON ALGUNA VEZ EN SU VIDA RESISTIERON MEJOR LAS SITUACIONES DE ESTRES Y, POR CONSIGUIENTE. ALCANZARON EN ESTE EXPERIHENTO MEJORES RESULTADOS QUE LA MAYORIA DE LAS MUJERES QUE HABIAN SIDO SIEMPRE AMAS DE CASA. EN 1971 TAMBIEN PUDD MOSTRAR QUE OTRAS VARIABLES COMO LA INTELIGENCIA, EL GRADO DE ACTIVIDAD, EL ESTADO DE SALUD, LA SATISFACCION CON LA PROPIA EXISTENCIA, EL ESTATUS SOCIAL Y LA FORHACION ESCOLAR, ACTUAN COMO AGENTES MODIFICADORES EN EL RENDIHIENTO PSICOMOTOR. (LEHR U. 1981).

LA MAYOR PARTE DE LOS ESTUDIOS QUE SE REFIEREN A LOS INTERESES Y SUS CAMBIOS SON LOS REALIZADOS POR STRONG EN 1943 APROXIMADAMENTE. EL CAMPO DE INTERESES ES MAS AMPLIO EN NINOS DE 9 ANOS Y DESPUES HAY UNA DECLINACION EN LA DIVERSIDAD DE ESTOS

INTERESES HASTA LA EDAD DE 22 AÑOS. POR REGLA GENERAL, A MEDIDA QUE EL INDIVIDUO MADURA SE VA OCUPANDO CADA VEZ MAS DE UN NUMERO REDUCIDO DE ACTIVIDADES DE MAYOR INTENSIDAD Y HONDURA. TAMBIEN SE PRESENTAN CAMBIOS A CAUSA DE LAS VARIACIONES DE LAS CONDICIONES FISICAS, POR EJEMPLO: QUIENES PRACTICAN DEPORTES DESPUES PASAN A SER ESPECTADORES. LA GENTE TIENDE, A MEDIDA QUE VA AVANZANDO EN AÑOS, A INTERESARSE MAS POR ACTIVIDADES SOLITARIAS QUE LAS QUE REALIZAN GRANDES GRUPOS (LA LECTURA, VER TELEVISION).

STRONG REALIZO UN ESTUDIO ACERCA DE LOS CAMBIOS QUE CON LA EDAD SE REGISTRAN EN LOS INTERESES, ANALIZO LOS RESULTADOS DE UN TEST DE INTELIGENCIA ADMINISTRADO A 2340 HOMBRES DE 20 A 39 AÑOS. LAS ACTIVIDADES QUE IMPLICAN APTITUDES FISICAS, UNA ACCION DE EMPUJE O ESFORZADA, CAMBIAR O CONTRADECIR LOS HABITOS O NORHAS CULTURALES ESTABLECIDOS, ACTIVIDADES DE EXPRESION LINGUISTICA DISMINUYEN CON LA EDAD. CON ELLA AUMENTA EL GUSTO POR UNA OCUPACION PARTICULAR, POR LAS ACTIVIDADES QUE SE REFIEREN A LA LECTURA Y POR LAS QUE SE DESARROLLAN EN SOLEDAD. SE OBSERVO QUE EN LOS REACTIVOS ESPECIFICOS DEL TEST DE STRONG, UN AUMENTO EN LAS INCLINACIONES DE CIERTAS REVISTAS, POR PASAR LAS NOCHES EN EL HOGAR, POR LAS GALERIAS DE ARTE, POR PRONUNCIAR CONFERENCIAS Y POR OCUPAR LA SECRETARIA DE ALGUNA SOCIEDAD. POR EL CONTRARIO DISMINUYEN EL INTERES POR MANEJAR AUTOMOVILES, POR LAS COMEDIAS MUSICALES, POR JUGAR TENIS Y POR LA INVESTIGACION. ADEMAS SE OBSERVO QUE LO QUE MAS GUSTA A LOS 25 AÑOS, GUSTA MAS TODAVIA A MEDIDA QUE AUMENTA LA EDAD Y LO QUE MENOS GUSTA A ESA EDAD, GUSTA MENOS CON LOS AÑOS.

LA DEDICACION DE LA GENTE DE EDAD A LAS DISTINTAS ACTIVIDADES Y PASATIEMPOS DEPENDE DIRECTAMENTE DE SU NIVEL CULTURAL O EDUCACIONAL. PARA ESTUDIAR LOS EFECTOS DE LA EDAD Y EL RETIRO EN

LOS TIPOS DE INTERESES, SE ADMINISTRO UN TEST DE INTERES VOCACIONAL DE STRONG A INTEGRANTES MAYORES DE UN CENTRO EN NUEVA YORK; DE CLASE INFERIOR Y MEDIA INFERIOR DE RELIGION JUDIA, COINCIDIAN DEL PAIS DE ORIGEN, EN EXPERIENCIAS DE TRABAJO Y ANTECEDENTES EDUCACIONALES. SE OBSERVO QUE LOS MAS JOVENES RETIRADOS, EN COMPARACION CON LOS MAYORES, MANIFIESTAN MAYOR INTERES POR LAS ACTIVIDADES SOLITARIAS QUE SIGNIFICAN MAYOR INDEPENDENCIA, PRESTIGIO Y BENEFICIO MATERIAL. LOS RETIRADOS MAYORES MOSTRARON DEMASIADO INTERES POR ACTIVIDADES DE INTERACCION SOCIAL Y RESPONSABILIDADES DE SUPERVISION. POR LO QUE, ENTRE LOS ANCIANOS DE MENOS RIQUEZA E INSTRUCCION, EL INCREMENTO DE LOS AÑOS DE RETIRO Y DE EDAD PARECE TENER RELACION CON UN INTERES MAS PRONUNCIADO POR LAS ACTIVIDADES SOCIALES.

LA DEDICACION DE LOS PASATIEMPOS DISMINUYE PAULATINAMENTE DESDE LOS ULTIMOS AÑOS DE LA ADOLESCENCIA HASTA PROMEDIAR LA EDAD ADULTA, VUELVE A AUMENTAR DESDE LOS 50 AÑOS HASTA COMENZAR EL DECENIO DE LOS 70, Y A PARTIR DE ENTONCES DECRECE OTRA VEZ, (GEIST H. 1977; TYLER L., 1984).

#### PERSONALIDAD

SE HA DESCRITO UN PERFIL DE PERSONALIDAD EN EL QUE SE ADJUDICAN AL SUJETO DIFERENTES RASGOS NEGATIVOS Y POSITIVOS, ENTRE LOS PRIHEROS ESTAN EL EGOISMO, LA HACHACONERIA, LA SENSIBLERIA, AUTORITARISMO, EL RECHAZO SOCIAL, LA TENDENCIA AL AISLAMIENTO Y LA PASIVIDAD, (SANCHEZ C. Y RAMOS F., 1982, PAG. 28), ASI COMO LA SOLEDAD, RIGIDEZ Y DEPENDENCIA (LEHR U., 1981, PAG. 232). ENTRE LOS SEGUNDOS LOS MAS RELEVANTES SON LA PRUDENCIA, LA REFLEXION Y LA SERENIDAD, AUNQUE ESTO ES MUY DISCUTIBLE. UNA CONCLUSION VALIDA Y GENERAL QUE HACE SANCHEZ CARO ES QUE EN LOS RASGOS DE

PERSONALIDAD DE PERSONAS SANAS Y ADAPTADAS, ESTAS TIENDEN A PERMANECER ESTABLES DURANTE TODA LA VIDA, LAS MODIFICACIONES DE ESTOS RASGOS, CUANDO SE PRODUCEN, NO SOLO DEPENDEN DE LA EDAD CROMOLOGICA, SINO DE LA TRAYECTORIA VITAL DEL SUJETO, DE SU ESTILO DE VIDA Y DE LAS CIRCUNSTANCIAS AMBIENTALES QUE LE RODEAN.

EN RELACION CON LOS RASGOS DE PERSONALIDAD, EN EL STANFORD LATER MATURITY STUDY SE ENCONTRARON POCAS DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS DE EDAD EN EL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE BENREUTER, SE DESCUBRIO UNA PEQUENA TENDENCIA EN LAS PUNTUACIONES DE DOMINANCIA QUE TENDIAN A SER MAS BAJA EN LOS VIEJOS, PERO HABIA UNA GRAN VARIABILIDAD ENTRE LOS INDIVIDUOS. LA GENTE MAYOR MUESTRA MAS DESVENTAJAS Y MAS SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD. CON RESPECTO AL PROBLEMA GENERAL DE LA RELACION DE LA EDAD CON EL AJUSTE VITAL. KUHLEN (1959), RESUME DIVERSOS SISTEMAS DE PENSAR SOBRE LAS ETAPAS DE LA VIDA Y TAMBIEN LOS DATOS QUE APORTAN PRUEBAS SOBRE TRES HIPOTESIS CON RESPECTO AL AJUSTE:

- 1).- LA RELACION ENTRE EL AJUSTE Y LA EDAD ES ESENCIALMENTE CURVILINEA (MUESTRA UN AUMENTO Y LUEGO UNA TENDENCIA A DECRECER).
- 2).- BAJO CONDICIONES NORMALES, NO SE DA UN CAMBIO TOTAL EN EL NIVEL DE AJUSTE AL IR AVANZANDO LA EDAD, PERO SE PRODUCEN MODIFICACIONES O ALTERACIONES EN AREAS PARTICULARES DE AJUSTE.
- 3).- LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS DE EDAD JOVENES Y VIEJOS SE DAN ESENCIALMENTE EN LA SUSCEPTIBILIDAD A LA TENSION Y A LA AHENAZA.

UN PROYECTO DE INVESTIGACION A GRAN ESCALA REALIZADO EN KANSAS CITY POR PECK (1959), ENCONTRO QUE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO NO PARECE AFECTAR A LA SALUD MENTAL, EXCEPTO QUIZA

A UN DEBIL BAJON QUE SE PRODUCE APROXIMADAMENTE ENTRE LOS 50 Y LOS 60 ANOS, QUE PARA MUCHAS PERSONAS CONSTITUYEN ANOS DE TRANSICION.

ALGUNOS DE LOS HALLAZGOS SOBRE COMPARACIONES ENTRE "AJUSTES DE EDAD MADURA" AFORTUNADOS O DESAFORTUNADOS. ESTA EL DE KUHLEN (1959), QUE CONCLUYE QUE ADEMAS DE SALUD Y SITUACION ECONOMICA, FACTORES PSICOLOGICOS COMO UNA PARTICIPACION CONTINUADA EN EL EMPLEO O EN ENTRETENIMIENTOS, EL MANTENIMIENTO DE LAZOS FAMILIARES Y SOCIALES Y LA EXISTENCIA DE ACTITUDES POSITIVAS HACIA EL PROPIO YO Y HACIA EL FUTURO FAVORECEN EL AJUSTE. SIN EMBARGO, ESTAS RELACIONES PUEDEN NO SER TAN SENCILLAS Y CLARAS COMO PARECEN SER A PRIMERA VISTA. UN ESTUDIO DE UNA COMUNIDAD, REALIZADO POR KUTNER Y COLABORADORES (1956), DEMOSTRO QUE ALGUNAS DE ESTAS RELACIONES SON DISTINTAS PARA LOS DIFERENTES NIVELES SOCIOECONOMICOS, POR EJEMPLO: VISITAR A LOS AMIGOS Y A LOS HIJOS PARECE QUE SE RELACIONA CON LA HORAL ELEVADA EN LOS NIVELES BAJOS, COSA QUE NO OCURRE EN LOS NIVELES SUPERIORES. OTRO ESTUDIO REALIZADO POR CUMMING Y HENRY (1961), EVIDENCIA QUE, EN VEZ DE CONTINUIDAD EN LA PARTICIPACION, PUEDE SER ESENCIAL PARA UN ENVEJECIMIENTO DICHOSO, UN PROGRESIVO IR DEJANDO COSAS (VERSE LIBRE DE RESPONSABILIDADES Y EL DECRECIMIENTO PAULATINO DE OBLIGACIONES). UN INFORME SOBRE UN ESTUDIO REALIZADO POR REICHARD, LIVSON Y PETERSEN (1962) A 87 HOMBRES DE CLASE TRABAJADORA, EN EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 50 Y 84 ANOS INCLUYEN OTRA IDEA A LA DISCUSION DEL PROBLEMA DE LO QUE PUEDE HACER ADECUADO EL ENVEJECIMIENTO. LOS ANALISIS DETALLADOS DE LAS CORRELACIONES, ENTRE INDIVIDUOS ENTRE UN GRUPO DE PERSONAS CON EXITO Y UN GRUPO SIN EXITO REVELA TRES TIPOS DE ENVEJECIMIENTO ADECUADO Y DOS TIPOS DE ENVEJECIMIENTO INADECUADO, ADEMAS DE ALGUNAS PAUTAS INDIVIDUALES, LAS TRES VARIEDADES DE HOMBRES QUE PARECEN ENVEJECER BIEN SON: LOS MADUROS (QUE SON REALISTAS,

FLEXIBLES Y POCO EXIGENTES ANTE ELLOS Y ANTE LOS DEMAS), LOS DE PIEDRA (QUE ACEPTAN DE BUEN GRADO LA VEJEZ PORQUE LOS LIBERA DE LAS NECESIDADES PASIVAS Y DEPENDIENTES QUE HAN TENIDO QUE SOPORTAR DURANTE TODA SU VIDA), Y LOS DE CORAZA Y ARMADURA (CUYAS DEFENSAS ANTE LA ANSIEDAD FUNCIONAN TAN BIEN QUE CONTINUAN ACTUANDO SUAVEHENTE, AL MENOS MIENTRAS SE MANTIENEN ACTIVOS). LAS DOS VARIETADES PRINCIPALES DE LAS PERSONAS QUE NO LOGRAN AJUSTARSE SON LOS COLERICOS, QUE SON CRITICOS E INCLINADOS A ECHAR LA CULPA A LOS DEMAS DE TODOS SUS PROBLEMAS, Y LOS QUE SE ODIAN A SI MISMOS, CUYOS SENTIMIENTOS DE INADECUACION E INUTILIDAD LOS LLEVAN A LA DEPRESION. PARECEN QUE NO SON SUFICIENTES LAS GENERALIZACIONES FACILES Y DE SENTIDO COMUN SOBRE LAS POLITICAS FAVORABLES A UN BUEN AJUSTE EN LA VEJEZ.

ES POSIBLE LOGRAR UN BUEN AJUSTE DURANTE ESTE PERIODO DE VIDA. PRESSEY (1957) REUNIO NUMEROSOS ESTUDIOS DE CASOS RELATIVOS A PERSONAS QUE TIENEN UNA VIDA PLENA Y LLENA DE RECOMPENSAS A PESAR DE SU AVANZADA EDAD.

SE PUEDE CONCLUIR DICHIENDO QUE LAS DIFICULTADES DE AJUSTE DE LA PERSONALIDAD NO SON ACOMPAÑAMIENTOS INEVITABLES DE LOS PROCESOS BIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO. SON MAS BIEN PRODUCTO DE LA SITUACION EN LA QUE LAS PERSONAS QUE ENVEJECEN SE ENCUENTRAN Y DE SUS REACCIONES ANTE ESTAS SITUACIONES, (TYLER L. 1984).

EN LO CONCERNIENTE A PASIVIDAD Y RIGIDEZ, UN SIHNERO DE ESTEREOTIPOS SOBRE PERSONALIDAD DEL ANCIANO HA CONTRIBUIDO EN GRAN PARTE A QUE LA VEJEZ SEA CONSIDERADA COMO UNA ETAPA DE LA VIDA CARACTERIZADA POR LA PASIVIDAD, SOLEDAD, RIGIDEZ Y DEPENDENCIA.

LOS ESTUDIOS LONGITUDINALES DE BETHESDA, DUKE Y BONN ESTAN DIRIGIDOS AL ESTUDIO DEL ENVEJECIMIENTO EN POBLACIONES NORMALES (ANCIANOS QUE NO RESIDIAN EN ASILOS Y QUE NO REQUERIAN DE

ASISTENCIA ALGUNA). SE INVESTIGARON ASPECTOS DE PERSONALIDAD COMO EL GRADO DE ACTIVIDAD, LA RIGIDEZ, EL SI HISHO Y OTROS.

DUKE EN SU ESTUDIO, INVESTIGO EL GRADO DE ACTIVIDAD DE LOS ANCIANOS PARTICIPANTES, PARA LO CUAL SE APLICO EL ACTIVITY AND ATTITUDE INVENTORY. PALMORE (1970), ENCONTRO QUE DURANTE LOS 12 ANOS DE INVESTIGACION SE NOTABAN MODIFICACIONES MINIMAS EN CUANTO A LA ACTIVIDAD GENERAL DE LOS PROBANDOS. EN SU ESTUDIO BETHESDA, OBSERVO UNA ESTRECHA RELACION ENTRE LA PERDIDA DE PERSONAS ALLEGADAS, LA REDUCCION DE INTERESES Y UNA DISMINUCION EN LA ACTIVIDAD SOCIAL.

URSULA LEHR (1980) ENCONTRO QUE DURANTE LOS 6 PUNTOS DE MEDICION -EFECTUADOS EN UN LAPSO DE 12 ANOS- DEL ELBE, UN 48.2 % DE LOS ANCIANOS QUE PARTICIPARON EN TODAS LAS MEDICIONES, MOSTRO UNA DISMINUCION EN LA ACTIVIDAD, MIENTRAS QUE UN 51.8 % DE LOS PROBANDOS HABIA PERMANECIDO IGUAL DE ACTIVO O HABIA AUMENTADO SU ACTIVIDAD.

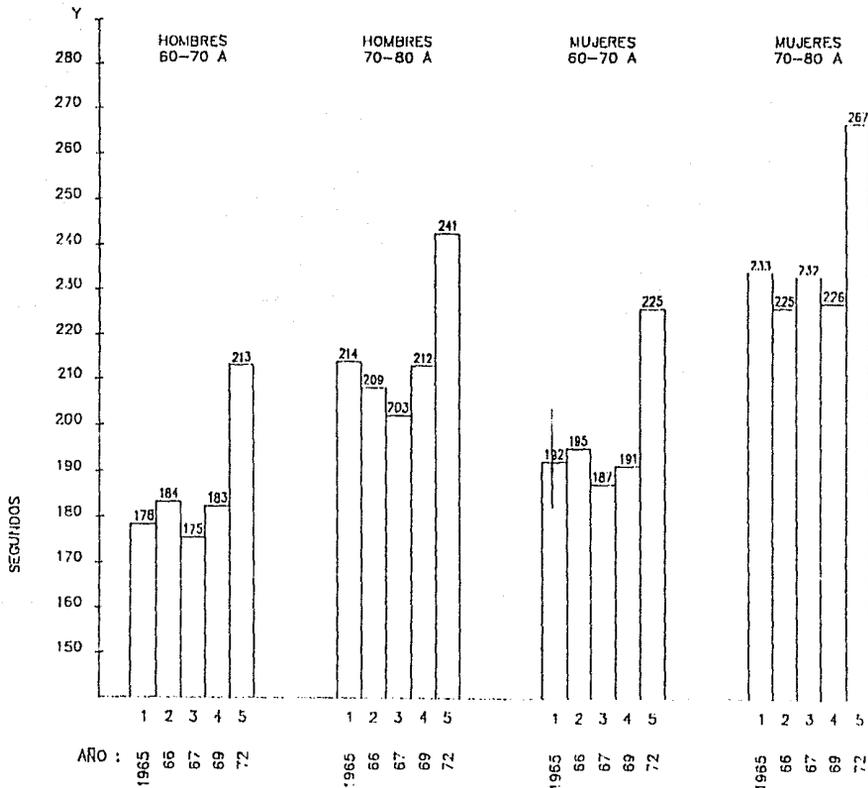
SCHMITZ - SCHERZER (1974), COMPARO LA ACTIVIDAD DE TIEMPO LIBRE DE LOS GRUPOS LONGITUDINALES DEL ELBE CON UNA MUESTRA DE PERSONAS DE 55 A 65 ANOS DE EDAD Y ENCONTRO QUE NO HABIA DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN CUANTO A LA EDAD. EN LOS ESTUDIOS SOBRE LONGEVIDAD SE COMPROBO QUE EL SEGUNDO PREDICTOR DE LA LONGEVIDAD ES LA ACTIVIDAD.

SE SUPONE GENERALMENTE QUE CON EL PASO DE LA EDAD SE AUMENTA LA RIGIDEZ, Y A ESTA SE LE CONSIDERA COMO UNA DE LAS CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD DEL ANCIANO. ALGUNOS AUTORES CONSIDERAN QUE EXISTEN VARIOS TIPOS DE RIGIDEZ.

EN LA GRAFICA NUMERO 2 SE OBSERVA QUE EXISTEN DIFERENTES PATRONES DE CAMBIO, LO QUE SE VEN EN CADA UNA DE LAS VARIABLES. LA CURVA DE RIGIDEZ GENERAL MUESTRA DE LA PRIMERA A LA CUARTA

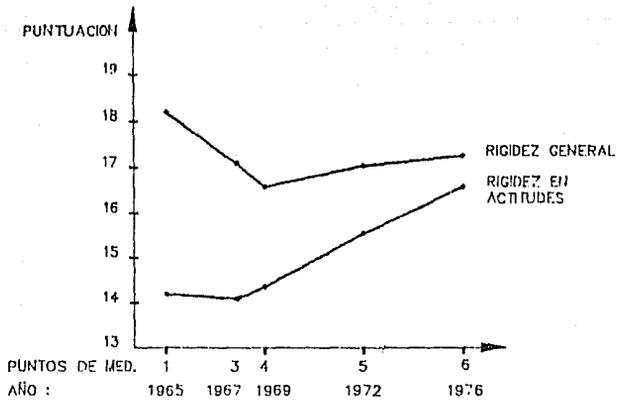
GRAFICA 1

RENDIMIENTO PSICOMOTOR (EIBF) TIEMPO DE REACCION PROMEDIO EN SEGUNDOS, EN EL QUE LOS PROBANDOS ALCANZARON UN 50 % DE REACCIONES CORRECTAS. (MATHIEY, 1976)



FUENTE : LEHR U. Y CONTRERAS E. 1981; PSICOLOGIA DE LA SENECTUD; P.232

GRAFICA 2



GRAFICA 2.- RIGIDEZ GENERAL Y RIGIDEZ EN ACTITUDES DE LA MUESTRA TOTAL DEL ELRE (THOMAS Y SCHMITZ-SCHJEER, 1978, PAG. 11)

FUENTE : LEHR U. Y CONTRERAS E; 1981; PSICOLOGIA DE LA SEJECIUD; P. 234

MEDICION UNA DISMINUCION Y DE LA CUARTA A LA SEXTA UN LEVE AUMENTO; SIN EMBARGO, SI SE COMPARA EL PUNTO DE MEDICION CON EL SEXTO, SE PUEDE INTERPRETAR QUE ESTE RASGO DE PERSONALIDAD SE MANTUVO CASI CONSTANTE CON EL PASO DE LOS ANOS . EN CAMBIO, SE OBSERVA UNA CONSTANCIA EN LA RIGIDEZ EN ACTITUDES DE LA PRIMERA A LA TERCERA MEDICION, Y DE LA TERCERA A LA SEXTA MEDICION, UN AUMENTO. EL CURSO NO LINEAL DE ESTOS RESULTADOS INDICA LA VARIABILIDAD CONQUE UNA CONDUCTA SE DESARROLLA AUN EN LA VEJEZ.

EL "SI HISMO" ES UNO DE LOS CONCEPTOS MAS IMPORTANTES EN ESTE APARTADO. POR ESTE CONCEPTO SE ENTIENDE EL MODO COMO UN INDIVIDUO SE PERCIBE A SI HISMO DENTRO DE UN SISTEMA DE REFERENCIA FIJADO SOCIALMENTE.

UNA SERIE DE ESTUDIOS HA CUESTIONADO QUE LA IMAGEN DE SI MISMO SE VUELVA MAS NEGATIVA CON EL TRANSCURSO DE LOS ANOS.

LEHR Y FUSCHNER (1963) ENCONTRARON QUE ES LA ACTITUD PREDOMINANTE DE LOS DEMAS LO QUE DETERMINA LA IMAGEN QUE TIENE EL ANCIANO DE SI MISMO. ES EL MEDIO SOCIAL EL QUE HACE A UNO CONSCIENTE DE LA EDAD; POR EJEMPLO AUNQUE EL SUJETO DE EDAD AVANZADA SE SIENTA COMPLETAMENTE CAPAZ, LA SOCIEDAD LO LIMITA MARCAHDOLE LAS PAUTAS DE CONDUCTA QUE DEBE SEGUIR DE ACUERDO A SU EDAD.

EN EL ELBE SE OBSERVO QUE LOS PROBANDOS SE PODIAN DISTINGUIR EN DOS GRUPOS DE ACUERDO A LA FORMA EN QUE ELLOS PERCIBIAN SU IMAGEN Y EL CAMBIO OCURRIDO POR EL ENVEJECIMIENTO. EL GRUPO QUE PERCIBIA MENOS CAMBIOS EN CUANTO A LA SALUD, LA OCUPACION Y LA VIDA SOCIAL MOSTRABA UNA MEJOR ADAPTACION Y UN MEJOR ESTADO DE ANIMO QUE EL QUE CRONOLOGICAMENTE ERA MAS VIEJO, SUBJETIVAMENTE SE SENTIA MAS JOVEN.

SU ESTADO DE SALUD ERA, DE ACUERDO AL EXAHEN MEDICO, MAS

DEFICIENTE. EL OTRO GRUPO QUE PERCIBIA MAS CAMBIOS Y MAS SINTOMAS DE ENVEJECIMIENTO SE MOSTRABA MENOS ESTABLE, MENOS ADAPTADO Y SE QUEJABA DE TENER DEPRESIONES; ERA MAS JOVEN Y SIN EMBARGO, SE SENTIA MAS VIEJO.

ESTOS RESULTADOS INDICAN QUE NO ES LA SITUACION OBJETIVA LO QUE DETERMINA LA CONDUCTA DEL INDIVIDUO, SINO QUE ES LA FORMA SUBJETIVA CON QUE EL INDIVIDUO PERCIBE UNA SITUACION LA QUE INFLUYE DECISIVAMENTE EN SU COMPORTAMIENTO.

LOS RESULTADOS SOBRE LA PERSONALIDAD DEL ANCIANO ANTERIORMENTE REFERIDOS DEMUESTRAN QUE LA PASIVIDAD Y LA RIGIDEZ NO SON NECESARIAMENTE CARACTERISTICAS QUE ACOMPAÑEN AL ENVEJECIMIENTO. (LEHR U. 1981).

UNA VEZ VISTO EL PANORAMA GENERAL DE LOS CAMBIOS SOCIALES Y PSICOLOGICOS QUE OCURREN EN EL PROYECTO, SE HACE NECESARIO DESGLOSAR EL ASPECTO FISICO DE LA VEJEZ.

#### ASPECTOS FISICOS DE LA VEJEZ

ESTE RUBRO SE INICIA CON LAS CAUSAS DEL ENVEJECIMIENTO Y SI ES POSIBLE O NO MODIFICAR DE ALGUNA FORMA ESTE PROCESO BIOLÓGICO.

LA CIENCIA QUE HASTA ESTE MOMENTO SE HA ENCARGADO DE ESTUDIAR ESTE PROCESO BIOLÓGICO ES LA GERONTOLOGIA EXPERIMENTAL, QUE TIENE COMO MISION DESCUBRIR QUE ES EL ENVEJECIMIENTO Y SI ES POSIBLE ALTERAR SU RITMO EN LOS HUMANOS. LOS DATOS APORTADOS POR ESTA HAN SIDO RESULTANTES DE LA EXPERIMENTACION CON ANIMALES.

EN LOS MAMIFEROS (RATAS), HAN DESACELERADO EL ENVEJECIMIENTO "MODIFICANDO LA INGESTION DE CALORIAS DIETETICAS", "ADMINISTRANDO ANTIOXIDANTES" Y "HORMONAS". ESTAS ULTIMAS SE HAN ADMINISTRADO A

HUJERES DESPUES DE LA MENOPAUSIA, SIN EMBARGO NO HAY UNA SOLA HORMONA QUE CONTROLE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN GENERAL.

PARTIENDO DEL HECHO DE QUE LAS CELULAS NORHALES NO SON INMORTALES, SINO QUE TIENEN UNA CAPACIDAD LIMITADA PARA DIVIDIRSE, LOS TEORICOS CREEN QUE LA CLAVE PARA INTERPRETAR LOS MECANISMOS SUBYACENTES A LOS CAMBIOS INDUCIDOS EN LAS CELULAS POR EL ENVEJECIMIENTO PUEDE ENCONTRARSE EN EL MENSAJE GENETICO, (TEORIA GENETICA).

A PARTIR DE ESTO SURGEN TRES HIPOTESIS GENERALES, BASADAS EN LAS PROPIEDADES DE LAS MOLECULAS PORTADORAS DE LA INFORMACION GENETICA (ADN Y ARN).

LA PRIMERA FORMULADA POR ZHORES MEDVEDEV, PROPONE QUE LA INFORMACION TRANSMITIDA EN LOS PROCESOS DE TRANSMISION Y TRADUCCION DEL MENSAJE GENETICO, DESDE EL ADN AL ARN Y A LAS ENZIMAS Y OTRAS MOLECULAS PROTEICAS, PODRIA ESTAR SUJETA, CON EL TIEMPO, A UN NUMERO PROGRESIVAMENTE MAYOR DE ERRORES. ESTOS OCASIONARIAN MOLECULAS ENZIMATICAS DEFECTUOSAS Y LLEVARIAN A UN DECLIVE DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LAS CELULAS. AUNQUE OTROS OPINAN QUE LA DISMINUCION FUNCIONAL NO ES LA CAUSA DEL ENVEJECIMIENTO, SINO MAS BIEN SU CONSECUENCIA.

LA SEGUNDA HIPOTESIS GENETICA PARTE DEL HECHO DE QUE MUCHOS DE LOS GENES DE LA MOLECULA DE ADN ESTAN REPETIDOS EN SECUENCIAS IDENTICAS, RAZON POR LA QUE EL MENSAJE GENETICO RESULTA MUY REDUNDANTE. ASI, CUANDO UN GEN ACTIVO FUERA DAMADO DE FORMA IMPORTANTE, SERIA REEMPLAZADO POR UN GEN IDENTICO DE RESERVA, LO CUAL PROPORCIONARIA UN MECANISMO PROTECTOR FRENTE A LA VULNERABILIDAD INTERNA DEL SISTEMA, ORIGINADA POR LOS ACCIDENTES MOLECULARES. SIN EMBARGO, AL FINAL OCURRIRIA QUE TODOS LOS GENES REPETIDOS SERIAN UTILIZADOS, LOS ERRORES SE ACUMULARIAN Y LAS

DEFICIENCIAS FISIOLÓGICAS DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO HARIAN SU APARICION.

LA TERCERA HIPOTESIS GENETICA, SUGIERE LA EXISTENCIA DE "GENES DEL ENVEJECIMIENTO" QUE FRENARIAN O DETENDRIAN VIAS BIOQUIMICAS DE FORMA SECUENCIAL Y LLEVARIAN A UNA EXPRESION PROGRAMADA DE LOS CAMBIOS ESPECIFICOS DEL PROCESO DE ENVEJECER.

OTRA TEORIA ES LA DENOMINADA "INMUNOLOGICA DEL ENVEJECIMIENTO", SE BASA EN EL HECHO DE QUE LA PRODUCCION DE ANTICUERPOS POR EL SISTEMA INMUNITARIO DECAE DURANTE LA VIDA ADULTA Y LA VEJEZ. EXISTEN TAMBIEN RAZONES PARA PENSAR QUE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO TIENE RELACION DIRECTA CON LAS MOLECULAS ERRANTES LLAMADAS "RADICALES LIBRES", QUE SE FORMAN CUANDO EL OXIGENO Y LOS COMPUESTOS OXIDANTES REACCIONAN CON GRASAS NO SATURADAS. ESTOS RADICALES LIBRES INTERACTUAN CON ALGUNAS PROTEINAS, INTERFIEREN CON SUS FUNCIONES Y CON ELLO CONTRIBUYEN A FORMAR LAS MANCHAS SENILES DE LAS CELULAS LLAMADAS "LIPOFUSCINAS", STANISLAWSKI E. (1986). HASTA AQUI, HEHOS VISTO QUE LAS TEORIAS "GENETICA", "INMUNOLOGICA DEL ENVEJECIMIENTO" Y DE LOS "RADICALES LIBRES", TRATAN DE EXPLICAR LAS CAUSAS DEL ENVEJECIMIENTO, PERO AL SER HUMANO LO QUE LE INTERESA EN RELIDAD ES EL REJUVENECER, RETRASAR LO MAS POSIBLE LA VEJEZ Y LA MUERTE ASI COMO PROLONGAR LA VIDA, A ESTE RESPECTO, LOS PRINCIPALES INTENTOS CIENTIFICOS CONTEMPORANEOS PARA LOGRAR EL REJUVENECIMIENTO SE PUEDEN AGRUPAR EN CUATRO APARTADOS:

1).- LAS TERAPEUTICAS GLANDULARES. REPRESENTADAS POR BROHN-SEGWARD, EUGEN STEINACH, SERGE VORONOFF, SE PENSO QUE INYECTANDO ESPERMA EN LAS VENAS DE UN ANCIANO SE PODRIA LOGRAR EL REJUVENECIMIENTO FISICO E INTELECTUAL. EL PROBLEMA RADICABA EN QUE ESTE NO ERA DURADERO Y HABIA QUE REPETIR FRECUENTEMENTE LAS

INYECCIONES, DE ESTO SURGIO "LA OPOTERAPIA", TRATAMIENTO QUE PROPORCIONA AL PACIENTE LA SUBSTANCIA QUE EL ORGANISMO NO ELABORA YA EN CANTIDADES SUFICIENTES.

OTRO PROCEDIMIENTO CONSISTIO EN LA LIGADURA DE LOS VASOS DEFERENTES (AQUELLOS QUE VAN DESDE EL TESTICULO HASTA LA VESICULA SEMINAL), SE PRODUCIA UNA DEGENERACION DE LAS CELULAS QUE FABRICABAN ESPERMATOZOIDES Y, EN CONTRASTE, UN AUMENTO EN LA SECRECION HORMONAL SEXUAL. SE REALIZARON TAMBIEN TRASPLANTES TESTICULARES, DE UN MONO A UN SER HUMANO, ESTO NO FUE BIEN ACOGIDO EN LOS MEDIOS CIENTIFICOS, YA QUE, ENTRE OTRAS RAZONES SUS EFECTOS FAVORABLES NO PASABAN DE LOS CINCO ANOS , TIEMPO TRAS EL CUAL HABIA QUE REPETIR EL TRASPLANTE.

2).- LAS SUEROTERAPIAS ESPECIALES. ALCANZARON SU APOGEO CON EL SUERO DE BOGHOLETZ ANTIRRETICULO-CITOTOXICO. ES DECIR, TOXICO PARA LAS CELULAS DE LOS TEJIDOS RETICULARES O DE NATURALEZA CONJUNTIVA. EL SUERO ERA PREPARADO DESPUES DE INYECTAR A CABALLOS EXTRACTO DE BAZO Y DE MEDULA OSEA PROCEDENTES DE CADAVERES DE HOMBRES JOVENES, APLICANDOSE DOSIS INFINITESIMALES. NO TUVO GRAN ACOGIDA CIENTIFICA EXCEPTO EN LA URSS.

3).- TERAPEUTICAS A BASE DE TEJIDOS Y EXTRACTOS DIVERSOS. EL METODO DE FILATOV CONSISTE EN INYECCIONES INTRAMUSCULARES O IMPLANTACIONES PERIODICAS DE TEJIDOS AMNIOTICOS (DE LA TUNICA INTERNA DEL HUEVO) O PLACENTARIOS DE ORIGEN HUMANO, PARA PROVOCAR LA SECRECION DE UNAS SUBSTANCIAS QUE ESTIMULAN LOS TEJIDOS. EL METODO DE NIEHANS ESTIBA EN INYECCIONES DE CELULAS FRESCAS, PROCEDENTES DE DIVERSOS TEJIDOS, GENERALMENTE EMBRIONARIOS Y DE DISTINTOS ANIMALES. SU PRINCIPAL EFECTO CONSISTIA EN EL REFUERZO DE LA VITALIDAD GENERAL, ASI COMO CIERTO EFECTO FAVORABLE EN ENFERMEDADES CRONICAS.

4).- LA NOVOCAINIZACION. METODO DE LA DOCTORA RUMANA ANA ASLAN, EL CUAL CONSISTE EN ADMINISTRAR INYECCIONES DE NOVOCAINA (CLORHIDRATO DE PROCAINA, SUBSTANCIA QUE HABITUALMENTE SE EMPLEA EN MEDICINA COMO ANESTESICO Y ANALGESICO), ESTA TIENE UN EFECTO METABOLICO ENZIMATICO Y ANTIDISTROFICO EN LOS CASOS DE ENVEJECIMIENTO. LA NOVOCAINA ES LA BASE PRINCIPAL DEL "GEROVITAL" QUE ES LO QUE UTILIZA LA DOCTORA ASLAN EN SU TRATAMIENTO HACIENDO ENFASIS QUE GRACIAS A ESTO HAY UNA INHIBICION DE LA MAO (MONOAMINOXIDASIS), ENZIMA QUE NORMALMENTE CRECE DE UNA FORMA DESMESURADA, ANIQUILANDO SISTEMATICAMENTE CIERTAS SUBSTANCIAS QUIMICAS QUE SE CONSIDERAN FUNDAMENTALES PARA EL SISTEMA NERVIOSO Y GLANDULAR, SE SABE QUE LA MAO CRECE A PARTIR DE LOS CUARENTA Y CINCO AÑOS RECOMENDANDO LA DOCTORA ASLAN QUE ES IMPORTANTE EMPEZAR A TOMAR EL GEROVITAL ANTES QUE LA MAO INICIE SU CRECIMIENTO. (SANCHEZ C.J. Y RAHOS F. 1982).

RESPECTO AL TRATAMIENTO DE LA DOCTORA ASLAN, SE HA CRITICADO QUE LOS EFECTOS DE REJUVENECIMIENTO EN LOS PACIENTES NO SOLO SE DEBEN AL GEROVITAL, SINO QUE INFLUYE EN FORMA DETERMINANTE LA TERAPEUTICA PSICOLOGICA QUE RECIBEN SUS CLIENTES, ENTENDIENDO POR ESTA, LA ATENCION CON LA QUE LOS ESCUCHA Y EL QUE LOS TRATE COMO SERES HUMANOS COMUNES Y CORRIENTES Y NO COMO DESHECHOS DE LA SOCIEDAD.

ANTERIORMENTE SE MENCIONO QUE UNA DE LAS COSAS QUE INTERESA AL HOMBRE ES LA PROLONGACION DE LA VIDA, O SEA GOZAR DE LONGEVIDAD. ESTE TERMINO TIENE VARIOS SIGNIFICADOS TALES COMO:

LONGEVIDAD POTENCIAL. DURACION DE LA VIDA MAXIMA DE UNA ESPECIE.

LONGEVIDAD MEDIA. ES EL NUMERO MEDIO DE AÑOS VIVIDOS POR EL CONJUNTO DE LOS INDIVIDUOS NACIDOS EN UN PERIODO DETERMINADO Y EN

UNA DETERMINADA REGION, VARIANDO SEGUN EL GRUPO HUMANO QUE SE ELIJA, EN DEPENDENCIA CON FACTORES BIOLÓGICOS Y CONDICIONES DE VIDA. TAMBIEN SE CONOCE CON EL NOMBRE DE "ESPERANZA DE VIDA AL HACER".

LONGEVIDAD EFECTIVA. EL NUMERO DE AÑOS QUE PODEMOS ALCANZAR, EN FUNCION DE NUESTRA BIOLOGIA Y DE LOS FACTORES DEL MEDIO.

LONGEVIDAD DIFERENCIAL. INDICA LAS VARIACIONES INTERINDIVIDUALES DENTRO DE UN MISMO GRUPO Y LAS VARIACIONES DE UN GRUPO RESPECTO A OTRO EN LO REFERENTE A LA DURACION DE LA VIDA, (IMSS, 2o. MODULO, 1987).

FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR LA LONGEVIDAD:

- LA HERENCIA INFLUYE EN LA LONGEVIDAD.
- PARECE DEMOSTRADO QUE LA LONGEVIDAD DE LOS HOMBRES ES MUCHO MAS PEQUENA QUE LA DE LAS MUJERES.
- ABUSO DEL TABACO.
- ABUSO DEL ALCOHOL.
- MALA ALIMENTACION.
- ENFERMEDADES.
- ACCIDENTES.
- INFLUENCIAS DEL MEDIO DONDE SE VIVE.
- LA NATURALEZA MISMA DE LA PROFESION QUE SE EJERCE.
- LAS PERSONAS QUE VIVEN MUCHOS AÑOS PODRIA SER PORQUE GOZAN DE UNA DOTACION FISICA EXCEPCIONAL Y PORQUE NO HAN SIDO EXCLUIDOS DE SU MEDIO SOCIOLABORAL.

LO QUE EN REALIDAD IMPORTA ES QUE SE ALCANCE UNA EDAD AVANZADA CON EL MINIMO DE DETERIORO FISICO, PSIQUICO Y SOCIAL.

ENVEJECIMIENTO DIFERENCIAL DE LOS ORGANOS

SE HA PENSADO QUE A PARTIR DE LOS TREINTA AÑOS TODOS LOS SERES HUMANOS COMIENZAN UN PROCESO DE DISMINUCION BIOLÓGICA QUE ES GRADUAL Y VARIA EN LOS DIFERENTES SISTEMAS Y ORGANOS SEGUN LIEBERT Y WICKS-NELSON, 1981 CITADO POR VALLIN R. (1986), LA MEDIDA DE ESTE DECLINAR NOS PROPORCIONA UN CALCULO DE LA EDAD FISIOLÓGICA DEL INDIVIDUO, LO QUE CONSTITUYE UN INDICE DE SU RITMO DE ENVEJECIMIENTO MAS FIABLE QUE SU EDAD CRONOLÓGICA (P.31).

LA PIEL ES EL PRIMER ORGANHO EN EL QUE SE ANUNCIA EL ENVEJECIMIENTO, POR MEDIO DE LA PRESENTACION DE ARRUGAS, SEQUEDAD, ASPECTO APERGAMINADO Y MANCHAS PIGMENTADAS. EN GENERAL HAY UNA ATROFIA DE LA EPIDERMIS CON PERDIDA DE TONICIDAD Y ELASTICIDAD.

EL CABELLO ENCANECE, SE HACE RALO Y MAS FINO, CAE Y EN OCASIONES DA LUGAR A LA CALVICIE EN EL HOMBRE. LAS UÑAS CRECEN MAS LENTAMENTE SE ESPESAN, SE ESTRIAN Y PUEDEN TOMAR UN ASPECTO CURVADO.

HAY CAMBIOS EN LA SILUETA EN GENERAL, EL INDIVIDUO SE ENCOGE Y SE ENCORVA. LAS ARTICULACIONES SON MENOS FLEXIBLES, LOS MUSCULOS DISMINUYEN DE TONO Y PIERDEN FUERZA. SE INCLINAN LA CABEZA Y EL CUELLO, LOS HOMBROS CUELGAN, SE ACENTUA LA CURVATURA DORSAL; LAS RODILLAS SE DOBLAN Y LA MARCHA SE PRODUCE A PEQUENOS PASOS. ARRASTRANDO LOS PIES Y SIN APENAS BALANCEAR LOS BRAZOS. LA MASA OSEA DISMINUYE (OSTEOPOROSIS), POR LO QUE LOS HUESOS SE HACEN MAS FRAGILES Y SON FRECUENTES LAS FRACTURAS.

EN EL PLANO FUNCIONAL, EL OJO Y EL OIDO SON LOS ORGANOS QUE ANTES ENVEJECEN. ES FRECUENTE LA APARICION DE PRESBICIA O VISTA CANSADA, POR DISMINUCION DEL PODER DE ACOMODACION DEL CRISTALINO, HAY DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL Y DE LA VISION NOCTURNA.

EL ENVEJECIMIENTO DE LOS PARPADOS SE MANIFIESTA POR LA

APARICION EN EL ANGULO EXTERNO DEL OJO DE LA "PATA DE GALLO". LA CAIDA DE LOS PARPADOS SUPERIORES INFLUYE EN LA PERDIDA DE BRILLO DE LA MIRADA, APARECEN BOLSAS BAJO LOS OJOS.

EN LA CORNEA APARECE UN ANILLO GRISACEO QUE SE DENOMINA ARCO SENIL. EL IRIS PIERDE SU BRILLO, LA PUPILA SE ESTRECHA, EN SU CONJUNTO LA MIRADA ES MENOS VIVA Y PENETRANTE.

EL OIDO PRESENTA UNA DISMINUCION DE SU AGUDEZA.

EL ENVEJECIMIENTO DEL APARATO RESPIRATORIO SE EXPRESA PRINCIPALMENTE POR UNA DISMINUCION DE LA CAPACIDAD VITAL, QUE CORRESPONDE AL MAXIMO DE GAS OBTENIDO DESPUES DE UNA INSPIRACION FORZADA.

EN EL APARATO CARDIOVASCULAR HAY UNA LIGERA DISMINUCION DEL RITHO CARDIACO, AUMENTO DE LA PRESION ARTERIAL Y DISMINUCION DEL SUMINISTRO CARDIACO COMO CONSECUENCIA DE LA REDUCCION DEL VOLUMEN DE CONTRACCION DEL CORAZON. ORIGINANDOSE UN DEFICIT EN LA IRRIGACION CEREBRAL; HAY ENDURECIMIENTO DE LAS ARTERIAS CAUSADO POR LA ARTERIOESCLEROSIS.

APARECEN DIFICULTADES PARA LA DIGESTION Y HAY MAYOR PROPENSION PARA CREAR ULCERAS DE ESTOMAGO Y DUODENO, HAY PERDIDA DE LOS DIENTES POR CARIES Y PIORREA. TODO ESTO EN CONJUNTO TIENE COMO CONSECUENCIA EL ENVEJECIMIENTO DEL APARATO DIGESTIVO.

LOS RINONES PRESENTAN DISMINUCION EN SU VOLUMEN Y EN LA VELOCIDAD DE FILTRACION, LAS GLANDULAS A SU VEZ TAMBIEN SON AFECTADAS POR EL PROCESO DE INVOLUCION. HAY MODIFICACIONES EN LA HIPOFISIS QUE CREA TRASTORNOS VASOMOTORES E INESTABILIDAD NEUROVEGETATIVA. LA TIROIDES REDUCE SU ACTIVIDAD OCASIONANDO QUE LOS INTERCAMBIOS METABOLICOS SEAN MAS LENTOS. LAS GLANDULAS SUPRARRENALES SEGREGAN MENOS HORMONAS CON PROPIEDADES ANDROGENAS (VIRILIZANTES).

COMO PODEMOS DARNOS CUENTA LA INVOLUCION DE LOS ORGANOS Y SISTEMAS ES GRADUAL Y VARIA, TOMANDO EN CONSIDERACION LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES DE CADA PERSONA, POR EJEMPLO: LA CAPACIDAD RESPIRATORIA DISMINUYE A UN RITHO MUCHO MAYOR QUE LA VELOCIDAD NERVIOSA, ASI MISMO LOS PATRONES QUE PRESENTAN CADA SISTEMA SENSORIAL PUEDEN VARIAR. LA SENSIBILIDAD AUDITIVA EMPIEZA A DISMINUIR APROXIMADAMENTE A LOS 60 AÑOS, MIENTRAS QUE LA AGUDEZA VISUAL Y EL GUSTO PERMANECEN CONSTANTES HASTA LOS 50 AÑOS. CUANDO COMIENZA A DECLINAR. LOS OJOS REQUIEREN FRECUENTEMENTE MAS LUZ Y EL CRISTALINO HA PERDIDO ELASTICIDAD POR LO QUE EL ENFOCAR OBJETOS CERCANOS SE VUELVE TAREA EXTREMADAMENTE DIFICIL. EL OLFATO POR OTRO LADO ES UNA MODALIDAD SENSORIAL QUE NO MUESTRA MUCHOS CAMBIOS DURANTE LA VIDA. SE REITERA QUE ESTE PROCESO DE DETERIORO QUE APARECE CON LA EDAD, ESTA SUJETO A DIFERENCIAS INDIVIDUALES. ES FRECUENTE OBSERVAR PERSONAS DE EDAD AVANZADA QUE PRESENTAN LA MISMA VITALIDAD QUE UNA PERSONA JOVEN.

#### ENVEJECIMIENTO CEREBRAL

COMO YA SE MENCIONO ANTERIORMENTE, EL ENVEJECIMIENTO DEL ORGANISMO NO SE PRODUCE DE UNA FORMA HOMOGENEA, ALGUNOS TEJIDOS NO ENVEJECEN O LO HACEN DE FORMA MENOS VISIBLE; ESTOS ESTAN FORMADOS POR CELULAS INTERMITOTICAS (CAPACES DE DIVIDIRSE). POR LO QUE EL TEJIDO SE RENUEVA CONSTANTEMENTE, POR EJEMPLO: LA CELULA DEL EPITELIO INTESTINAL, LAS CELULAS MUY ESPECIALIZADAS LLAMADAS POSTMITOTICAS FIJAS QUE NO SE DIVIDEN ALCANZADO UNA VEZ CIERTO GRADO DE DIFERENCIACION, EJEMPLO: LA NEURONA QUE NO PUEDE DIVIDIRSE NI MULTIPLICARSE Y CUYA EDAD EQUIVALE POR ELLO APROXIMADAMENTE A LA DEL ORGANISMO.

HAY TODA UNA SERIE DE MODIFICACIONES PROGRESIVAS EN EL

SISTEMA NERVIOSO: LA CORTEZA CEREBRAL PUEDE SER RELATIVAMENTE DELGADA, CON CISURAS AMPLIAS Y PROFUNDAS; FRECUENTEMENTE SE ENCUENTRA UNA MODERADA DILATACION VENTRICULAR; APARECEN PLACAS SENILES; AUMENTO DE LA GLIOSIS Y DISMINUCION DE LAS FIBRAS NERVIOSAS: LAS NEURONAS MUESTRAN ATROFIA Y DEGENERACION NUCLEAR ASI COMO DE LAS NEUROFIBRILLAS (CHUSIDS 1977). USUALMENTE SE OBSERVA LENTIFICACION FISICA, TEMBLOR Y DISMINUCION DEL VIGOR FISICO, (ALCAZAR H., 1980).

LOS CAMBIOS SON CONSIDERABLEMENTE VARIABLES. HAY UNA DISMINUCION EN EL PESO DEL CEREBRO, AL EXAMINARLO EL HALLAZGO MAS LLAMATIVO ES LA ATROFIA DE LA CORTEZA CEREBRAL LA CUAL ESTA DIFUSAMENTE ADELGAZADA, LAS CIRCUNVOLUCIONES ESTAN ESTRECHADAS Y LOS SURCOS Y CISURAS EN CONSECUENCIA ENSANCHADOS. LA SUBSTANCIA GRIS DE LA CORTEZA ESTA AFECTADA ASI COMO LA SUBSTANCIA BLANCA.

DESDE EL PUNTO DE VISTA FUNCIONAL SE DA UN PROGRESIVO ENLENTECIMIENTO DE LA ACTIVIDAD ELECTRICA CEREBRAL A PARTIR DE LOS 60 AÑOS Y UN INCREMENTO CONSTANTE DE ONDAS LENTAS. EN LAS PERSONAS QUE HAN SUPERADO LOS 50 AÑOS SE OBSERVA UNA EVIDENTE DISMINUCION DE LA IRRIGACION SANGUINEO-ENCEFALICA QUE PUEDE DEBERSE A UNA VARIACION EN LA ACTIVIDAD METABOLICA NEURONAL. SE MODIFICA LA RED CAPILAR DE LA CORTEZA CEREBRAL, EN SUJETOS DE 65 A 74 AÑOS SE HA EVIDENCIADO UN ENSANCHAMIENTO DEL DIAMETRO DE LOS CAPILARES ADEMAS DE UN AUMENTO DE SU VOLUMEN Y DE SU LONGITUD TODO ELLO, CON EL OBJETO DE PODER COMPENSAR LA DISMINUCION DE LA IRRIGACION CEREBRAL.

DISMINUYE EL METABOLISMO OXIDATIVO NEURONAL DE LA GLUCOSA (ENERGIA), CUANDO HAY UNA BAJA DEL OXIGENO Y SE PRODUCE UNA ANOXIA (CARENCIA DE OXIGENO), LAS PRINCIPALES FUNCIONES CEREBRALES SUFREN UN DESCENSO ESPECIALMENTE EN LA CONSCIENCIA.

LOS NIVELES FUNCIONALES DE LAS SUBSTANCIAS QUIMICAS DENOMINADAS NEUROTRANSMISORES (NORADRENALINA, DOPAMINA Y SEROTONINA) Y SUS ENZIMAS DISMINUYEN SIGNIFICATIVAMENTE CON LA EDAD. ESTAS INTERVIENEN EN LA TRANSMISION DE LA SENAL ELECTRICA DE UNA CELULA NERVIOSA A OTRA FUNCION DE VITAL IMPORTANCIA. DICHA DISMINUCION ES PROBABLEMENTE CONSECUENCIA DEL ENVEJECIMIENTO DE LAS NEURONAS QUE OBSTACULIZAN SU SINTESIS.

PODEMOS CONCLUIR A ESTE RESPECTO QUE EL ENVEJECIMIENTO CEREBRAL SE CORRELACIONA CON LOS CAMBIOS PSICOLOGICOS Y SOCIALES SIN LUGAR A DUDA.

#### ALTERACION DE LA APARIENCIA FISICA

SOBRE ESTE TOPICO, LA DESCRIPCION QUE HACE DEL ANCIANO SIMONE DE BEAUVOIR PARECE LA MAS ACERTADA:

"EN EL ENVEJECIMIENTO LA APARIENCIA DEL INDIVIDUO SE TRANSFORMA Y PERMITE ASIGNARLE CON UN MARGEN DE POCOS AÑOS UNA EDAD. EL PELO BLANQUEA Y ES ESCASO POR DESHIDRATACION Y COMO CONSECUENCIA DE LA PERDIDA DE ELASTICIDAD DEL TEJIDO DERMICO SUBYACENTE, LA PIEL SE ARRUGA, SE CAEN LOS DIENTES, DE LA PERDIDA DE LOS DIENTES ENTRANA UN ACHICAMIENTO DE LA PARTE INFERIOR DEL ROSTRO, DE MODO QUE LA NARIZ SE ALARGA A CAUSA DE LA ATROFIA DE LOS TEJIDOS ELASTICOS Y SE ACERCAN AL MENTON. LA PROLIFERACION SENIL DE LA PIEL PRODUCE QUE SE FORMEN BOLSAS DEBAJO DE LOS OJOS. EL LABIO SUPERIOR SE AFINA, EL LOBULO DE LA OREJA CRECE. EL ESQUELETO TAMBIEN SE MODIFICA, LOS DISCOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL SE

COMPRIMEN, LA ANCHURA DE LOS HOMBROS SE REDUCE, LA DE LA PELVIS AUMENTA, EL TORAX TIENDE A ADQUIRIR UNA FORMA SAGITAL. LA ATROFIA MUSCULAR, LA ESCLEROSIS DE LAS ARTICULACIONES ACARREA TRASTORNOS DE LA LOCOMOCION, EL ESQUELETO SUFRE DE OSTEOPOROSIS. LA SUBSTANCIA COMPACTA DEL HUESO SE VUELVE ESPONJOSA Y FRAGIL, POR ESO LA FRACTURA DEL FEHUR QUE SOPORTA EL PESO DEL CUERPO ES UN ACCIDENTE FRECUENTE. EL CORAZON SE ALTERA Y PIERDE PROGRESIVAMENTE SUS FACULTADES DE ADAPTACION. EL SISTEMA CIRCULATORIO PRESENTA PROBLEMAS Y LA CIRCULACION CEREBRAL SE HACE MAS LENTA", (MARCHIORI, 1978, PAG. 117).

#### LA SEXUALIDAD

LA EVOLUCION FISIOLÓGICA DE LA SEXUALIDAD EN EL SER HUMANO COMPRENDE TRES PERIODOS PERFECTAMENTE DELIMITADOS: LA PUBERTAD, LA MADUREZ PROPIAMENTE DICHA Y EL CLIMATERIO.

EN LA MUJER EL CLIMATERIO O EDAD CRITICA ES EL CONJUNTO DE HECHOS DE INDOLE GENERAL QUE ACOMPAÑAN EL DECLINAR DE LA VIDA SEXUAL, EN UN PERIODO DE TIEMPO QUE SE INICIA ANTES DE LA MENOPAUSIA Y AL TERMINO DE ESTA. ES FRECUENTE QUE SE CONFUNDA CLIMATERIO CON MENOPAUSIA (CESE DE LA MESTRUACION), QUE ES UN PROCESO BIOLÓGICO NATURAL CON REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS, EN EL QUE CESA LA POSIBILIDAD DE REPRODUCCION PERO QUE NO LLEVA CONSIGO LA PERDIDA DE LA ACTIVIDAD NI DEL INTERES SEXUAL, POR LO QUE PODEMOS DECIR QUE CLIMATERIO ES A MENOPAUSIA LO QUE PUBERTAD ES A MENARQUIA.

EN EL CLIMATERIO SE DISTINGUEN TRES PERIODOS: PREMENOPAUSICO, MENOPAUSICO Y POSTMENOPAUSICO.

EN EL HOMBRE, EL CLIMATERIO SE CONSIDERA COMO UNA EDAD CRITICA, CONCEPTUANDOLA COMO EL PRINCIPIO DE LA SENECTUD (EN EL SENTIDO DE ENVEJECER) UNA ETAPA EN LA QUE COMIENZA LA INVOLUCION ORGANICA GENERAL, ESTE PERIODO SE PRESENTA MAS TARDIAHENTE EN LA MUJER.

#### MODIFICACIONES ORGANICAS

LAS INVESTIGACIONES DE KINSEY, HASTERS Y JOHNSON, S. Y OTROS AUTORES HAN DEMOSTRADO QUE LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS DE EDAD PUEDEN MANTENER UN NIVEL FUNCIONAL COMPLETAMENTE VALIDO Y QUE LA RESPUESTA SEXUAL SE MUESTRA SUFICIENTE Y ADECUADA. SIN EMBARGO EXISTEN MODIFICACIONES FISIOLOGICAS QUE ES PRECISO TENER EN CUENTA, ASI, POR EJEMPLO, EN EL HOMBRE LA ERECCION SE PRODUCIRA MAS LENTAMENTE QUE CUANDO ERA JOVEN, EL IMPULSO HACIA LA EYACULACION SERA MAS REDUCIDO, DE MANERA QUE PODRAN PRODUCIRSE COITOS SIN QUE HAYA NECESARIAMENTE EMISION DE ESPERMA; EN LA MUJER HAY UNA LUBRICACION MAS DIFICULTOSA DE LA REGION GENITAL ANTE LA ESTIMULACION EROTICA, EL CLITORIS PODRA LLEGAR A SER INSENSIBLE Y PRODUCIR, EN OCASIONES SENSACIONES MOLESTAS; LAS DIMENSIONES DE LA VAGINA SE REDUCEN, LO QUE PUEDE PROVOCAR DURANTE LA ACTIVIDAD COITAL, UNA CIERTA COMPRESION DE LA VEJIGA CON UNA FUERTE NECESIDAD DE ORINAR, Y LA CONTRACCION ORGASHICA DE LOS MUSCULOS PUEDE SER DOLOROSA. NO OBSTANTE, HAY QUE SUBRAYAR QUE SI BIEN ESTOS CAMBIOS INFLUYEN EN LA CONDUCTA SEXUAL DE LOS ANCIANOS EL PSIQUISMO JUEGA UN PAPEL DE GRAN IMPORTANCIA, (SANCHEZ CARO Y RAHOS F. 1982).

REFERENTE A LA RESPUESTA SEXUAL, ENCONTRAMOS QUE LOS CAMBIOS QUE SE PRESENTAN EN LA MUJER CON LA EDAD, SON:

- A).- DISMINUCION EN LA CONGESTION VULVAR.
- B).- MAYOR TENDENCIA ENTRE LA APLICACION DEL ESTIMULO SEXUAL EFECTIVO Y LA APARICION DE LA LUBRICACION VAGINAL.
- C).- DISMINUCION EN LA CANTIDAD DE LA LUBRICACION VAGINAL.
- D).- MENOR INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES CLONICAS DE LA MUSCULATURA PERINEAL.

LA MUJER QUE DESCONOCE ESTO PIENSA QUE SE ENCUENTRA ANTE UNA DISFUNCION.

ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE NINGUNA DE LAS MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS MENCIONADAS IMPEDIRAN POR SI MISMAS UNA RESPUESTA SEXUAL COMPLETA Y ORGÁSMICA QUE PUEDA SER SATISFACTORIA PARA LA MUJER.

EN EL HOMBRE LOS PRINCIPALES CAMBIOS QUE SE PRESENTAN CON LA EDAD, EN LA RESPUESTA SEXUAL SON:

- A).- MAYOR LATENCIA ENTRE EL ESTIMULO SEXUAL EFECTIVO Y LA ERECCION (CORRESPONDE EN LA MUJER AL MISMO FENOMENO DE LATENCIA HASTA LA LUBRICACION).
- B).- ERECCIONES MENOS FIRMES (HIPOLUBRICACION FEMENINA).
- C).- DISMINUCION DE LA FUERZA DE LAS CONTRACCIONES MUSCULARES ORGÁSMICAS (EL MISMO FENOMENO EN LA MUJER), POR LO QUE DISMINUYE LA FUERZA DE LA EYACULACION.
- D).- DISMINUCION DEL VOLUMEN DEL SEMEN: EN EL JOVEN FLUCTUA ENTRE TRES Y CINCO MILILITROS Y EN EL ANCIANO DE UNO A TRES, ES IMPORTANTE ACLARAR QUE DIVERSOS ESTUDIOS DE MASTERS Y JOHNSON (1981), BUTLER Y LEWIS (1976) Y OTROS HAN DEMOSTRADO QUE EL VOLUMEN EYACULADO NO ES DIRECTAMENTE PROPORCIONAL A LA INTENSIDAD Y PLACER DE LA PERCEPCION SUBJETIVA DEL ORGASMO. POR OTRO LADO, LOS CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL DEL VARON ANCIANO TAMPOCO SON FACTORES LIMITANTES QUE IMPIDAN UN

DESEMPEÑO SEXUAL SATISFACTORIO Y PLACENTERO.

HOMBRES Y MUJERES ANCIANOS PUEDEN PRESENTAR UN INCREMENTO DEL PERIODO REFRACTARIO, ES DECIR, AUMENTO DEL UMBRAL DE RESPUESTAS A UN ESTIMULO SEXUAL, (ALVAREZ GAYOU, 1988).

NO SE PUEDE DEJAR DE MENCIONAR QUE LA INVOLUCION DE LAS GLANDULAS SEXUALES EN LA MUJER CONDUCE A UNA ATROFIA DE LOS OVARIOS CON IMPOSIBILIDAD PARA EL EMBARAZO, CON SUPRESION DE LOS CICLOS MESTRUALES AL LLEGAR A LA MENOPAUSIA (HACIA LOS 49 AÑOS APROXIMADAMENTE). EL CESE DE LA ACTIVIDAD HORMONAL OVARICA SE PRODUCE ENTRE LOS 60 Y 65 AÑOS. EN EL HOMBRE LA ALTERACION DE LOS CONDUCTOS SEMINIFEROS ES EL DATO MAS RELEVANTE EN EL ENVEJECIMIENTO DEL APARATO GENITAL MASCULINO, PERO AUN SE SIGUEN PRODUCIENDO ESPERMATOZOIDES INCLUSO DESPUES DE LOS 70 AÑOS. A NIVEL BIOLÓGICO ES AMPLIAMENTE CONOCIDO QUE LA SECRECIÓN DE ANDRÓGENOS Y LA CAPACIDAD DE ERECCIÓN CONTINUAN PRÁCTICAMENTE HASTA LA MUERTE. INCLUSO LA FECUNDACIÓN DEL OVULO POR EL ESPERMATOZOIDE SENIL ES CIENTÍFICAMENTE POSIBLE.

MÁS QUE CAMBIOS BIOLÓGICOS EN LA RESPUESTA SEXUAL SON LAS ACTITUDES SOCIALES Y LA EDUCACIÓN LAS QUE PROVOCAN DISFUNCIONES EN ESTA ETAPA DE LA VIDA, AUNQUE EXISTE UNA TENDENCIA A LA DISMINUCIÓN EN EL INTERÉS Y EN LA ACTIVIDAD SEXUAL.

NINGUNO DE ESTOS CAMBIOS BASTA PARA ANULAR LA RESPUESTA Y EL DESEO SEXUAL, AMBOS PERSISTEN EN EL SER HUMANO HASTA EDAD MUY AVANZADA. A PESAR DE LO ANTERIOR NO ES RARO VER HOMBRES Y MUJERES QUE HAN ABANDONADO POR COMPLETO SU VIDA SEXUAL A PARTIR DE CIERTA EDAD. ESTO SE DEBE A LA FALTA DE INFORMACIÓN Y TABÚES RESPECTO A LA VEJEZ.

MASTERS Y JOHNSON, 1966, CITADOS POR EL DR. VALLIN R., (1986) MENCIONAN QUE LA CONSERVACIÓN DEL INTERÉS SEXUAL DURANTE ETAPAS

TARDIAS DE LA VIDA DEPENDE DEL MANTENIMIENTO DE UNA VIDA SEXUAL ACTIVA DURANTE TODA LA VIDA, ES DECIR, PAREJAS QUE NO INTERRUMPEN SU ACTIVIDAD SEXUAL PUEDEN LLEVARLA DURANTE LA VEJEZ, CON CIERTA ADAPTACION A LOS CAMBIOS BIOLÓGICOS QUE EN CADA UNO SE PRODUCEN, (PAG. 40).

LA VIDA SEXUAL PERSISTE Y SE TRANSFORMA CONSTANTEMENTE A LO LARGO DE TODA LA EVOLUCION INDIVIDUAL Y SOLO DESAPARECE CON LA MUERTE. SE HA PUESTO DE RELIEVE, DEJANDO DE LADO LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES, QUE EN LAS PERSONAS DE AMBOS SEXOS SE PRODUCE UN DECLIVE MAS O MENOS ACENTUADO ENTRE LOS 60 Y 70 AÑOS, SIN OLVIDAR QUE TANTO LA SEXUALIDAD NORMAL COMO LA PATOLÓGICA ESTAN INFLUENCIADAS POR FACTORES BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES, POR LO QUE SE DEBE CONSIDERAR QUE ESTE DECLIVE CORRESPONDE A MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS Y QUE EN ESTE, LOS FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES JUEGAN UN PAPEL IMPORTANTE. LA EDAD PUEDE INFLUIR EN LA DISMINUCION DE LA ACTIVIDAD Y EL INTERES SEXUAL, PERO NO TIENE PORQUE SUPRIMIR LA SATISFACCION.

TODO PARECE INDICAR QUE UNA VIDA SEXUAL NORMAL Y RICA EN EXPERIENCIAS ES LA MEJOR GARANTIA DE QUE LA ACTIVIDAD SEXUAL SE PROLONGUE HASTA LA ANCIANIDAD. POR TANTO, HAY QUE AFIRMAR CLARAMENTE QUE LA ACTIVIDAD Y EL INTERES SEXUAL SON TAN PROPIOS DE LA VEJEZ COMO DE CUALQUIER OTRA ETAPA DE LA VIDA.

#### ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN EL ANCIANO

A CONTINUACION SE DESCRIBIRA EL TIPO DE ACCIDENTES QUE SUFREN CON MAS FRECUENCIA LOS ANCIANOS.

EL ACCIDENTE ES "UN ACONTECIMIENTO INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD HUMANA QUE ES PROVOCADO POR UNA FUERZA INTERIOR QUE ACTUA RAPIDAMENTE Y QUE SE MANIFIESTA POR UN DANO CORPORAL O MENTAL",

(ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS, CITADO POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, MODULO 4, 1987).

EN 1983 EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL REALIZO UN ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS ACCIDENTES QUE OCURREN EN LOS HOGARES DEL MEDIO URBANO Y LOS DEL MEDIO RURAL. ENCONTRANDO LO SIGUIENTE:

EL RIESGO DE SUFRIR UN ACCIDENTE ESTA EN LAS PERSONAS DE TODAS LAS EDADES, SIN EMBARGO SON MAS FRECUENTES EN NIÑOS Y ANCIANOS.

LOS ACCIDENTES SON MAS FRECUENTES EN EL MEDIO URBANO QUE EN EL RURAL.

LOS SITIOS MAS PELIGROSOS DENTRO DE LA VIVIENDA. TANTO EN EL MEDIO URBANO COMO EN EL RURAL SON: EL PATIO DE LA CASA, LA COCINA Y LA RECAMARA.

LAS CAUSAS MAS FRECUENTES DE LOS ACCIDENTES EN EL HOGAR SON: CAIDAS, GOLPES, HERIDAS POR INSTRUMENTOS PUNZO CORTANTES, INTOXICACIONES Y QUEMADURAS.

LAS PARTES DEL CUERPO QUE SE LESIONAN MAS FACILMENTE, SON LOS MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, LA CABEZA Y LA CARA.

ALGUNOS ACCIDENTES DEJAN LESIONES IRREVERSIBLES, COMO: CICATRICES, PERDIDA DE ALGUN MIEMBRO, CEGUERA Y MUERTE.

ES IMPORTANTE SENALAR QUE POR CADA 2000 ACCIDENTES REGISTRADOS SE PRODUCE UNA DEFUNCION.

LOS ACCIDENTES QUE NO PRODUCEN LA MUERTE SON CAUSA, EN MUCHAS OCASIONES DE : FRACTURAS, LUXACIONES Y HERIDAS QUE FRECUENTEMENTE AMERITAN HOSPITALIZACION DESDE 1 HASTA 30 DIAS O MAS.

LOS ACCIDENTES QUE OCURREN DENTRO DEL HOGAR EN MEXICO SON CAUSA DE ELEVADOS PORCENTAJES DE INCAPACIDAD, INVALIDEZ Y MUERTE ENTRE LA POBLACION NACIONAL. EL SER HUMANO REPRESENTA LA MAYOR PARTE DE LAS VECES EL ELEMENTO CAUSAL DE ESTOS ACONTECIMIENTOS.

## ENFERMEDADES MAS FRECUENTES EN EL ANCIANO

ESTAN LIGADAS DE FORMA ESPECIAL A LAS ALTERACIONES PROGRESIVAS E IRREVERSIBLES DE LA EDAD Y QUE, POR TANTO, SE ELEVAN AL FINAL DE LA VIDA.

LA GERIATRIA ES QUIEN SE ENCARGA DE SU ESTUDIO Y TRATAMIENTO. W. FERGUSON ANDERSON, CITADO POR SANCHEZ J. Y RAHOS F., (1982) LA DEFINE COMO LA "RAMA DE LA MEDICINA QUE SE OCUPA DE LA SALUD DE LA POBLACION ANCIANA, EN LOS ASPECTOS CLINICOS, SOCIALES, PREVENTIVOS Y TERAPEUTICOS DE LAS ENFERMEDADES SENILES", (PAG. 16).

ALGUNOS DE LOS ANTECEDENTES QUE FAVORECEN LA APARICION DE ENFERMEDAD SON:

- LA MENOR DISPOSICION DE MEDIOS ECONOMICOS.
- VIVIR EN EL MEDIO RURAL.
- BAJO GRADO DE INSTRUCCION.

TODAS LAS ENFERMEDADES PUEDEN SER PADECIDAS POR EL ANCIANO, PERO LAS MAS FRECUENTES SON, EN PRIMER LUGAR:

- ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.
- ACCIDENTES CEREBROVASCULARES.

REPRESENTAN ALREDEDOR DEL 50% DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD DEL ANCIANO, AFECTANDO MAS A LAS MUJERES QUE A LOS HOMBRES.

LA ARTERIOESCLEROSIS JUEGA UN PAPEL FUNDAMENTAL EN LO ANTERIOR, PUEDE MANIFESTARSE TANTO EN EL CORAZON EN FORMA DE CORONARIOPATIA, DANDO LUGAR AL INFARTO, COMO EN EL CEREBRO OCACIONANDO UN SINDROME DE INSUFICIENCIA CEREBROVASCULAR (DOLOR DE CABEZA, VERTIGO, PERDIDA DE MEMORIA Y OTROS SINTOMAS), BIEN DE FORMA TRANSITORIA O EN LA FORMA MAS GRAVE DE TROMBOSIS O HEMORRAGIA, TAMBIEN PUEDE SER DE LOCALIZACION ABDOMINAL, AFECTAR

## AL RINON O A LAS EXTREMIDADES.

LOS FACTORES DE RIESGO SON: AUMENTO DE GRASA EN LA SANGRE (SOBRE TODO DE COLESTEROL), AUMENTO DE TENSION ARTERIAL. LA OBESIDAD, EL ESTRES, LA VIDA SEDENTARIA, EL TABACO, EL ALCOHOL, LA DIABETES Y EL ACIDO URICO.

EL ABUSO DE ALCOHOL PREDISPONE AL PADECIMIENTO DE DIVERSAS ENFERMEDADES Y ES UN FACTOR IMPORTANTE DEL ACORTAMIENTO DE LA DURACION DE LA VIDA.

EL SEGUNDO LUGAR EN IMPORTANCIA LO OCUPAN LOS PROCESOS NEOPLASTICOS (TUMORES), CUYA INCIDENCIA ES MUCHO MAS ELEVADA EN LAS PERSONAS DE EDAD QUE ENTRE LA GENTE JOVEN, CON UNA PREVALENCIA DE LAS AFECCIONES TUMORALES MALIGNAS.

EL TERCER LUGAR LO TIENEN LOS TRAUMATISMOS QUE PRODUCEN FRACTURAS EN LAS PERSONAS DE EDAD (EL 90% DE ELLAS). PARECE QUE ES LA OSTEOPOROSIS (DISMINUCION DE LA MASA OSEA), LA PRINCIPAL CAUSA DE QUE LAS CAIDAS DE LOS ANCIANOS LES PRODUZCAN TANTAS FRACTURAS.

EN CUARTO LUGAR ENCONTRAMOS LOS TRASTORNOS MENTALES LOS CUALES CASI SIEMPRE SE ENCUENTRAN ASOCIADOS A UNA ENFERMEDAD FISICA. ESTOS PADECIMIENTOS SE VERAN CON MAS DETALLE POSTERIORMENTE.

EN QUINTO LUGAR VENOS A LA MAL NUTRICION QUE JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE EN LA SALUD.

EN GENERAL LA EDAD AUMENTA LAS PROBABILIDADES DE ENFERMEDADES CRONICAS, INICIA LA PREOCUPACION POR CAMBIOS FISICOS, BIOLOGICOS Y PSICOLOGICOS. PRIMERO SE CENTRA EN LA PERDIDA DE LA BELLEZA FISICA Y DE LA JUVENTUD Y POSTERIORMENTE EN LA PERDIDA DEL VIGOR FISICO Y LAS ALTERACIONES DE LA SALUD.

CIERTAS ENFERMEDADES TIENDEN A AUMENTAR NOTORIAMENTE CON EL PASO DEL TIEMPO Y A CONVERTIRSE EN ASOCIADOS FUNDAMENTALES DE LOS ESTADOS SENILES, ARTRITIS, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, ETCETERA, (VER CUADRO 5).

HACIA LOS SESENTA Y CINCO AÑOS UN ALTO PORCENTAJE DE ANCIANOS HAN DESARROLLADO ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y UN HÚMERO AUN MAYOR PRESENTAN PROBLEMAS ARTRITICOS (ESTES, 1969, CITADO POR EL DR. VALLIN R., 1986, PAG. 33).

#### C U A D R O 6

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES COMUNES EN GRUPOS DE EDADES EN UNA MUESTRA DE SUJETOS ENTRE SESENTA Y CINCO Y OCHENTA Y CINCO AÑOS.

(SEGUN SIEGLER)

ENFERMEDAD	65-70	71-75	81-85
ARTRITIS	54.59	57.78	61.86
HIPERTENSION	26.38	25.00	27.12
CARDIOPATIAS	20.00	24.07	31.36
DIABETES	9.17	10.47	8.47
ENFISEMA	3.67	1.49	6.78
ULSERA PEPTICA	2.08	2.96	5.13
CANCER	0.69	0.74	2.54
AUSENCIA DE ENFERMEDAD	25.58	25.63	20.00

FUENTE: VALLIN R. DEMENTIA (1986); CAMBRIDGE UNIVERSITY, PAG. 33

LAS CARACTERISTICAS ESPECIALES QUE TIENEN LAS ENFERMEDADES GERIATRICAS SON:

1).- LA POLIMORBILIDAD, ES DECIR, LA COINCIDENCIA DE VARIAS ENFERMEDADES EN UN MISMO INDIVIDUO.

- 2).- LA SINTOMATOLOGIA ES ATIPICA, PUDIENDO ENCONTRAR INFECCIONES QUE CURSEN SIN FIEBRE O INFARTOS SIN DOLOR.
- 3).- HAY QUE TOMAR EN CUENTA, ADEMAS, QUE LOS ANCIANOS E INCLUSO LOS FAMILIARES, SUELEN VAHALIZAR LAS MOLESTIAS, EL DIAGNOSTICO SE PRESENTA EN OCASIONES DIFICIL.
- 4).- SE DEBEN TOMAR EN CUENTA LOS LLAMADOS SIGNOS FISICOS DESORIENTADORES, QUE JUSTIFICAN EL EXAMEN PERIODICO DEL ENFERMO.
- 5).- LA RESPUESTA MENTAL DE LOS SENECTOS ES TOTALMENTE DISTINTA A LA DE LOS JOVENES, EN ESTOS ULTIMOS EL SINDROME FEBRIL ES FRECUENTEMENTE UNA SITUACION ORGANICA CONOCIDA QUE DA LUGAR A UN CUADRO DELIRANTE, EN CAMBIO EN LA VEJEZ ES MUCHO MAS COMUN LA APARICION DE UN SINDROME DE CONFUSION O DECREPITUD MENTAL QUE LA DE UN AUTENTICO DELIRIO, Y SUELE PRESENTARSE EN MULTITUD DE PROCESOS, DESDE UNA INTOXICACION O UNA DESHIDRATACION.

A CUALQUIER OTRO DE TIPO MALIGNO, ESTOS CAMBIOS INESPERADOS DE LA FUNCION INTELLECTUAL SON MUCHAS VECES LOS PRIMEROS SIGNOS DE QUE ALGO MARCHA MAL Y SERA OBLIGATORIO APLICAR TODOS LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA ENCONTRAR LA CAUSA Y TRATARLA ADECUADAMENTE. EN PRINCIPIO, HABRA QUE RECHAZAR EL DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA CEREBRAL SENIL, QUE SOLO DEBE HACERSE POR EXCLUSION DE OTROS PROCESOS ORGANICOS.

EN CONCLUSION, PODEMOS DECIR QUE LA FORMA DE CRECIMIENTO PARA LLEGAR A LA VEJEZ ESTARA DETERMINADA POR TRES FACTORES YA EXPLICADOS CON ANTERIORIDAD.

A) PSICOLOGICO

B) SOCIAL

### C) FISICO

LA VEJEZ ES UNA FASE QUE EXIGE ESFUERZOS ADAPTATIVOS ESPECIALES CON BASE A LOS CAMBIOS QUE SE EXPERIMENTAN TANTO DENTRO COMO FUERA DEL INDIVIDUO.

EN EL ASPECTO FISICO, LA APARIENCIA, EL ROSTRO, LA TERSURA DE LA PIEL, EL COLOR Y CANTIDAD DE LOS CABELLOS, LA VISTA, EL OIDO, LA FUERZA MUSCULAR, LA AGILIDAD, LA RESISTENCIA A LA FATIGA Y LA VITALIDAD DECRECEN SENSIBLEMENTE.

INTELECTUALMENTE EL ANCIANO TIENE TRANSTORNOS DE TIPO MNESICO, PRINCIPALMENTE EN LOS PROCESOS DE RETENCION Y ESTA LIMITADO TANTO EN EL APRENDIZAJE COMO EN EL PODER DE CONCENTRACION.

AFFECTIVAMENTE, SON FRECUENTES EL SENTIMIENTO DE ABANDONO Y SOLEDAD REFORZADOS POR LA PERDIDA DE CONTEMPORANEOS Y PERSONAS SIGNIFICATIVAS, LA MUERTE DEL CONYUGE Y EL TENER CONCIENCIA DEL FINAL DE LA PROPIA EXISTENCIA.

CON RESPECTO AL INTERES SEXUAL EN REALIDAD NO SE MODIFICA, SINO QUE SE VE ALTERADA POR LA REPROBACION SOCIAL Y LA EDUCACION RECIBIDA.

EL ENVEJECIMIENTO PSIQUICO CONSISTE EN LA CAPACIDAD DE ADAPTACION A LOS CAMBIOS, DE TAL FORMA QUE LOS SUJETOS QUE LOGRAN ADAPTARSE MEJOR A SUS MINUSVALIAS Y ASIMILAN MAS RACIONALMENTE SUS REALIDADES SIN DEPRIMIRSE SON CAPACES DE ENFRENTAR CON MAS EXITO LA SENECTUD.

EL ENVEJECIMIENTO PRODUCE UN MENOSCABO GRADUAL DE LA ENERGIA CON DISMINUCION DE LA RESPUESTA A ESTIMULOS, EMPOBRECIMIENTO DE LA INICIATIVA, LIMITACION DE INTERESES, AUMENTO DEL EGOCENTRISMO Y SENTIMIENTOS CRECIENTES DE VULNERABILIDAD, LO CUAL SUJETA A LOS ANCIANOS EN ESTADOS DE ESPECTACION APRENSIVA, CAPACES DE PRODUCIR

**ESTADOS ANSIOSOS.**

TODAS LAS LIMITACIONES SENSORIALES, UNIDAS AL "ESTRES"  
QUE GENERAN LAS MINUSVALIAS FISICAS, PUEDEN GENERAR RESPUESTAS  
DEPRESIVAS POR PERDIDA DE LA AUTOESTIMA, RETORNO AL PASADO QUE SE  
EMBELLECE COMPENSATORIAMENTE Y SENTIMIENTO CRECIENTE DE  
INSEGURIDAD E INSATISFACCION.

## C A P I T U L O I I

### LOS TRANSTORNOS MENTALES EN EL ANCIANO

ENVEJECER NO ES UNA ENFERMEDAD EN SI, PERO EN LA EDAD AVANZADA ABUNDAN LAS MANIFESTACIONES PATOLOGICAS. LA FRONTERA ENTRE EL PROCESO FISIOLÓGICO DE SENESCENCIA Y EL ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO NO ESTA AUN PERFECTAMENTE DEFINIDA DESDE EL PUNTO DE VISTA CIENTIFICO.

LOS PROCESOS GENÉTICOS, SOCIALES , CEREBRALES DEGENERATIVOS Y LAS DOLENCIAS FISICAS CONTRIBUYEN EN PROPORCIONES VARIABLES AL ORIGEN DE LOS DIVERSOS TRANSTORNOS MENTALES DE LA VEJEZ.

LOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS, TANTO EN EL VIEJO COMO EN EL ADULTO JOVEN, PUEDEN TENER BASICAMENTE UN ORIGEN ORGANICO CUANDO OBEDECEN A UNA ETIOLOGIA LOCALIZABLE EN UN TRANSTORNO BASICO ANATOMICO A CONSECUENCIA DE UN TRAUMA, INTOXICACION, INFECCION INTRA O EXTRA CRANEAL, LESION DEL PARENQUIMA ENCEFALICO O SUS ENVOLTURAS, TRANSTORNO VASCULAR O DISRRITHIA CEREBRAL PAROXISTICA, ENTRE OTROS. TAMBIEN PUEDEN SER FUNCIONALES CUANDO NO PUEDE IDENTIFICARSE UNA CAUSA ORGANICA EN SU ORIGEN, TAL COMO OCURRE CON LAS ESQUIZOFRENIAS, PSICOSIS MANIACO DEPRESIVAS, REACCIONES CURVILICO-VISCERALES Y SITUACIONALES.

DENTRO DE LOS TRANSTORNOS FUNCIONALES EXISTEN DOS GRUPOS BIEN DEFINIDOS CON UNA ALTA INCIDENCIA EN LOS ANCIANOS. ESTOS SON LOS TRANSTORNOS NEUROTICOS Y LOS TRANSTORNOS PSICOTICOS.

TIENDE A DARSE POR SABIDO QUE AQUELLOS QUE SUFREN DE TRANSTORNOS NEUROTICOS FRECUENTES O DE SINTOMAS NEUROTICOS PERSISTENTES CON PRIHERAS MANIFESTACIONES EN LAS ETAPAS ANTERIORES DE LA VIDA, CONTINUAN MANIFESTANDO SUS INCAPACIDADES EN UNA FORNA

ESENCIALMENTE SIMILAR EN LA SENECTUD. TAMBIEN SE SUPONE QUE AQUELLOS QUE HAN SOPORTADO TODA SUERTE DE TENSIONES, NO ESTAN PREDISPUESTOS A SUCUMBIR POR PRIMERA VEZ EN LA ANCIANIDAD. EN AUSENCIA DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD NEUROTICA PUEDE HABER EN CONSECUENCIA, UNA CONEXION ENTRE LOS TRANSTORNOS DE LA ULTIMA ETAPA DE LA VIDA Y LAS TEMPRANAS ETAPAS DE CAMBIO DEGENERATIVO EN EL CEREBRO O BIEN LA COMPROBACION DE LA PRESENCIA DE UNA PSICOSIS ENDOGENA.

LA MAYORIA DE AQUELLOS QUE PRESENTAN TRANSTORNOS CON CRISIS NEUROTICAS SENILES HAN TENIDO, EN VERDAD, EPISODIOS ANTERIORES DE LA ENFERMEDAD. SIN EMBARGO EN UNA CANTIDAD DE SUJETOS EL TRANSTORNO ENOCIONAL APARECE EN LA VEJEZ COMO UN HECHO TOTALMENTE NUEVO.

DIVERSOS INVESTIGADORES HAN DESTACADO QUE EL AUMENTO DE LA CONSCIENCIA DEL ENVEJECIMIENTO, LAS DIFICULTADES SOCIALES Y ECONOMICAS Y LA DECLINACION EN LA SALUD SON FACTORES IMPORTANTES EN LA CAUSACION DE LOS TRANSTORNOS (DICTHELM Y ROCKHELL, 1943; CLOW Y ALLEN, 1951; BUSSE Y OTROS, 1960 CITADOS POR W. HAYER-GROSS, E. SLATER, 1974).

SEGUN EL DR. VALDES M. (1983), TODOS LOS TIPOS DE NEUROSIS PUEDEN DARSE EN LA VEJEZ, PERO LAS MAS FRECUENTES SON: LA HIPOCONDRIACA, DE ANSIEDAD, OBSESIVO COMPULSIVA, LA HISTERICA, LA NEURASTENIA Y LA DEPRESIVA. (PP. 5-8).

DE ACUERDO A W. HAYER-GROSS Y E. SLATER, 1974, CITADOS POR ALONSO F. (1979), DENTRO DE LOS TRANSTORNOS PSICOTICOS SE ENCUENTRAN LOS SIGUIENTES:

- PSICOSIS AFECTIVAS
- PSICOSIS PARANOIDES
- DELIRIOS ONIRICOS DE ETIOLOGIA TOXICA, INFECCIOSA,

METABOLICA, VASCULAR, ETC.

- DEHENCIA SENIL

- DEHENCIA ARTERIOSCLEROTICA (P. 889)

EL GRUESO DE LAS PSICOSIS AFECTIVAS Y DE LAS PSICOSIS PARANOIDES PERTENECEN AL SECTOR NOSOGRAFICO DE LAS PSICOSIS ENDOGENAS O PSICOSIS SIN BASE SOMATICA CONOCIDA. LOS DELIRIOS ONIRICOS SON EL CUADRO MAS REPRESENTATIVO DE LAS PSICOSIS SINTOMATICAS Y LAS DEHENCIAS SENIL Y ARTERIOSCLEROTICA SON PSICOSIS ORGANICAS. RECORDEMOS QUE LOS GRUPOS DE LAS PSICOSIS SINTOMATICAS Y LAS PSICOSIS ORGANICAS CONSTITUYEN LAS DOS CLASES MAS IMPORTANTES DE LAS PSICOSIS SOMATOGENAS.

EL INCREMENTO DE LA INCIDENCIA RELATIVA DE LAS ENFERMEDADES PSIQUICAS ENTRE LOS ANCIANOS REGISTRADO EN LAS ULTIMAS DECADAS SE DEBE PRINCIPALMENTE AL AUMENTO DEL SINDROME DEPRESIVO, EN ESPECIAL DE LAS DEPRESIONES VITALES O VITALIZADAS ENDOGENO-REACTIVAS OCASIONADAS POR LAS CONDICIONES DE VIDA EN FORMA DE SITUACIONES SOCIOLOGICAS ADVERSAS Y SUBITOS CAMBIOS AMBIENTALES, ENFERMEDADES SOMATICAS Y EXPERIENCIAS BIOGRAFICAS INTERNAS, ES DECIR, FACTORES CENTRADOS EN EL ESPACIO VITAL INTERNO DE LA PERSONALIDAD. RIND (1962) ATRIBUYE EL MEJOR PRONOSTICO ACTUAL PARA LAS ENFERMEDADES PSIQUICAS DE LOS ANCIANOS AL AUMENTO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS. EN LOS TRABAJOS DE HALAHUD Y COLS. (1941), LECHLER (1950), SJOGREN (1958), GIFSON (1961) Y SHENSON (1962) FIGURAN DATOS SOBRE LA GRAN FRECUENCIA DE LOS CUADROS DEPRESIVOS Y SE CONSIGNAN PRUEBAS DE QUE LOS HISHOS CONSTITUYEN EL GRUPO MAS NUMEROSO E IMPORTANTE ENTRE LAS PSICOSIS DE LA SENECTUD NO ORGANICAS.

LAS PSICOSIS AFECTIVAS DEL ANCIANO SE DISTRIBUYEN EN LAS FORMAS EUFORICA Y DEPRESIVA. LOS CUADROS MANIACOS E HIPOMANIACOS COMPRENEN UN 5% DE LA TOTALIDAD DE LAS PSICOSIS AFECTIVAS DE LA

SENECTUD, UN CUADRO MANIACO POR CADA VEINTE CUADROS DEPRESIVOS. LAS DEPRESIONES COMPRENDEN DEL 90 AL 95% DE LAS PSICOSIS AFECTIVAS. EL AUMENTO DE LAS PSICOSIS EN LOS ANCIANOS QUE SOBREPASA LA PROPORCION QUE CORRESPONDE AL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION REGISTRADO EN LOS ULTIMOS LUSTROS ES IMPUTABLE EN SU PARTE MAS IMPORTANTE AL AUMENTO DE LAS PSICOSIS DEPRESIVAS ENDORREACTIVAS. EL DESENCADENAMIENTO PSICORREACTIVO. PUEDE ESTAR OCASIONADO POR VIVENCIAS O SITUACIONES DE SOLEDAD, INACTIVIDAD PROFESIONAL, INSEGURIDAD ECONOMICA, MENOSPRECIO SOCIAL U OTROS FACTORES QUE ACTUAN DEL MISMO MODO A CUALQUIER EDAD .

EL FACTOR QUE HA JUGADO EL PAPEL MAS IMPORTANTE EN EL AUMENTO DE LA MORBILIDAD PARA LAS DEPRESIONES QUE SE HAN PRODUCIDO DURANTE LAS ULTIMAS DECADAS CONSISTE EN LA MAYOR VULNERABILIDAD ACTUAL DEL SER HUMANO PARA LOS CAMBIOS BRUSCOS DE SITUACION FENOMENO GENETICAMENTE LLAMADO 'DESARRAIGO' POR LOS AUTORES ALEMANES, QUIENES HABLAN MUCHO DE LAS 'ENTHURZELUNGSDEPRESSIONEN' (DEPRESIONES POR DESARRAIGO). EL HOMBRE ENVEJECIDO O EN CURSO DE ENVEJECIMIENTO SUELE ESTAR EXPUESTO A CAMBIOS BRUSCOS DE SITUACION CON MAS FRECUENCIA QUE EN OTRAS EDADES. MUCHAS VECES ESTAS NUEVAS SITUACIONES DE LOS ANCIANOS ESTAN IMPREGNADAS DE FACTORES TAN DISPLACENTEROS COMO LA SOLEDAD, LA INACTIVIDAD PROFESIONAL Y SOCIAL, LA INSEGURIDAD ECONOMICA, LA SUBESTIMACION FAMILIAR, LA ENFERMEDAD SOMATICA, LO QUE ACENTUA AUN MAS SU ACCION DEPRESIVA.

ADEMAS DE LAS DEPRESIONES POR DESARRAIGO Y EN GENERAL DE LAS DEPRESIONES DETERMINADAS PREFERENTEMENTE POR FACTORES ADSCRITOS AL ESPACIO VITAL EXTERNO, EN LA INVOLUCION Y LA SENECTUD ABUNDAN EXTRAORDINARIAMENTE LAS DEPRESIONES OCASIONADAS POR FACTORES ENCLAVADOS EN EL ESPACIO VIVENCIAL O ESPACIO VITAL INTERNO, CUYO MODELO MAS REPRESENTATIVO ES LA DEPRESION EXISTENCIAL. LOS FALLOS

EXISTENCIALES Y LA RENUNCIA OBLIGATORIA A LOS VALORES PREVALENTES EN LA VIDA PROPIA SON LOS FACTORES QUE MAS SOBRESALEN EN LA ETIOLOGIA DE LAS DEPRESIONES EXISTENCIALES, DESCRITAS SOBRE TODO POR WINKLER (1957-58) Y HAEFNER (1954), COMO TIPICAS DEPRESIONES VITALES.

COMO MODELOS DE DEPRESIONES QUE CUAJAN, A LA VEZ, EN EL ESPACIO VITAL EXTERNO E INTERNO, SE HALLA EL GENERO DE LAS DEPRESIONES POR DESCARGA O LIBERACION, DESCRITAS POR BURGER-PRINZ (1950) Y SCHULTE (1951). AL CESAR UNA FUERTE PREOCUPACION O UNA ACTIVIDAD OCUPACIONAL LLENA DE RESPONSABILIDADES, PUEDE HACER INTERRUPTOR LA DEPRESION. DOS VIAS POSIBLES PARA ELLO SON :

- 1.- PORQUE LA OCUPACION Y LA PREOCUPACION, COMO SENALA LOPEZ IBOR (1966), PUEDE ENCUBRIR UN FONDO VITAL AGOTADO.
- 2.- PORQUE LA OCUPACION Y LA PREOCUPACION CONSTITUYEN A VECES UN MAGNIFICO RECURSO PARA OCULTAR EL VACIO EXISTENCIAL PROPIO.

ESTO ULTIMO OCURRE MUCHAS VECES ENTRE LOS ANCIANOS AL JUBILARSE. EL JUBILADO, AL INTERRUPTOR LA ACTIVIDAD LABORAL, SE VE OBLIGADO A AFRONTAR MAS PLENAMENTE SU MUNDO INTIHO Y PUEDE OCURRIR QUE HAYA ENTONCES CRUELES DESCUBRIMIENTOS (UN BALANCE VITAL NEGATIVO). LA DEPRESION OCURRE A MENUDO CON VIVENCIAS DE DESPERSONALIZACION. ADENAS DE LAS DEPRESIONES DEBIDAS SOBRE TODO A LAS CONDICIONES DE VIDA EXTERIORES Y/O FACTORES DEL DESARROLLO BIOGRAFICO, EXISTEN DEPRESIONES OCASIONADAS ESPECIALMENTE POR FACTORES BIOLOGICOS INMANENTES A LA SENECTUD. RUFFIN (1960), OPINA QUE PARA ENTENDER CABALMENTE LA TRANSFORMACION DEL SER EN EL ANCIANO Y ADUCE UNA Y OTRA VEZ EL CONCEPTO DE LA DEBILITACION VITAL PROPIA DEL ENVEJECIMIENTO. UN FONDO VITAL HUY DEBILITADO ES UN TERRENO MAGNIFICO PARA LA GERMINACION DEL SINDROME DEPRESIVO.

ESPECIALMENTE CUANDO HACE IRUPCION, ADEMAS, UNA ENFERMEDAD SOMATICA DE CIERTA IMPORTANCIA, CON O SIN PARTICIPACION CEREBRAL. SCHULTE (1958), SENALA QUE EN LOS ESTADOS DE FRUSTRACION DE LOS ANCIANOS PRODUCIDOS POR ENFERMEDADES SOMATICAS, TAMBIEN INTERVIENEN LAS PECULIARIDADES PERSONALES.

LAS DEPRESIONES ENDOBIORREACTIVAS Y ENDOSITUATIVAS SE MANIFIESTAN PREFERENTEMENTE EN LA SENECTUD, SOBRE TODO, POR LAS SIGUIENTES FORMAS CLINICAS:

- DEPRESION HIPOCONDRIACA
- DEPRESION DISFORICA PARANOIDE
- DEPRESION APATICA Y SEUDODEMENCIAL.

ESTA ULTIMA SCHULTZ (1939). LA DESCRIBIO COMO UN "ATORTAMIENTO CRONICO DE LOS ANCIANOS", QUE NUNCA DESEHOCABA EN UNA AUTENTICA DEMENCIA. EL ENFERMO SE ENCUENTRA AQUI MAS APATICO QUE DEPRESIVO.

LA DEPRESION DISFORICA PARANOIDE DE LOS ANCIANOS ES EL CUADRO CLINICO CORRESPONDIENTE EN ESTAS EDADES AL DELIRIO DE PERJUICIO PRESENIL, QUE DESCRIBIERA KRAEPELIN. OTRAS FORMAS DE DEPRESION QUE PUEDEN PRESENTARSE SON : LA DEPRESION DE SUBFONDO, DE K. SCHNEIDER (1949); LA DISTINIA ENDORREACTIVA, DE HEITBRECHT (1952). LA DEPRESION POR AGOTAMIENTO, DE KIELHOLZ (1960-1962) Y BECK (1962). LA SINTOMATOLOGIA DE LAS DEPRESIONES QUE SE PRESENTAN ENTRE LOS 55 Y LOS 70 ANOS - Y ALGUNAS VECES DESPUES DE ESTA EDAD- ES MUY RICA E INTENSA : A MENUDO ESTA CARGADA DE ANSIEDAD, INQUIETUD MOTORA, SIGNOS SIMPATICOTONICOS Y ELEMENTOS HISTERIFORMES, PARANOIDES Y CATATONICOS . ZEH (1955 Y 1957), ATRIBUIA EL COLORIDO ESPECIAL DE LOS CUADROS EN LA VEJEZ A LA CONJUGACION DE LAS TENDENCIAS A LO MONOTONO, A LA ANGUSTIA, A LA EXCITACION Y A LAS ELABORACIONES PARANOIDES CON LA FRECUENTE

INTERFERENCIA PRODUCIDA POR LA PRESENCIA DE SIGNOS ORGANICOS DE DESESTRUCTURACION. A MEDIDA QUE LA EDAD AVANZA LAS FORMAS CLINICAS SE VUELVEN MAS SOBRIAS Y PUEDEN QUEDAR REDUCIDAS A UN CUADRO HIPOCONDRIACO (DEPRESION SIN DEPRESION), DONDE EL ANCIANO EXPERIMENTA UN GRAN SENTIMIENTO DE ENFERMEDAD Y MUCHAS VECES NO RECONOCE SU TRISTEZA, O A UN ESTADO LIGERO DE INHIBICION, QUE DIO OCASION A SCHULTZ PARA HABLAR DEL "ATONTAMIENTO CRONICO DE CIERTOS ANCIANOS". MUCHOS CUADROS SEUODEHENCIALES Y PARANOIDES DE LOS ANCIANOS ESTAN MONTADOS SOBRE UNA ESTRUCTURA DEPRESIVA FUNDAMENTAL.

AUNQUE LA PRACTICA PSICOGERIATRICA ACTUAL PRESENTA UNA AMPLIA GAMA DE TRASTORNOS AFECTIVOS AL MARGEN DE LAS DEPRESIONES ENDOGENAS CLASICAS, ES MAS CONVENIENTE POR EL MOMENTO REALIZAR UNA SUBDIVISION DE LOS PRINCIPALES TIPOS DE ENFERMEDAD SENIL DEPRESIVA.

EL PRIMERO CONFORMA EL CUADRO CLASICO DE DEPRESION ENDOGENA SEMEJANTE AL DE LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA. LOS CARACTERES CLINICOS COMPRENDEN EL PERFIL USUAL DE RETARDO, CULPA Y AUTODESPRECIO, IDEAS HIPOCONDRIACAS O DELIRIOS SOMATICOS. LA DEPRESION ESTA EN SU PEOR MOMENTO EN LA MAÑANA Y LOS TRASTORNOS EN EL SUEÑO SE CARACTERIZAN POR UN DESPERTAR TEMPRANO.

EL SEGUNDO COMPRENDE LAS DEPRESIONES NEUROTICAS, EL TRASTORNO EMOCIONAL ES GENERALMENTE MENOS PROFUNDO Y REACTIVO ANTE LA ENFERMEDAD FISICA. LA INJUSTICIA SOCIAL Y LAS VISCISITUDES. UNA CLARA VARIACION DIURNA DE HUMOR ESTA AUSENTE Y HAY UN INSONNIO INICIAL O SUEÑO INTERMITENTE DURANTE TODA LA NOCHE. LA FRECUENCIA DE LA ENFERMEDAD ORGANICA ES MAYOR EN ESTE ULTIMO GRUPO ENTRE LOS ANCIANOS CON DEPRESION. AQUELLOS QUE HAN PADECIDO ATAQUES DE TRASTORNO AFECTIVO ANTES DE LOS 60 AÑOS PRESENTAN

RASTROS ENTRE SUS PARIENTES DE PRIMER GRADO APROXIMADAMENTE DEL 10 AL 12%. EN CAMBIO, ENTRE LAS DEPRESIONES DE COMIENZO TARDIO, SE HA COMPROBADO QUE LOS FACTORES GENETICOS SON DE MENOR IMPORTANCIA Y EL RIESGO DE ENFERMEDAD EN LOS PARIENTES APROXIMADAMENTE ES DE UN 4 A UN 4.5% (STENSTEDT, 1950; KAY 1959), ESTA ULTIMA CIFRA REFLEJA LA MAYOR IMPORTANCIA DE LOS FACTORES EXTRINSECOS.

EN LA SENECTUD, LAS CONEXIONES ENTRE ESTOS DOS GRANDES CIRCULOS ENDOGENOS, RELACIONADAS CON LA CONSTITUCION, LA CARGA FAMILIAR Y LA EXPRESION CLINICA, ADQUIEREN UNA REALIDAD QUE NO EXISTE CASI NUNCA EN LA JUVENTUD Y LA MADUREZ. LA SINTOMATOLOGIA DE AMBAS FORMAS DE PSICOSIS ES MUCHO MAS SEMEJANTE ENTRE SI EN LOS ANCIANOS QUE EN LAS OTRAS EDADES.

LAS FORMAS APATICA E HIPOCONDRIACA DE LA DEPRESION NO SE DEJAN DISTINGUIR FACILMENTE DE LAS NEUROSIS DE ANGUSTIA Y VISCERAL. TODO CUADRO APARENTEMENTE NEUROTICO DE UN ANCIANO QUE PASO SU JUVENTUD Y MADUREZ SIN SINTOMAS NEUROTICOS, MIENTRAS NO SE DEMUESTRE LO CONTRARIO, SE DEBE CONSIDERAR COMO UN SINDROME DEPRESIVO.

EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL SINDROME DEPRESIVO SOMATOVIDUAL EN UN ANCIANO EXIGE AFRONTAR LAS DEMENCIAS SENIL Y ARTERIOESCLEROTICA, EL DIAGNOSTICO SE BASA EN ESTOS DOS DATOS:

- LA DEPRESION NO SE PRECEDE DE SINTOMAS DEMENCIALES, SINO QUE IRROMPE EN UN SUJETO CON NORMALIDAD PSIQUICA, SIN ALTERACIONES DE LA MEMORIA, LA COMPRENSION Y LA INICIATIVA.

- LOS SINTOMAS DEPRESIVOS DE LOS CUADROS DEMENCIALES SON SUPERFICIALES, LABILES Y FUGACES, DANDO AL OBSERVADOR LA IMPRESION MAS DE UNA RUINA QUE DE UNA AUTENTICA TRISTEZA Y ADEMAS SE DEJAN INFLUIR PSICOLOGICAMENTE. (ALONSO FERNANDEZ F., 1979).

LA FORMA CLINICA DE LA DEPRESION, ANTES DESCRITA, PUEDE SER

CONFUNDIDA CON CUADROS DEMENCIALES AUNQUE NATURALMENTE AMBAS ENTIDADES PUEDEN COEXISTIR EN UN MISMO PACIENTE. (VALLIN R. P. 42, 1986).

LOS HECHOS EXPUESTOS EN EL APARTADO PRECEDENTE TIENEN IMPORTANTE INFERENCIA EN LA DETERMINACION Y EL DIAGNOSTICO CLINICO ENTRE LA DEPRESION Y LAS DEMENCIAS A LAS QUE SE LES PONDRÁ MAYOR ENFASIS EN ESTE CAPITULO.

### ALTERACIONES PSIQUICAS EN LA PRESENIIDAD

PRESENIIDAD ES UN CONCEPTO CONVENCIONAL, HERANENTE CROMOLOGICO, QUE EQUIVALE AL PRELUDIO DEL ENVEJECIMIENTO; ANTES SE EXTENDIA ENTRE LOS 45 Y 65 AÑOS, AHORA (AL HABERSE PRODUCIDO UN RETRASO EN EL INICIO DEL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO) ENTRE LOS 50 Y 70 AÑOS. LAS ALTERACIONES PSIQUICAS DE ESTE PERIODO DE LA VIDA SE DISTRIBUYEN EN TRES GRUPOS NOSOGRAFICOS:

- DEMENCIAS PRESENILES
- PSICOSIS PRESENILES
- AFECCIONES CEREBROVASCULARES.

LA PALABRA DEMENCIA NOMBRA LA PERDIDA IRREVERSIBLE DE LAS FACULTADES INTELLECTUALES. ESTA PERDIDA SUELE ACOMPAÑARSE DE UNA DESESTRUCTURACION GLOBAL DE LA PERSONALIDAD. LAS DEMENCIAS PRESENILES EVOLUCIONAN A VECES DURANTE ALGUNOS AÑOS COMO UN PROCESO RIGUROSAMENTE INTELLECTUAL, SIN APENAS TOCAR EL NUCLEO DE LA PERSONALIDAD. (ALONSO FERNANDEZ F., 1979).

EN LAS DEMENCIAS PRESENILES SE INCLUYEN LOS TRANSTORNOS DEGENERATIVOS DEL SISTEMA NERVIOSO QUE DAN ORIGEN A LA DEMENCIA EN LAS EDADES MEDIAS DE LA VIDA. LAS ENFERMEDADES PRINCIPALES SON :

LA DE PICK, ALZHEIMER, JAKOB-CREUTZFELDT, Y LA COREA DE HUNTINGTON. LA DEMENCIA EN EDADES MEDIAS DE LA VIDA PUEDE DEBERSE TAMBIEN A TRANSTORNOS CUYA ETIOLOGIA SE DESCONOCE COMO LA NEUROSIFILIS, TUMOR CEREBRAL Y EL MIXEDEMA. (H. HAYER-GROSS E. SLATER, 1974).

SEGUN ALONSO FERNANDEZ F. (1979), LOS DOS TIPOS MAS REPRESENTATIVOS DE LAS DEMENCIAS PRESENILES SON EL HORBUS PICK Y EL HORBUS ALZHEIMER (PAG. 877).

#### LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

COMIENZA ORDINARIAMENTE CON FALLAS EN LA MEMORIA PARA LOS HECHOS RECIENTES Y UN FRACASO DE LA EFICACIA EN LAS ACTIVIDADES USUALES DEL ENFERMO. SE PIERDE LA ORIENTACION DE TIEMPO Y LUGAR O BIEN ESTA ES IMPERFECTA EN LOS PRIMEROS TIEMPOS Y DURANTE PERIODOS CORTOS. MAS TARDE LA ORIENTACION RESPECTO DEL TIEMPO Y DEL LUGAR DESAPARECE COMPLETAMENTE, PERO TARDAN EN AFECTARSE LOS CONOCIMIENTOS RESPECTO DE LA PROPIA IDENTIDAD. EL ENFERMO MUESTRA UNA HIPERACTIVIDAD SIN PROPOSITO, QUE SE DESARROLLA SOBRE UN FONDO EMOCIONAL DE PERPLEGIDAD Y AGITACION. SU CONDUCTA TIENE UNA CUALIDAD SUTIL REPETITIVA Y ESTERIODIPADA, QUE RESULTA CARACTERISTICA. ALGUNAS VECES LA FALTA DE ESPONTANEIDAD Y NO LA INQUIETUD PREDOMINAN.

LA ENFERMEDAD PUEDE DESARROLLARSE CON MUCHA LENTITUD, PUEDE PROVOCAR CIERTO GRADO DE OLVIDO Y DEFICIT DEL JUICIO.

AL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD LOS TRANSTORNOS EMOCIONALES SON VARIABLES, SUELEN PRESENTAR UN CURIOSO CARACTER FLUCTUANTE O INESTABLE CUANDO EXISTE DEPRESION. EL SUJETO PUEDE EXPRESAR PENSAMIENTOS DE DEPRESION O DE SUICIDIO Y AL INSTANTE SIGUIENTE SE PIERDE EN SUS RITUALES DE HIPERACTIVIDAD; OCASIONALMENTE SE OBSERVA UN ESTADO DEPRESIVO TYPICAMENTE SOSTENIDO, QUE A VECES

DIFICULTA EL DIAGNOSTICO DE LA DEPRESION INVOLUTIVA Y LAS ESQUIZOFRENIAS PARANOIDES Y CATATONICA. EXISTE PELIGRO DE SUICIDIO CUANDO EL PACIENTE SE DA CUENTA DE SU ENFERMEDAD, A VECES, SE OBSERVAN ALUCINACIONES AUDITIVAS, VISUALES E IDEAS PARANOIDES, ES MAS COMUN LA PRESENCIA DE FABRICACIONES Y CONFABULACIONES FANTASTICAS E INFANTILES, QUE SE OLVIDAN CASI INMEDIATAMENTE SIN LLEGAR A SER EXPRESADAS. ADEMAS HAY CAMBIOS CARACTERISTICOS EN EL TONO MUSCULAR, DEBILIDAD Y ESPASTICIDAD PASAJERAS, PARA MAS TARDE VOLVERSE PERMANENTE ESTA RIGIDEZ. UNA DEBILIDAD FACIAL DEL TIPO DE LA NEURONA MOTRIZ SUPERIOR, ES UN HALLAZGO COMUN EN LOS PERIODOS PRECOCES Y PUEDE CONSTITUIR UN DATO DE VALOR PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

EL SEGUNDO PERIODO EMPIEZA CON LA APARICION DE SINTOMAS DISFASICOS POR AFECION DE LA REGION TEMPOROPARIETAL Y SE ASOCIA CON APRAXIA Y AGNOSIA, DANDO POR RESULTADO UNA INTERACCION COMPLICADA DE DEFICIENCIAS PATOLOGICAS EN LO QUE ES DIFICIL DISTINGUIR LAS INCAPACIDADES AISLADAS O INDIVIDUALES. DE ACUERDO A STENDEL 1943, CITADO POR W. HAYER GROSS Y E. SLATER (1974), ESTAN AFECTADAS LA COMPRENSION Y LA EXPRESION, EL LENGUAJE SE DESORGANIZA, LAS ORACIONES PIERDEN SU FORMA GRAMATICAL Y SON INCOMPLETAS Y POBRES EN SUSTANTIVOS (PAG.385). HAY UNA REPETICION SIN SENTIDO DE PALABRAS U ORACIONES, UN ECO DE FRASES (ECOLALIA), REITERACION INTERMINABLE DE LAS ULTIMAS PALABRAS DE UNA FRASE (PALILALIA) Y UNA EXPRESION REITERADA DE PARTES DE PALABRA (LOGOCLONIA).

ESTA ENFERMEDAD AFECTA TAMBIEN LA ESCRITURA Y LA LECTURA QUE ALGUNAS VECES TIENDEN A MOSTRAR LOS MISMOS DEFECTOS ANTES DE QUE SE NOTE ALGUN TRASTORNO DEL HABLA. EN ESTE PERIODO PREVALECE EL EMBOTAMIENTO AFECTIVO, LA APATIA Y LA INERCIA. NO RARAMENTE SE

INTERRUMPE ESTE ESTADO DE INERCIA PSICOMOTORA POR CRISIS AFECTIVAS ELEMENTALES (ACCESOS DE RISA O LLANTO) O ACCESOS DE GRITOS O INQUIETUD SIN OBJETO. (ALONSO FERNANDEZ F. 1979).

ES DIFICIL DESPERTAR SU ATENCION, SIN EMBARGO UN ESTIMULO FUERTE PUEDE RAPIDAMENTE VOLVERLO MUCHO MAS ACCESIBLE Y PROVOCAR UNA HIPERACTIVIDAD TENSA, ANSIOSA Y SIN PROPOSITO. EN ESTE PERIODO SE HACE EVIDENTE UNA ALTERACION EN LA MARCHA, CAMINA LEUTO Y DE UNA FORMA AFECTADA Y RIGIDA. AL PROGRESAR LA ENFERMEDAD, LA MARCHA PUEDE ADQUIRIR EL CARACTER DE LA "MARCHA A PEQUEÑOS PASOS" QUE RECUERDA EL PARKINSONISMO. LAS CONVULSIONES SON COMUNES Y SE PRESENTAN EN UNA CUARTA O TERCERA PARTE DE LOS CASOS.

CUANDO LA DEHENCIA ES MUY AVANZADA LOS SUJETOS SE QUEDAN SENTADOS DURANTE LARGO TIEMPO FRENTE A UN ESPEJO HABLANDO A SU PROPIA IMAGEN LO QUE LES DA FASCINACION, ESTO LO EVOCAN LOS DEHENTES QUE HAN PERDIDO TODO RECUERDO DE SU IDENTIDAD PERSONAL.

EN EL ESTUDIO TERMINAL DE LA ENFERMEDAD LOS SUJETOS PRESENTAN UNA PROFUNDA DEHENCIA Y VAN CAYENDO EN UNA EXISTENCIA PURAMENTE VEGETATIVA; SI NO SE QUEDAN SIN HABLA, SU LENGUAJE ES UNA JERGA ININTELIGIBLE DE PALABRAS SIN SENTIDO (JARGONOFASIA). UN FENOMENO INTERESANTE ES LA EXTREMA DELGADEZ QUE SE OBSERVA EN ESTA FASE, A PESAR DE QUE EL PACIENTE CONTINUA COMIENDO CON VORACIDAD CASI HASTA EL FINAL.

#### LA ENFERMEDAD DE PICK

EN LAS PRIHERAS ETAPAS LOS CAMBIOS EN EL SUJETO SON: EL EMBOTAMIENTO DE LA EMOCION, LA DISHINUICION DEL IMPULSO Y UNA VULGARIZACION GENERAL DEL CARACTER. EL AFECTO SE TORNA FATICO (TONTO, BOBO) Y EUFORICO, COMBINADO CON LA DISHINUICION DE AUTOLIMITACION Y EL DESAJUSTE EN EL INSIGHT, DA LUGAR A UNA

CONDUCTA INDISCRETA, DESHINIBIDA O INSENSIBLE. MANIFIESTA UNA BRUTAL FRANQUEZA CON COLEGAS Y AMIGOS, COHIENZA A RELATAR CUENTOS OBSCENOS Y SE CONDUCE DE UNA MANERA INSENSIBLE O CRUEL CON SU FAMILIA. SU CONVERSACION SE HACE BANAL, REPETITIVA E INAPROPIADA Y SUS MODALES SE DETERIORAN.

LA MEMORIA Y LAS FUNCIONES INTELECTUALES PUEDEN ESTAR RELATIVAMENTE BIEN CONSERVADAS EN LAS PRIMERAS ETAPAS Y LOS DELIRIOS Y ALUCINACIONES SON RAROS, PERO LA AUSENCIA DE INSIGHT ES CASI COMPLETA. LA EXPRESION DE VACIO EN EL ROSTRO Y UNA SONRISA FATUA RECUERDAN A MENUDO LA PARALISIS GENERAL DEL INSANO. LOS CAMBIOS DE CARACTER Y EL EMBOTAMIENTO DE LA EMOCION DETERMINAN DIFICULTADES EN EL TRABAJO DEL PACIENTE EN LAS PRIMERAS ETAPAS. LAS RELACIONES INTERPERSONALES TIENDEN A SOCAVARSE Y LOS ATAQUES DE ALCOHOLISMO, LAS AVENTURAS SEXUALES Y OTROS TIPOS DE CONDUCTA ANTISOCIAL PUEDEN DAR LUGAR A LA INTERVENCION DE LA POLICIA. ROBERTSON Y OTROS (1968), DESCRIBIERON EGOCENTRISMO, ESTEREOTIPIA, PERSEVERACION E INTRANQUILIDAD, AUSENCIA DE AUTOCRITICA Y AUTOLIMITACION, HUMOR PLACIDO O EUFORICO COMO LOS CARACTERES CLINICOS MAS PREDOMINANTES EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE LA ENFERMEDAD.

EL SUJETO PIERDE TODA VITALIDAD DEL PENSAMIENTO Y DE LA CONDUCTA Y SE TORNA INERTE, APATICO, FALTO DE ESPONTANEIDAD O SE VUELVE FATUO Y TONTO, RIE Y BROHEA CONSTANTEMENTE, REPITIENDO UNA Y OTRA VEZ ALGUNA FRASE TONTA O CANTANDO EN VOZ ALTA LA FRASE DE UNA CANCION. UN DEFECTO DEL LENGUAJE, YA SEA LA AFASIA AMNESICA O SENSORIAL. OCURRE EN UNOS DOS TERCIOS DE LOS CASOS, LOS DOS TIPOS DE DEFECTOS SE COMBINAN A MENUDO. AL PRINCIPIO, EL PACIENTE SOLO SUPRIME LAS PALABRAS O LAS EMPLEA DE UNA MANERA VAGA O PECILIAR; PRONTO EXPERIMENTA DIFICULTADES PARA ENCONTRAR LOS HOMBRES DE LOS

OBJETOS Y EL LENGUAJE SE LLENA DE GROTESCAS PARAFASIAS Y AGRAMATISMOS; LAS FRASES QUEDAN INCOMPLETAS, CONFUNDE LOS TIEMPOS DE VERBOS Y REPITE PALABRAS Y FRASES SIN NINGUN SENTIDO. EL LENGUAJE SE DETERIORA RAPIDAMENTE HASTA CONVERTIRSE EN UNA JERGA INCOHERENTE. EN ALGUNOS CASOS QUEDA COMPLETAMENTE MUDO O PERMANECE SILENCIOSO DURANTE LARGOS PERIODOS O MUESTRA UNA FUERTE REPUGNANCIA A HABLAR. LA AFASIA MOTRIZ PURA ES MUY RARA. LA LECTURA Y LA ESCRITURA TIENDEN A MOSTRAR LOS DEFECTOS CORRESPONDIENTES A LOS DEL LENGUAJE. LA APRAXIA Y LA AGNOSIA QUE RESULTAN DE LA DESTRUCCION DEL LOBULO PARIETAL SE OBSERVAN EN UNA PROPORCION DE CASOS DE LA ENFERMEDAD DE PICK PERO SON MAS RAROS QUE EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

LA DEBENCIA PROGRESA RAPIDAMENTE, AUMENTANDO LA DESORIENTACION Y LA PERDIDA DE CONTACTO CON EL AMBIENTE, CADA VEZ ES MENOR LA INICIATIVA EN EL PENSAMIENTO, EL LENGUAJE Y EL MOVIMIENTO. HAY BREVES ATAQUES DE INQUIETUD E INTRANQUILIDAD. EL TRANSTORNO DE LA MARCHA APARECE RARAMENTE EN LA ENFERMEDAD DE PICK ASI COMO LA ALTERACION DEL TONO MUSCULAR.

A MEDIDA QUE EL PROCESO AVANZA, EL EMBOTAMIENTO EMOCIONAL AUMENTA Y EL UNICO CAMBIO AFECTIVO QUE SE NOTA ES UNA APATIA MONOTONA QUE LLEGA A LA FATUIDAD O A LA EUFORIA. EN EL ESTADIO TERMINAL EL CUADRO ES IDENTICO AL QUE SE HA DESCRITO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. (H. HAYER, E. SLATER, 1974).

LAS ENFERMEDADES DE PICK Y ALZHEIMER SON DOS ATROFIAS CEREBRALES ESENCIALMENTE DISTINTAS, CUYA DELIMITACION, DE ACUERDO CON LAS INDICACIONES DE LA ESCUELA DE DELAY (1955, 1957, 1960), PUEDE RESUMIRSE EN LOS SIGUIENTES PUNTOS:

EL PICK ES UNA ENFERMEDAD CEREBRAL LOCALIZADA EN LAS REGIONES

FRONTOTEMPORALES FILOGENETICAMENTE MAS JOVENES Y EL ALZHEIMER ES UNA ENFERMEDAD DIFUSA CON PREDOMINIO PARIETOCIPITAL.

NO EXISTEN FORMAS PARIETALES U OCCIPITALES DEL HORBUS PICK, SINO QUE LOS CASOS DESCRITOS COMO TALES SON UNA FORMA ESPECIAL DEL HORBUS ALZHEIMER CON UN ATROFIA INTENSA DE LAS REGIONES ANTERIORES FRONTOTEMPORALES.

EN EL HORBUS PICK NO APARECEN NUNCA LAS PLACAS NI LA ALTERACION NEUROFIBRILAR.

LA DESCRIPCION CLINICA RESPECTIVA DEBE BASARSE EN EL CRITERIO TOPOLOGICO; FRENTE A LA MORIA Y LA APATIA AQUINETICA EN EL PICK FRONTAL Y LA AFASIA AMNESTICA EN EL PICK TEMPORAL, SE ALINEAN EN EL ALZHEIMER LA AFASIA MIXTA, SENSORIAL Y AMNESTICA, LA APRAXIA, LA AGNOSIA VISUAL Y OTROS SINTOMAS SOBRE TODO PARIETALES.

SJOGREN (1952, 1963), INDICA QUE AMBAS DESENCIAS PRESENILES PREVALECE EN LAS MUJERES. LA PROPORCION DE MUJERES ENFERMAS ES EL DOBLE DE LA DE LOS HOMBRES. ESTE PREDOMINIO FEMEHIÑO NO PUEDE EXPLICARSE, SEGUN SJOGREN. POR UNA HERENCIA LIGADA AL SEXO, SINO POR LA EXISTENCIA DE UN GEN INHIBIDOR EN EL CROMOSOMA X. ESTE GEN TENDRIA UNA ACCION DOMINANTE EN LOS HOMBRES Y RECESIVA EN LAS MUJERES. ES MUCHO MAS FRECUENTE EL HORBUS ALZHEIMER QUE EL PICK.

#### ENFERMEDAD DE JAKOB-CREUTZFELDT

FUE DESCRITA POR PRIMERA VEZ POR JACOB (1921-1923) Y DENOMINADA POR SPREHENYER COMO TRIBUTO A CREUTZFELDT, QUE DESCRIBIO UN CASO SIMILAR EN 1920.

LAS ALTERACIONES SON DIFUSAS, COMPRENDEN LAS CAPAS PROFUNDAS O SUPERFICIALES DE LA CORTEZA CEREBRAL, LOS GANGLIOS BASALES, LA CORTEZA DEL CEREBELO, EL TALAMO OPTICO, LA SUBSTANCIA NEGRA Y LAS CELULAS DE LAS ASTAS ANTERIORES.

EL CUADRO FUE REVISADO POR JANSEN Y MONRAD-KROHN (1938). EN EL ESTADO PRODRÓMICO SE OBSERVA GRAN FACILIDAD PARA LA FATIGA, APATIA, CIERTA DIFICULTAD DE LA MEMORIA Y UNA CONDUCTA IMPREVISIBLE, QUE PUEDEN LLAMAR LA ATENCIÓN DE LA FAMILIA Y LOS AMIGOS. EL SUJETO SE QUEJA DE QUE SUS MIEMBROS SON DÉBILES, SU MARCHA PUEDE SER ATÁXICA Y SE EVIDENCIA UN DEFECTO EN EL HABLAR. LA ENFERMEDAD SIGUE UN CURSO SUBAGUDO Y EN EL SEGUNDO ESTADIO LOS TRASTORNOS NEUROLÓGICOS SE VUELVEN MÁS DIFUSOS CON ATAXIA GROSERA Y DISARTRIA, CRECIENTE ESPASTICIDAD DE LOS MIEMBROS Y REFLEJOS PLANTARES EN EXTENSIÓN. EN ESTADIOS INICIALES DOMINA EL CUADRO DE ANSIEDAD Y REPRESIÓN SEVERAS Y A MENUDO SE DESARROLLA UNA PSICOSIS ORGÁNICA AGUDA A MEDIDA QUE EVOLUCIONA LA ENFERMEDAD, CARACTERIZADA POR ALUCINACIONES AUDITIVAS E IDEAS DELIRANTES, DEHABILACIÓN DE LA CONCIENCIA O UN CUADRO FRANCHAMENTE DELIRANTE. LA DEMENCIA SE DESARROLLA RÁPIDAMENTE Y EL SUJETO PIERDE CONTACTO CON SU MEDIO AMBIENTE DEBIDO A SU INERCIA, A LA FALLA DE ATENCIÓN Y A SU MARCADO DEFECTO PARA REGISTRAR O RETENER LAS EXPERIENCIAS RECIENTES. EN ALGUNOS CASOS DOMINA LA TENDENCIA A LA CONFABULACIÓN. EN ESTA FASE DE LA ENFERMEDAD, SUELEN HACERSE PRONINENTES ALGUNAS CARACTERÍSTICAS EXTRAPIRAMIDALES TALES COMO LOS MOVIMIENTOS COREOATELOIDES GROTESCOS, EL TEMBLOR Y LA RIGIDEZ DE RUEDA DENTADA. EN EL ESTADIO FINAL EL LENGUAJE CONSTITUYE UNA JERGA INCOHERENTE. SE DESARROLLA UNA GRAN ESPASTICIDAD Y PARÁLISIS. SE PIERDE EL DOMINIO DE LOS ESFÍNTERES, SOBREVINIENDO LA MUERTE EN UN ESTADO DE EMACIACIÓN EXTREMA. EL CUADRO CLÍNICO EXACTO DEPENDE DE LAS ÁREAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL QUE HA ATACADO LA ENFERMEDAD. LA ENFERMEDAD ES FATAL EN UN PERIODO DE UNO O DOS AÑOS Y NO HAY NINGUN TRATAMIENTO EFICAZ.

LA COREA DE HUNTINGTON

MYRIANTHOPOULOS (1966), REALIZO UN AMPLIO ESTUDIO SOBRE ESTA ENFERMEDAD. LA ENFERMEDAD SE TRANSMITE POR UN GENE DOMINANTE AUTOSOMICO UNICO. EL CEREBRO SE ATROFIA, ADEMAS DEL NUCLEO CAUDADO Y EL PUTAMEN; POR LO GENERAL, EL GLOBUS PALLIDUS Y EL TALAMO SE MANTIENEN NORMALES.

EN LA GRAN MAYORIA DE LOS CASOS, LA ENFERMEDAD COMIENZA ENTRE LOS 25 Y 55 AÑOS; PERO TAMBIEN SE HA OBSERVADO EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS Y LA MAS AVANZADA A LOS 70. ES IMPORTANTE IDENTIFICAR LAS MANIFESTACIONES DE LA ENFERMEDAD EN UNA FASE DE SU DESARROLLO LO MAS TEMPRANA POSIBLE. ALGUNOS PRECURSORES SON EL ALCOHOLISMO Y LA CRIMINALIDAD, LA CONDUCTA IMPULSIVA E IMPREDECIBLE, LOS ACCESOS DE IRA Y VIOLENCIA EXPLOSIVA, LA FRIALDAD Y DUREZA GROSERA DE SENTIMIENTOS Y LA PROMISCUIDAD SEXUAL. HINSKI Y GUTTMANN (1938), HICIERON LA OBSERVACION DE QUE LOS CASOS COREICOS TIENDEN A PARECERSE EN EL ROSTRO, EL FISICO Y LA EXPRESION DE LOS PADRES O ANTEPASADOS QUE SUFRIERON DE LA ENFERMEDAD, EN CONTRASTE A LOS OTROS HERMANOS QUE TIENDEN A PARECERSE AL PROGENITOR SAÑO.

LA TENDENCIA AL SUICIDIO ES UNA CARACTERISTICA IMPORTANTE DE LA ENFERMEDAD. LA INCLINACION AL SUICIDIO PRESENTA UNA MARCADA TENDENCIA FAMILIAR Y HAY QUE TENER EN CUENTA MUY SERIAMENTE CUALQUIER REFLEXION SOBRE EL SUICIDIO QUE HAGA ALGUN MIEMBRO DE UNA DE ESTAS FAMILIAS. BICKFORD Y ELLISON (1953), SENALARON LA ALTA FRECUENCIA DE SUICIDIOS ENTRE LAS FAMILIAS AFECTADAS EN UN ESTUDIO DE LA COREA DE HUNTINGTON REALIZADO EN CORNHALL.

EL PACIENTE PUEDE CONVERTIRSE EN UN INDIVIDUO IRRITABLE, CAMBIANTE, DE MAL HUMOR Y MOSTRAR UN DESCONTENTO HOROSO Y TRUCULENTO. ADEMAS ES HIPERSENSIBLE A LAS CORRECCIONES Y OBSERVACIONES Y PUEDE EXPRESAR IDEAS DE REFERENCIA O IDEAS DELIRANTES PARANOIDES. POR OTRA PARTE, EL CUADRO PUEDE SER MAS

BIEN DE APATIA, LENTITUD Y UN ABANDONO CADA VEZ MAS MARCADO. ALGUNAS VECES LA ENFERMEDAD HACE SU APARICION POCO DESPUES DE TENSIONES FISICAS GRAVES, TALES COMO UNA OPERACION O UNA INFECCION AGUDA, O DESPUES DE UN TRAUMATISMO PSIQUICO, COMO LA HUERTE DE UN PARIENTE PROXIMO.

LOS MOVIMIENOTOS INVOLUNTARIOS COHIENZAN ORDINARIAHENTE EN LA CARA, LAS MANOS Y LOS HOMBROS, PERO AL MISMO TIEMPO PUEDE EXISTIR CIERTA ANORMALIDAD DE LA MARCHA DEL ENFERMO QUE LLAME LA ATENCION. LOS CAMBIOS SON TAN SUTILES QUE EL PACIENTE SOLO PARECE UN POCO TORPE Y MINUCIOSO. PERO LA INTRANQUILIDAD PRONTO ADQUIERE SU CUALIDAD CARACTERISTICA DE SACUDIDAS, SE OBSERVAN MOVIMIENOTOS ABRUPTOS EN LAS PARTES PROXIMAS A LOS MIEMBROS Y UNA CONTORSION LENTA PROVOCA EN LA CARA UNA EXPRESION GROTESCA. EL MOVIMIENTO VOLUNTARIO VA ACOMPAÑADO DE UNA AMPLIA IRRADIACION DE CONTRACCIONES MUSCULARES BRUSCAS. CUANDO LA ENFERMEDAD YA SE HA INICIADO HACE ALGUN TIEMPO, SE MANIFIESTA UNA DE SUS CARACTERISTICAS: LA MAHERA EN QUE DISIMULAN LOS MOVIMIENOTOS COREICOS CON EL FIN DE ESCONDERLOS, HACIENDOLOS SERVIR PARA ACTOS VOLUNTARIOS COMPLETAMENTE INNECESARIOS. POR EJEMPLO: DE UN IMPULSO HACIA ADELANTE DEL MIEMBRO SUPERIOR. EL BRAZO RETORNA HACIA ATRAS ALISANDO EL CABELLO CON LA MANO. CIERTA CUALIDAD DE PAYASO CARACTERIZA ALGUNAS VECES A LOS MOVIMIENOTOS INVOLUNTARIOS.

A MEDIDA QUE PROGRESA LA ENFERMEDAD EL MOVIMIENTO VOLUNTARIO SE DESORGANIZA CADA VEZ MAS; LOS MOVIMIENOTOS DIAFRAGMATICOS SE HACEN ERRATICOS, LA RESPIRACION SE REALIZA A SACUDIDAS Y EL LENGUAJE ADQUIERE UNA CUALIDAD ABRUPTA Y DE STACATTO; CON RAPIDAS MODULACIONES DE TONO Y DE TIEMPO . LAS EXPRESIONES FACIALES SON DE CARACTER FUGAZ Y UNA HUECA HOHENTANEA SE TRANSFORMA EN UN INSTANTE EN UNA EXPRESION DE DESAGRADO. TARDE O TEMPRANO EL

PACIENTE MANIFIESTA LA APATIA Y LA INERCIA QUE SON LAS CARACTERISTICAS MAS COMUNES DEL PROCESO DEMENCIAL DE ESTA ENFERMEDAD. EL PENSAMIENTO SE HACE CONFUSO, EL ENFERMO SE QUEJA DE SENTIRSE OBTUSO, ESTUPIDO Y OLVIDADIZO Y EN LA CONVERSACION MUESTRA UNA DISTRACCION MARCADA Y CARACTERISTICA QUE PUEDE CONSIDERARSE COMO LA CONTRAPARTE EN LA ESFERA DEL PENSAMIENTO DEL MODELO SIEMPRE CAMBIANTE DE LOS MOVIMIENTOS SOMATICOS. CONTRA ESTE FONDO DE PENSAMIENTO LENTO Y CONFUSO, DE ATENCION MAL DIRIGIDA Y PERDIDA DE INICIATIVA, A MENUDO SE VEN ATAQUES DE INTRANQUILIDAD, INQUIETUD AGUDA Y GRAN IRRITABILIDAD Y SI SE ESTORBA O MOLESTA AL ENFERMO, ESTE SE SIENTE INCLINADO A SER DESPRECIATIVO, PELEADOR Y VIOLENTO. EL CAMBIO DE ESTADO DE ANIMO MAS COMUN ES UNA AFECTIVIDAD FACIL, EUFORICA Y FATUA, PERO TAMBIEN PUEDE HABER UNA DEPRESION SUPERFICIAL, MAL SOSTENIDA PARTICULARMENTE CUANDO SE CONSERVA CIERTO GRADO DE INTUICION DE LA REALIDAD. A MEDIDA QUE LA ENFERMEDAD PROGREA EL ENFERMO ESTA CADA VEZ MAS DESORIENTADO E INACCESIBLE, PIERDE LA COMPRENSION DEL ESTADO EN QUE VIVE Y EL CUADRO TIENDE A CONVERTIRSE EN UNA ESPECIE DE INDIFERENCIA VACUA SOBRE LA QUE NO EJERCE INFLUENCIA NINGUN CAMBIO QUE SE PRODUZCA EN EL AMBIENTE.

EN UN ESTADO AVANZADO HAY MUY POCO ESPECIFICO EN EL PERO EN LOS PRIMEROS PERIODOS DE LA ENFERMEDAD LA MEMORIA PUEDE ESTAR SORPRENDENTEMENTE BIEN CONSERVADA INCLUSO CUANDO LA DEMENCIA SE HA ESTABLECIDO BIEN, LO QUE COLOCA A ESTA ENFERMEDAD AL MARGEN DE OTROS PROCESOS DEMENCIALES. ADEMAS PUEDE CONSIDERARSE COMO CARACTERISTICA DE ESTA AFECCION LA MARCADA DISTRACCION SOBRE UN FONDO DE MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS SIEMPRE CAMBIANTES. NO SON RARAS LAS PERTURBACIONES PSICOTICAS POSITIVAS PERO PROBABLEMENTE LA PSICOSIS QUE SE OBSERVA MAS COMUNMENTE ES UNA DEPRESION

SUPERFICIAL Y MAL SOSTENIDA NOTABLE A CAUSA DE LA FRECUENCIA CON QUE CONDUCE A INTENTOS IMPULSIVOS DE SUICIDIO. ES RARO QUE AL PRINCIPIO DE LA ENFERMEDAD SE PRESENTE UN COMPLEJO SINTOMATICO DEPRESIVO QUE DIFICULTE EL DIAGNOSTICO CON LAS PSICOSIS DEPRESIVAS; EN LA MAYORIA DE LOS CASOS LA DEPRESION APARECE CUANDO EL PROCESO DEHENCIAL SE HA ESTABLECIDO YA EN CIERTO GRADO O CUANDO LOS MOVIMIENOS INVOLUNTARIOS HAN COLOCADO SU SELLO EN LA ENFERMEDAD.

DEBEMOS ACEPTAR LA COREA DE HUNTINGTON COMO UNA DE LAS CAUSAS POSIBLES DE LA ESQUIZOFRENIA "SINTOMATICA".

PARECERIA QUE LA EPILEPSIA Y EL DEFECTO MENTAL SON COMUNES EN LAS FAMILIAS ATACADAS POR LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON. ES POSIBLE QUE LA ASOCIACION SE DEBA A CASAMIENTOS SELECTIVOS.

ENTRE LAS VARIACIONES LA COREA PUEDE SER LA MANIFESTACION UNICA DE LA ENFERMEDAD Y, EN LA SERIE DE BELL (1934), POR LO MENOS UN TERCIO DE LOS CASOS NO PRESENTABAN SINTOMAS MENTALES. TAMBIEN SE CONOCEN CASOS EN LOS QUE EN VEZ DE UN AUMENTO DE LOS MOVIMIENOS INVOLUNTARIOS, SE DESARROLLABA UNA RIGIDEZ PROGRESIVA QUE CULMINO EN UN CUADRO MUY SIMILAR AL PARKINSONISMO, CON FACCIONES RIGIDAS E INMOVILES Y UNA AUSENCIA ABSOLUTA DE MOVIMIENOS INVOLUNTARIOS.

LA DURACION MEDIA DE LA ENFERMEDAD ES DE UNOS 10 A 17 AÑOS Y LA MUERTE OCURRE GENERALMENTE ANTES DE LOS 70. PERO EN ALGUNAS FAMILIAS SE OBSERVA UNA MARCHA MUCHO MAS LENTA CON UNA DURACION TOTAL QUE SE EXTIENDE A VARIAS DECADAS ( HAYER-GROSS, E. SLATER, 1974).

## DEHENCIA SENIL

EL CONCEPTO DE DEHENCIA SENIL ES EL DE UNA DEHENCIA (PERDIDA IRREVERSIBLE DE LAS FACULTADES INTELECTUALES), DEBIDA A UNA INTENSA ATROFIA CEREBRAL, QUE PUEDE SOBREVENIR A PARTIR DE LOS 70 A 75 AÑOS.

SU CUADRO CLINICO CONSISTE PRIMORDIALMENTE EN UNA PERDIDA RAPIDAMENTE PROGRESIVA DE LAS FACULTADES INTELECTUALES, ASOCIADA CON UNA DESORGANIZACION, TAMBIEN RAPIDAMENTE PROGRESIVA, DE LA PERSONALIDAD, CUYA MANIFESTACION MAS IMPORTANTE ES EL EMBOTAMIENTO AFECTIVO. ESTE PROCESO DEHENCIAL DEL ANCIANO SUELE ACOMPAÑARSE DE UNA PROGRESIVA DECLINACION DE LA VITALIDAD Y LAS FACULTADES FISICAS. AUNQUE TIENE ALGUNAS CARACTERISTICAS COMUNES CON LA TRANSFORMACION PSICOLOGICA Y FISICA PROPIA DE LA SEHECTUD, CONVIENE TENER BIEN PRESENTE QUE AMBOS HECHOS, EL DE LA DEHENCIA SENIL, QUE ES UNA GRAVE ENFERMEDAD, Y EL DEL ENVEJECIMIENTO, QUE ES UNA ETAPA NORHAL DE LA VIDA DEL HOMBRE, SON CUALITATIVAMENTE DIFERENTES Y NO SE DEBEN CONFUNDIR NI EN LA TEORIA NI EN LA PRACTICA. PERO TODAVIA NO SE CONOCE UN RAZGO DIFERENCIAL SOMATICO O HISTOPATOLOGICO BIEN DEFINIDO ENTRE LA INVOLUCION NORHAL Y LA PSICOSIS SENIL. (ALONSO F, 1979).

KALLHANN Y SANDER INDICAN QUE LA ETIOLOGIA DE LA DEHENCIA SENIL ESTA INTEGRADA POR UNA CONSTELACION DE FACTORES HEREDITARIOS Y AMBIENTALES (ALONSO F, 1979).

LA DEHENCIA PUEDE POR TANTO RESULTAR DE UN PROCESO DEGENERATIVO PRIMARIO INCLUYENDO EL PARENQUIMA CEREBRAL O PUEDE RESULTAR DE UN PROCESO INFECCIOSO O NEOPLASTICO AFECTANDO EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, O DE ALTERACIONES EN LAS RELACIONES DE PRESION INTERCRANEAL, REDUCCION DEL SUMINISTRO DE OXIGENO U OTROS

NUTRIENTES DEL SISTEMA NERVIOSO, DE TRAUMAS, O DESDE EXOGENOS O SUBSTANCIAS EXOGENAS O ENDOGENAS. LA FORMA CLINICA DE LA DEMENCIA QUE INICIA PERMITIRA RARAMENTE UNA CONCLUSION DIAGNOSTICA CONCERNIENTE A LOS FACTORES CAUSANTES Y UNA DETALLADA INVESTIGACION SOBRE LA PERSONA DEL PACIENTE, LA FAMILIA Y LA HISTORIA MEDICA, ES OBLIGATORIA ASI COMO LA ASISTENCIA DE VARIOS ESTUDIOS DE LABORATORIO. LA ANGUSTIA NO DEBE SER TOMADA SIN CONSIDERAR LOS FACTORES PSICOLOGICOS, ALGUNAS SEVERAS DEPRESIONES SON DIFICILES DE DIFERENCIAR DE LA VERDADERA DEMENCIA.

A PESAR DE ASIDUAS INVESTIGACIONES, UN DIAGNOSTICO DEFINITIVO PUEDE SER ALCANZADO UNICAMENTE EN CASI LA MITAD DE TODOS LOS PACIENTES DEMENTES. EL PROPOSITO DE TODA INVESTIGACION DIAGNOSTICA ES IDENTIFICAR LOS APROXIMADOS 10 A 15% DE PACIENTES CON DEMENCIA EN QUIENES EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD PUEDE SER REVERSIBLE O MANEJADO POR UN TRATAMIENTO APROPIADO.

LA SIGUIENTE CLASIFICACION DE LAS DEMENCIAS SENILES ES UN INTENTO PARA APOYAR ESTA LINEA DE INVESTIGACION DIAGNOSTICA EN ALGUNOS NIVELES.

ENFERMEDADES QUE CAUSAN DEMENCIA:

ENFERMEDADES DE LA DIFUSION DEL PARENQUIMA DEL SISTEMA CENTRAL NERVIOSO, TAMBIEN LLAMADAS DEMENCIAS PRESENILES:

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

ENFERMEDAD DE PICK

ENFERMEDAD DE KRAEPELIN

ENFERMEDAD DE COREA DE HUNTINGTON

PARKINSONISMO - DEMENCIA DEL COMPLEJO DE GUAM

DEMENCIA SENIL.

OTRAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS:

DEGENERACIONES ESPINOCEREBRAL  
EPILEPSIA MIOCLONICA PROGRESIVA  
ENFERMEDAD DE PARKINSON

DESORDENES METABOLICOS:

HIXEHEHA  
DESORDENES DE LAS GLANDULAS PARATIROIDES  
ENFERMEDAD DE WILSON  
ENFERMEDAD DE LIVER  
HIPOGLUCEMIA  
EFECTOS REMOTOS DE CARCINOMA  
SINDROME DE CUSHING  
HIPOPITUARISMO  
UREMIA

DESORDENES VASCULARES:

ARTERIOSCLEROSIS  
ENFERMEDAD INFLAMATORIA DE LOS VASOS SANGUINEOS  
SINDROME DE LA BOVEDA AORTICA  
ENFERMEDAD DE BINSWANGER  
DEFORMACIONES ARTERIOVENOSAS  
HIPOXIA Y ANOXIA.

PRESION HIDROCEFALICA NORMAL.

ENFERMEDADES EN DEFICIENTES:

SINDROME DE WERNICKE - KORSAKOFF  
PELAGRA  
ENFERMEDAD DE MARCHIAFAVA - BIGNAMI  
DEFICIENCIA DE LA VITAMINA B Y FOTATE

**TOXINAS Y DROGAS:**

**METALES**

**COMPUESTOS ORGANICOS**

**MONOXIDO DE CARBONO**

**DROGAS**

**TUMORES CEREBRALES**

**TRAUMAS:**

**HERIDAS INTERNAS Y EXTERNAS DE LA CABEZA**

**SINDROME PUNCH - DRUNK**

**HEMATOMA SUBDURAL**

**INFECCIONES:**

**ABCESOCEREBRAL**

**MENINGITIS BACTERIAL**

**MENINGITIS FUNGAL**

**ENCEFALITIS**

**ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT - JAKOB**

**SINDROME DE BEHCET**

**OTRAS ENFERMEDADES:**

**ESCLEROSIS MULTIPLE**

**DISTROFIA MUSCULAR**

**ENFERMEDAD DE WHIPPLE**

**ENFERMEDAD DE Kufs**

**(WELLS E. CHARLES; 1986)**

**LA DEMENCIA SENIL ABUNDA MAS ENTRE LAS MUJERES QUE ENTRE LOS  
HOMBRES -PRECISAMENTE, LO CONTRARIO DE LO QUE OCURRE EN LA  
ARTERIOSCLEROSIS CEREBRAL- Y ES MUY RARO QUE SE INICIE ANTES DE LA**

EDAD DE 70 AÑOS. EL CUADRO CLINICO DE LA DEMENCIA SENIL SUELE ESTABLECERSE GRADUALMENTE A BASE DE UN DEFICIT EN LA CAPACIDAD DE FIJACION O NOTACION, ES DECIR, EN LA MEMORIA PARA LOS HECHOS RECIENTES, UN EMBOTAMIENTO AFECTIVO CON FUGACES BROTES DE IRRITABILIDAD Y UNA DISMINUCION DE LA VITALIDAD FISICA .

A PESAR DE QUE EL COMIENZO ES INSIDIOSO ULTERIORMENTE ESTE CUADRO PROGRESA CON GRAN RAPIDEZ, HASTA EL PUNTO DE PRODUCIR EN EL ENFERMO UNA GRAN TRANSFORMACION EN EL PLAZO DE 6 MESES, A PARTIR DE LOS SINTOMAS INICIALES.

EN ESTE MOMENTO SUELE EXISTIR YA UNA DEMENCIA BIEN CONSTITUIDA, CUYAS MANIFESTACIONES MAS IMPORTANTES SON:

- LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD DE CONCENTRACION.
- LA AMNESIA RETROGRADA PROGRESIVA.
- LA AMNESIA CASI TOTAL PARA LOS HECHOS RECIENTES.
- LA DESORIENTACION PRIMERO ALOPSIQUICA Y LUEGO TOTAL.
- LA COMPRESION SE VUELVE CADA VEZ MAS DIFICIL Y ERRONEA.
- EL PENSAMIENTO SE HACE CADA VEZ MAS VAGO, FRAGMENTARIO, CONFUSO E INCOHERENTE.
- LOS JUICIOS Y RAZONAMIENTOS, TOTALMENTE INAPROPIADOS.
- DESDE UN PRINCIPIO SE EXTINGUEN LAS CAPACIDADES DE AUTOCRITICA Y ABSTRACCION Y LA FACULTAD DE DISTINGUIR LO ESENCIAL DE LO ACCESORIO.
- EL LENGUAJE SIGUE FIELMENTE LA PROGRESIVA DEGRADACION DEL PENSAMIENTO Y TIENDEN A SER MUY LOCUCES AL MISMO TIEMPO PROGRESA EL EMBOTAMIENTO AFECTIVO Y EL ENFERMO APARECE COMO UN SER TOTALMENTE INDIFFERENTE Y APATICO.
- LA DECREPITUD FISICA SIGUE TAMBIEN UNA MARCHA PROGRESIVA.
- EN LA ETAPA EVOLUTIVA FINAL, EL DEHENTE SENIL LLEVA UNA VIDA PURAMENTE VEGETATIVA, LA HUERTE SE PRODUCE EN EL 80 %

DE LOS CASOS EN UN PLAZO COMPRENDIDO ENTRE 6 Y 8 AÑOS, A PARTIR DEL COMIENZO.

#### FORMAS CLINICAS ESPECIALES DE DEMENCIA SENIL

**FORMA PSICOPATICA.**— FRECUENTE EN LOS PERIODOS PRODRÓMICO Y PRECOZ DE LA ENFERMEDAD. ESTA INTEGRADA POR ALTERACIONES DE LA CONDUCTA, EN LAS QUE SE TRADUCE EL EGOCENTRISMO, LA IRRITABILIDAD Y LA PERDIDA DE VALORES Y PRINCIPIOS ETICOS. EN OCASIONES PUEDEN PRODUCIRSE TAMBIEN ACTOS DE ABERRACION SEXUAL. ESTA TRANSFORMACION CARACTEROLOGICA PUEDE PRESENTARSE AUTONOMAMENTE, CONSTITUYENDO, UN AUTENTICO DESARROLLO PSICOPATICO SENIL (LOPEZ IBOR 1947) CITADO POR ALONSO FERNANDEZ (1979).

**FORMA DEPRESIVA.**— SE PRODUCE RARAMENTE EN LA DEMENCIA SENIL . EXCLUSIVAMENTE EN LAS ETAPAS PRECOCES DE LA NISHA. AL PROGRESAR LA DEMENCIA, SE VOLATILIZA LA DEPRESION. EL CUADRO DEPRESIVO ES MAS FRECUENTE EN LA DEMENCIA ARTERIOSCLEROTICA, EN LA QUE EL PACIENTE CONSERVA DURANTE UN PLAZO PROLONGADO CIERTA CONCIENCIA DE LA INCAPACIDAD QUE SE VA APODERANDO DE EL. LA FORMA DEPRESIVA DE LA PSICOSIS SENIL PUEDE DISTINGUIRSE CASI SIEMPRE CON TODA FACILIDAD DE LAS DEPRESIONES ENDOGENAS Y ENDOSITUATIVA. EL ESTADO DE ANIMO TIENE EN LA DEMENCIA SENIL UNA TONALIDAD PUERIL, SUPERFICIAL Y FUGAZ, EXISTE UNA LABILIDAD AFECTIVA CON PREVALENCIA DE LA TRISTEZA. PUEDE ACOHPANARSE DE IDEAS DELIROIDES DEPRESIVAS DE CULPA, RUINA E HIPOCANDRIACAS, QUE TIENEN UNA APARICION FUGAZ, UN CONTENIDO ABSURDO E INSENSATO Y UNA ESTRUCTURA CADA VEZ MAS FRAGMENTARIA E INCOHERENTE.

**FORMA EUFORICA O HIPOMANIACA.**— MAS COMUN EN LA PRESBIOFRENIA DESCRITA POR KAHLBAUM Y WERNICKE. LA EUFORIA SE INICIA EN EL PERIODO PRECOZ Y, A DIFERENCIA DE LA FORMA DEPRESIVA, QUE SE EXTINGUE PRONTO, SUBSISTE DURANTE TODA LA EVOLUCION. A LA

DESCRIPCION DE LA EUFORIA E IDEAS DELIROIDES EN EL PERIODO PRECOZ PUEDE APLICARSE, MUTATIS MUTANDIS, LO DICHO ACERCA DE LA FORMA DEPRESIVA . ES EN EL PERIODO DE ESTADO CUANDO SUELE APARECER PROPIAMENTE LA PRESBIOFRENIA.

SU CUADRO CLINICO CONSISTE EN LA ASOCIACION DE LA INCAPACIDAD DE FIJAR NUEVOS HECHOS O AMNESIA DE FIJACION CON LA ABUNDANTE PRODUCCION DE CONFABULACIONES, EUFORIA CON RAFAGAS DE IRRITABILIDAD, GRAN LOCUCIDAD Y CONSERVACION DE LA ACTIVIDAD PSIQUICA Y DE LA PERSONALIDAD. PUDIENDO HABLARSE AQUI DE SINDROME DEMENCIAL EUFORICO O SINDROME DE KORSAKOV SENIL.

FORMA PARANOIDE.- SE INICIA EN EL PERIODO PRECOZ Y PRONTO SE EXTINGUE. SE MANIFIESTA POR LA ELABORACION DE IDEAS DELIROIDES DE PERJUICIO A CAUSA DE LA FALTA DE COMPRENSION Y LA INCAPACIDAD PARA INTERPRETAR ADECUADAMENTE EL AMBIENTE. EL EJEMPLO MAS COMUN ES EL DE ATRIBUIR A SUPUESTOS ROBOS LA FALTA DE OBJETOS QUE HAN SIDO PERDIDOS POR EL MISMO ENFERMO.

FORMA DELIRIO AGUDO.- EN LA DEMENCIA SENIL ES RARO SIN LA INTERVENCION DE UNA CAUSA CONCURRENTES. PUEDEN SOBREVENIR, SIN EMBARGO BROTES DE DELIRIUM CONDICIONADOS POR UN PROCESO INFECCIOSO, TOXICO, CARENCIAL O CARDIOVASCULAR, IGUAL QUE EN EL ANCIANO PSIQUICAMENTE NORMAL.

AL REMITIR EL DELIRIUM, EL ENFERMO EXHIBE UN CUADRO DEMENCIAL MUCHO MAS GRAVE QUE EL QUE EXISTIA ANTES DEL DELIRIUM.

LAS DEMENCIAS SENILES SON, PUES, PERDIDAS IRREVERSIBLES DE LAS FACULTADES INTELECTUALES, QUE SUELEN PRESENTARSE ENTRE LOS 50 Y LOS 70 AÑOS, Y QUE SE ACENTUAN PROGRESIVAMENTE CON BASTANTE RAPIDEZ .

LA CARACTERISTICA CLINICA MAS SOBRESALIENTE ES EL SINDROME

DEMECIAL PROGRESIVO, CON EL ACOMPAÑAMIENTO DE SIGNOS CEREBRALES FOCALES DE INSTAURACION LENTA Y EVOLUCION PROGRESIVA, CON UN ESTADO FISICO EXCELENTE (HAY UNA GRAN DISCREPANCIA ENTRE LA DECADENCIA MENTAL Y LA CONSERVACION FISICA).

LA DEMENCIA SENIL SE CARACTERIZA FRENTE A LA ARTERIOSCLEROSIS CEREBRAL POR LA DESORGANIZACION DEL NUCLEO DE LA PERSONALIDAD, LA AUSENCIA DE SINTOMAS CEREBROVASCULARES Y EL CURSO CONTINUO, SIN FLUCTUACIONES.

ROTHSCHILD (1956), PUNTUALIZA LOS RASGOS DIFERENCIALES MAS IMPORTANTES DE LA ARTERIOSCLEROSIS CEREBRAL CON RELACION A LA DEMENCIA SENIL: EL COMIENZO CON CEFALIAS, LAS GRANDES FLUCTUACIONES DE LOS TRASTORNOS MNESTICOS, LAS EXPLOSIONES AFECTIVAS, LOS FENOMENOS APOPLECTIFORMES Y EPILEPTIFORMES, LOS EPISODIOS CONFUSIONALES Y LOS TRASTORNOS CARDIACOS Y RENALES. LA HIPERTENSION ARTERIAL NO ES UN DATO SIGNIFICATIVO PARA EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL, PARA ROTHSCCHILD ES INCLUSO MAS FRECUENTE EN LA DEMENCIA SENIL QUE EN LA ARTERIOSCLEROSIS CEREBRAL.

LA PSICOSIS DE UN ANCIANO IMPLICABA ANTES EN LA ERA PRETERAPEUTICA UN DIAGNOSTICO DE PSICOSIS SENIL, UN PRONOSTICO DE MALIGNIDAD Y UNA ACTITUD TERAPEUTICA NIHILISTA. HOY, LA PSICOSIS DE UN ANCIANO PLANTEA UN PROBLEMA DIAGNOSTICO SEMEJANTE AL DE LA PSICOSIS DE UN HOMBRE JOVEN O MADURO. SE ADMITE QUE EL 10 % DE LOS DEHENTES SENILES Y ARTERIOSCLEROTICOS PRESENTAN SINTOMAS DEPRESIVOS EN ALGUN PERIODO EVOLUTIVO. PERO ESTAS DEPRESIONES SUELEN PONERSE DE MANIFIESTO DESPUES DE HABERSE INICIADO LA DEMENCIA, Y TIENE UN CARACTER LABIL Y FUGAZ, RASGOS QUE PERMITEN DIFERENCIAR ESTOS CUADROS DE LAS DEPRESIONES GENUINAS. LO MISMO SUCEDE CON LOS CUADROS PARANOIDES. EL DETERIORO INTELECTUAL SE PUEDE COMPROBAR MEDIANTE LAS ESCALAS PSICOMETRICAS. TAMBIEN

EXISTEN DIFERENCIAS EVOLUTIVAS: POR UNA PARTE LA PSICOSIS SENIL Y ARTERIOSCLEROTICA EVOLUCIONAN PROGRESIVAMENTE, Y SUELEN CONDUCCIR A LA HUERTE EN EL LAPSO DE UNOS ANOS; POR OTRA, EL SINDROME DEPRESIVO Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN LOS ANCIANOS, AL IGUAL QUE EN OTRAS EDADES, NO SUELEN EVOLUCIONAR HACIA LA DEMENCIA NI DETERMINAR LA HUERTE. SI SE APLICA EN ESTOS CASOS EL TRATAMIENTO CORRECTO, SE PUEDE CONSEGUIR UN CONSIDERABLE PORCENTAJE DE RESULTADOS FAVORABLES.

LA MORBILIDAD PSIQUIATRICA ABSOLUTA DE LOS ANCIANOS SE HA INCREMENTADO EN ESTOS ULTIMAS DECADAS A CAUSA DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION Y EL AUMENTO DE LA MORBILIDAD PSIQUIATRICA RELATIVA, ES DECIR, LA MAYOR EVIDENCIA ACTUAL DE LAS ENFERMEDADES PSIQUICAS EN EL SENO DE LAS VIEJAS GENERACIONES. LA ELEVACION DE LOS INGRESOS DE ANCIANOS EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS SE DEBE A LA CONCURRENCIA DE ESTAS TRES CIRCUNSTANCIAS: EL AUMENTO DE LA MORBILIDAD PSIQUIATRICA ABSOLUTA, QUE ACABAMOS DE COHENTAR, LOS CAMBIOS EN LAS ESTRUCTURAS FAMILIAR Y SOCIAL, QUE HAN DISMINUIDO LAS POSIBILIDADES DE TRATAR AL ANCIANO SIN SALIR DEL HOGAR, Y LA RENOVACION DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA HOSPITALARIA. EN CIERTOS AMBIENTES MUY CULTIVADOS INTERVIENE UN CUARTO FACTOR: LA IDEA ADQUIRIDA EN FECHA RELATIVAMENTE RECIENTE DE QUE MUCHOS TRASTORNOS PSIQUICOS DE E ANCIANO SON ACCESIBLES A LAS INFLUENCIAS TERAPEUTICAS. (ALONSO F., 1979)

### C A P I T U L O   I I I

#### TEORIAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

EN EL PRIMER CAPITULO SE TRATO AL FENOMENO DEL ENVEJECIMIENTO DESDE UN PUNTO DE VISTA INTEGRAL TOCANDO LOS ASPECTOS FISICOS, SOCIALES Y PSIQUICOS. EN EL ANTERIOR SE EXPUSIERON ALGUNOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES MAS IMPORTANTES QUE ACUEJAN AL ANCIANO. POR LO QUE RESPECTA AL PRESENTE CAPITULO SE DA UNA BREVE EXPLICACION SOBRE ALGUNAS TEORIAS QUE SE REFIEREN AL ENVEJECIMIENTO DESDE DISTINTOS ENFOQUES, SIN DEJAR DE MENCIONAR QUE EL MAYOR ENFASIS SE DA EN LA TEORIA DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES, POR SER ESTA EN LA QUE SE SUSTENTARA EL USO DE LAS PRUEBAS NEUROPSICOLOGICAS EN EL ANCIANO.

#### C U A D R O   7

#### TEORIAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

	/	/	---
	/	/	TEORIA EPIGENETICA
	/	/	DE ERICKSON
TEORIAS DEL DESARROLLO	/	/	PSICOANALITICAS
	/	/	TEORIA DE LA INTEN-
	/	/	CIONALIDAD DE BHULER
	/	/	---
	/	/	
	/	/	TEORIA DE CAMPO DE KURT LEWIN
	/	/	---

TEORIAS QUE SE ADAPTAN  
PARA EXPLICAR LA  
SENESCENCIA

/ ---  
/ TEORIA DE LOS ROLES  
/ EL CONCEPTO ORGANISMICO GOLDSTEIN  
/ TEORIA DE LA COMUNICACION (OSGOOD)  
/ ---

TEORIAS SOBRE EL  
ENVEJECIMIENTO  
SATISFACTORIO

/ ---  
/ TEORIAS PSICOSOCIALES / TEORIA DE LA  
/ DEL ENVEJECIMIENTO / ACTIVIDAD  
/ /  
/ / TEORIA DE LA  
/ / DESVINCULACION  
/ /  
/ / TEORIA DE LA  
/ / DESVINCULACION  
/ / DIFERENCIAL  
/ / ---  
/ SINDROME DE RECONSTRUCCION SOCIAL  
/ ---

TEORIAS SOBRE EL  
APRENDIZAJE

/ ---  
/ TEORIA DE GUTHRIE  
/ TRANSFERENCIA DEL APRENDIZAJE  
/ INHIBICION RETROACTIVA Y PROACTIVA  
/ ---

TEORIA DE LA PSICOLOGIA INDIVIDUAL (ADLER)

TEORIAS BIOLOGICAS (MENCIONADAS EN EL PRIMER CAPITULO)

TEORIA DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES

## TEORIAS DEL DESARROLLO

### PSICOANALITICAS

#### TEORIA EPIGENETICA DE ERICKSON

LA TEORIA EPIGENETICA DIVIDE EL CICLO VITAL EN 7 TAREAS EVOLUTIVAS QUE HAY QUE RESOLVER DENTRO DE CADA FASE ESPECIFICA Y ESTAS SON: 1. CONFIANZA ELEMENTAL vs. DESCONFIANZA; 2. AUTONOMIA vs. VERGUENZA Y DUDA; 3. INICIATIVA vs. CULPA; 4. LABORIOSIDAD vs. INFERIORIDAD; 5. IDENTIDAD vs. CONFUSION DE IDENTIDAD; 6. INTIMIDAD vs. AISLAMIENTO; 7. INTEGRIDAD vs. DESESPERACION. ERICKSON DA UNA EXPLICACION CONCEPTUAL DEL DESARROLLO SOCIAL DEL INDIVIDUO AL REPARAR EN EL DESENVOLVIMIENTO DEL CARACTER GENETICO SOCIAL DEL SER HUMANO, EN SU LUCHA EN EL MEDIO SOCIAL. ESTA TEORIA TIENE RELACION DIRECTA, EN CUANTO AL SENTIDO EVOLUTIVO, CON LOS PROBLEMAS DINAMICOS DE LA ANCIANIDAD.

#### TEORIA DE LA INTENCIONALIDAD

LOS PSICOLOGOS HUMANISTAS SUPONEN QUE EL "SI HISHO" ES UN SISTEMA CENTRAL, QUE LA DIRECCION Y LAS METAS DE LA PERSONALIDAD ESTAN DETERMINADAS COMO UN TODO POR UN SISTEMA CENTRAL. DICHO SISTEMA O NUCLEO DE LA PERSONALIDAD SE SUPONE QUE ESTA EN EL CEREBRO. ESTO, EN RESUMEN, SE CONOCE COMO LA INTENCIONALIDAD DE LA PERSONALIDAD Y POR LA CUAL HAY QUE ENTENDER DIRECCIONALIDAD Y OBJETIVO. TAMBIEN, GORDON ALLPORT (1961) DISTINGUE ENTRE UN CENTRO DIRECCIONALMENTE POSICIONAL DEL "SI HISHO" QUE UN HOHBRE CONSTRUYE

Y DEL QUE TIENE.

POR LO PRONTO, EN LO QUE CONCIERNE AL "ELLO", QUE ES EL SUSTENTADOR Y EL RECEPTACULO DE LOS IMPULSOS INCONSCIENTES, REPRESENTA, SEGUN FREUD, LA UNICA ASPIRACION PRIMARIA A META, ESTO SIGNIFICA QUE ORIGINARIAMENTE Y TAMBIEN POR ULTIMO, EL HOMBRE QUIETO SOLO DA SATISFACCION A SUS IMPULSOS. EL "YO" Y EL "SUPERYO" SON INSTANCIAS SECUNDARIAS, ES DECIR, SOLO FUNCIONAN OBLIGANDO A LA VOLUNTAD PROPIA Y ORIGINARIA. EL "YO" EXIGE DEL INDIVIDUO QUE ESTE SE ADAPTE A LA REALIDAD EFECTIVA Y ACEPTÉ LAS FRUSTRACIONES DEL DESEO. EL "SUPERYO" REQUIERE DEL INDIVIDUO QUE SE SOMETA A LOS PRECEPTOS DE LA SOCIEDAD Y ENCUENTRE LO "JUSTO" EN EL SENTIDO DE LA SOCIEDAD.

#### TEORIA DE CAMPO DE KURT LEWIN

CONSIDERA EL LAPSO DE LA VIDA DEL ANCIANO COMO UN GRAN NUMERO DE REGIONES PERFECTAMENTE DIFERENCIADAS DENTRO DE SU MEDIO PSICOLOGICO, PERO EN PARTICULAR DENTRO DE SU REGION PERSONAL "A MEDIDA QUE SE TIENE MAS AÑOS LA VARIEDAD DE ACTIVIDADES, EMOCIONES, NECESIDADES, INFORMACION Y RELACIONES SOCIALES, AL MENOS HASTA CIERTA EDAD. A PARTIR DE ESE MOMENTO, LA VERSATILIDAD DEL COMPORTAMIENTO EXPERIMENTA UNA REDUCCION".

EL ESTADO INTERIOR DE LA PERSONA DE EDAD ES UN ESTADO EN EL CUAL NO SE ORIGINAN TENSIONES INTENSAS Y AFECTIVAS PORQUE LAS BARRERAS ENTRE LAS DIVERSAS REGIONES SE HAN HECHO DEMASIADO RIGIDAS O PORQUE EL NIVEL GENERAL DE LA ENERGIA HA MERECADO MUCHO, EN CONSECUENCIA LAS PERSONAS DE EDAD SE PUEDEN IRRITAR CON FACILIDAD A CAUSA DE LA PERDIDA DEL EQUILIBRIO Y QUE NO PREVEEN COMO LOS JOVENES EL MOMENTO ADECUADO PARA REDUCIR LA TENSION A FIN DE QUE SE LLEVEN A CABO SUS ACTOS.

## TEORIAS QUE SE ADAPTAN PARA EXPLICAR LA SENESCENCIA

### TEORIA DEL ROL

EXISTEN DOS TIPOS DE ESTUDIOS AL RESPECTO, EL PRIMERO SE REFIERE A LA MANERA DE ENTENDER Y JUZGAR LOS ROLES DEL ANCIANO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE DIVERSOS GRUPOS DEL TOTAL DE LA POBLACION Y SEGUN DIFERENTES CIRCUNSTANCIAS SOCIALES. ADEMAS, SUPONE QUE LA ADAPTACION DEL SUJETO DEPENDE DEL NUMERO DE ROLES QUE PUEDE ASUMIR. LA PERSONA MAYOR INADAPTADA ES AQUELLA QUE DURANTE SU JUVENTUD NO ASIMILA ADECUADOS ROLES PARA LA VEJEZ. LOS CONFLICTOS SON DE DOS CLASES: EL DEL PROPIO ROL EN EL CUAL EL CONFLICTO SE PLANTEA ENTRE LA MANERA DE PERCIBIR EL "YO" Y EL ROL QUE SE SUPONE UNO DEBE DESEMPENAR, COMO PERSONA DE EDAD.

EL SEGUNDO TIPO DE ESTUDIO CONCIERNE A LOS VERDADEROS ROLES QUE EN SI ASUMEN LOS ANCIANOS. ESTO SE REFIERE AL CONFLICTO ENTRE LOS ROLES QUE INVOLUCRA A LAS DESVIACIONES DE CONDUCTA Y QUE NO ES PRIVATIVO EN PARTICULAR DE LOS ANCIANOS.

BLAU Y PHILLIPS OPINAN QUE "LA IDENTIFICACION DE LA EDAD MAS QUE LA VERDADERA EDAD, COMPETE A LA GENTE MAYOR A RECONOCER LOS CAMBIOS QUE SE PRODUCEN EN SI MISMA Y A PERCIBIR QUE LAS ACTITUDES DE LOS DEMAS HACIA ELLA REGISTRAN CAMBIOS". ENTRE LOS CAMBIOS OBJETIVOS SOLO LA JUBILACION PRECIPITA EL COMIENZO DE LA VEJEZ, PUESTO QUE TIENE RELACION CON EL CONCEPTO SOCIAL MAS QUE CON LAS CIRCUNSTANCIAS NATURALES Y ELIMINA AL SUJETO DE TODA COMUNICACION IMPORTANTE CON EL MEDIO SOCIAL Y DE TODA IDENTIFICACION CON LOS GRUPOS DE MENOR EDAD.

### EL CONCEPTO ORGANISICO

GOLDSTEIN, SCHEERER Y GELB ESTUDIARON EL EFECTO DE LAS

LESIONES CEREBRALES SOBRE LA PERSONALIDAD Y LAS CAUSAS DEL PENSAMIENTO CONCRETO Y ABSTRACTO. THALER OBSERVO QUE HAS HAYA DE LOS 60 ANOS SE PRODUCE UN CAMBIO PRONUNCIADO HACIA EL COMPORTAMIENTO CONCRETO Y DICE QUE "PUEDEN TRATAR DE HACER VERDADEROS ESFUERZOS DE ADAPTACION PARA COMPRENDER LOS ASPECTOS DE SU MEDIO Y SER INCAPACES DE EXTRAER INFERENCIAS E INTERPRETAR CONCEPTUALMENTE LO QUE SUCEDE EN TORNO A ELLOS. PARA ESTAS PERSONAS DE EDAD PUEDE HABER SOLO UNA MANERA DE ENTENDER UNA SITUACION Y, EN CONSECUENCIA, TENER ESA RIGIDEZ QUE CON FRECUENCIA SE LES ATRIBUYE A LOS ANCIANOS".

#### TEORIA DE LA COMUNICACION

OSGOOD EN SU OBRA, ESTABLECE UNA DIFERENCIA ENTRE LA ETAPA DE DESCIFRADO Y LA DE CIFRADO EN LA ESTRUCTURACION DE UN ACTO DE CONDUCTA. LA ETAPA DE DESCIFRADO SENALA EL PROCESO POR EL CUAL LAS ENERGIAS FISICAS DEL MEDIO SON INTERPRETADAS POR EL ORGANISMO, EN TANTO QUE EN LA ETAPA DE CIFRADO LAS INTENCIONES DEL ORGANISMO SE TRASFORMAN DE HUEVO EN CIRCUNSTANCIAS AMBIENTALES. EN DICHA "INVERSION-EVERSION AMBIENTAL", EL PROCESO SE DIVIDE EN PROCESOS ESTRUCTURALES DE "PROYECCION" (LA RETRANSMISION DE CIRCUNSTANCIAS NERVIOSAS Y MUSCULARES DEL CEREBRO), INTELECTUALES (ORGANIZACION DE ESAS CIRCUNSTANCIAS) Y DE REPRESENTACION (TERMINACION DEL DESCIFRADO Y COMIENZO DEL CIFRADO).

PROBABLEMENTE LAS FUTURAS INVESTIGACIONES SOBRE EL ESTUDIO DE LA VEJEZ SEAN EN RELACION A LA TRANSMISION DE LOS HECHOS Y A SU REPRESENTACION EXTERNA, TAL VEZ SEA QUE EN ESOS COMPLEJOS PROCESOS PSIQUICOS Y EN SU ANALISIS SIMBOLICO DONDE SE PRODUCEN LOS TRANSTORNOS EN EL CURSO DEL ENVEJECIMIENTO. EL ANALISIS DE LA TEORIA DE LA INFORMACION PERMITIRA QUIZA MEDIR HASTA QUE PUNTO UN

SUJETO SE HA DESVIADO DE LAS PROBABILIDADES DEL CONDICIONAMIENTO Y AUN EN QUE PROPORCION LOS ANCIANOS SE APARTAN MAS QUE LOS JOVENES.

### TEORIAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO

#### TEORIAS PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

EXISTEN DOS TEORIAS CONTRAPUESTAS RESPECTO A LA MEJOR FORMA DE ENVEJECER; LA TEORIA DE LA ACTIVIDAD Y LA TEORIA DE LA DESVINCULACION. LA PRIMERA, PARTE DE QUE EL BUEN ENVEJECER ESTA ASOCIADO A MANTENERSE ACTIVO Y UTIL EN LA SOCIEDAD, YA QUE SON PRECISAMENTE LA INACTIVIDAD Y LA PERDIDA DE LOS CONTACTOS SOCIALES LAS QUE PROVOCAN LA INADAPTACION DEL ANCIANO.

LA SEGUNDA, DEFIENDE EL PUNTO DE VISTA CONTRARIO, SOSTIENE LA HIPOTESIS DE QUE LAS PERSONAS DE EDAD DESEAN CIERTAS FORMAS DE AISLAMIENTO SOCIAL Y UNA REDUCCION DE LOS CONTACTOS SOCIALES, SINTIENDOSE FELICES Y SATISFECHOS CUANDO LO LOGRAN. PROPONEN LOS AUTORES DE ESTA TEORIA DEJAR DESCANSAR AL ANCIANO PARA QUE, REPLEGANDOSE SOBRE SI MISMO, DESAPAREZCAN PROGRESIVAMENTE.

EN LA ACTUALIDAD, UNA SOLUCION DE COMPROMISO ENTRE AMBOS PUNTOS DE VISTA HA DADO LUGAR A LA TEORIA DE LA DESVINCULACION DIFERENCIAL. ESTA RECONOCE A LA VEZ LAS DISMINUCIONES PROPIAS DE LA EDAD Y LA NECESIDAD DE PERMANECER ACTIVO Y COMPROMETIDO CON LA VIDA DURANTE LA VEJEZ.

#### SINDROME DE LA RECONSTRUCCION SOCIAL

ESTA TEORIA INSPIRADA EN EL MODELO DE SINDROME DE DERRUMBAMIENTO SOCIAL, PLANTEADO INICIALMENTE POR ZUSHAN (1968), EN EL CUAL EL ENTORNO SOCIAL DE UNA PERSONA INTERACTUA EN FORMA NEGATIVA CON EL CONCEPTO DE SI MISMO. EL INDIVIDUO TIENE PROBLEMAS CON SU IDENTIDAD, POSIBLEMENTE PORQUE EL JUNTO CON OTRAS

PERSONAS A SU ALREDEDOR MANTIENE PAUTAS IRREALISTAS; OTRAS PERSONAS LO CALIFICAN COMO INCOMPETENTE O DEFICIENTE EN ALGUNA FORMA; EL ACEPTA LA DESIGNACION Y APRENDE COMPORTAMIENTOS ACORDES CON LA MISHA, OLVIDANDO EN EL PROCESO SUS PROPIAS HABILIDADES Y POR CONSIGUIENTE, SE HACE ENTONCES MAS DEPENDIENTE E INCOMPETENTE, ADEMAS DE TENER SENTIMIENTOS DE INADECUACION.

KUYPERS Y BENGSTON (1973), CONSIDERAN QUE LA INTERACCION NEGATIVA ENTRE EL AUTOCONCEPTO DE UNA PERSONA Y EL AMBIENTE EXPLICA MUCHOS DE LOS PROBLEMAS DEL ENVEJECER EN LA SOCIEDAD. PARA ROMPER ESTE CICLO VICIOSO PROPOHEN EL "SINDROME DE RECONSTRUCCION SOCIAL", QUE CONSISTE EN: A). SE NECESITA LIBERAR A LAS PERSONAS MAYORES DE UNA PERCEPCION DE ESTATUS APROPIADO A LA EDAD. CREER QUE SU IMPORTANCIA DEPENDE DE SU PRODUCTIVIDAD NIEGA DE INMEDIATO EL VALOR DE LA PERSONA JUBILADA O SIN EMPLEO. DE MODO QUE SE REQUIERE EDUCACION PARA LA SOCIEDAD EN GENERAL Y ORIENTACION PARA PERSONAS MAYORES, PARA AYUDARLAS A ADOPTAR VALORES MAS HUMANITARIOS AL JUZGARSE A SI MISMAS. B). DEBEMOS PROPORCIONAR A LOS ANCIANOS LOS SERVICIOS SOCIALES QUE NECESITAN PARA AYUDARLOS A ENFRENTARSE CON LA VIDA INCLUYENDO VIVIENDA, TRANSPORTE, CUIDADO MEDICO Y PSICOLOGICO, AYUDA PARA LOS QUEHACERES DOMESTICOS, ETC. Y C). EL QUE LAS PERSONAS MAYORES NECESITEN TENER MAS CONTROL SOBRE SU PROPIA VIDA, POR EJENPLD: UN LUGAR PARA ANCIANOS CUYO PERSONAL Y COMITE ENCARGADO DE TOMAR DECISIONES ESTEN FORMADOS EXCLUSIVAMENTE POR LAS MISMAS PERSONAS MAYORES.

#### TEORIAS SOBRE EL APRENDIZAJE

##### TEORIA DEL APRENDIZAJE Y EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

HULL EXPONE SUS CONCEPTOS DE IMPULSO, SIGNO, RESPUESTA Y

REFUERZO. LOS APLICO PARA ADAPTAR SUS LEYES DE LA CONDUCTA A LA DIFERENCIA ENTRE LAS ESPECIES Y LOS INDIVIDUOS. AUNQUE AUN FALTA INVESTIGAR AL RESPECTO.

GUTHRIE HABLA SOBRE LOS RECEPTORES -SISTEMA NERVIOSO DE CONEXION- Y DE LOS MUSCULOS Y GLANDULAS. LOS MOVIMIENTOS Y ACTOS DEL INDIVIDUO SON DE PRIMORDIAL INTERES PARA EL ANALISIS PSICOLOGICO. UN ACTO ESTA FORMADO POR MOVIMIENTOS Y SE TRATA DE UNA CLASE DE MOVIMIENTOS DETERMINADOS POR UN RESULTADO FINAL QUE, EN UNA SITUACION DE APRENDIZAJE, SE RELACIONA CON LOS TIPOS DE ESTIMULOS.

#### TRANSFERENCIA DEL APRENDIZAJE

EL HOMBRE ADQUIERE DE TAL MANERA LA FUERZA DEL HABITO, QUE ESTE RIGE SU FORMA DE OBRAR EN UNA GRAN DIVERSIDAD DE TAREAS; PERO LO EXTRAÑO ES QUE ESOS PROCEDIMIENTOS APRENDIDOS PERSISTEN HASTA EL PUNTO DE IMPEDIR TODO ADELANTO. POR LO QUE FRENTE A UNA NUEVA SITUACION, EL SUJETO SOLO TIENE EN CUENTA UNA LIMITADA SERIE DE POSIBILIDADES Y EN CONSECUENCIA, ESCOGE AQUELLAS EN LAS CUALES HA ADQUIRIDO PRACTICA Y QUE EN OTRAS CONDICIONES LE HAN RESULTADO VENTAJOSAS. LO QUE EXPLICA LO DIFICIL QUE LE RESULTA A LA GENTE DE EDAD ADAPTARSE A SITUACIONES Y TAREAS NUEVAS.

#### INHIBICION RETROACTIVA Y PROACTIVA

EN EL APRENDIZAJE INFLUYEN LAS PRACTICAS ANTERIORES Y EXISTEN DIFERENCIAS EN CUANTO A LA RAPIDEZ INICIAL DEL MISMO, SEGUN LA SIMILITUD Y EL SENTIDO QUE LA TAREA TENGA RESPECTO A LO PREVIAMENTE APRENDIDO POR EL SUJETO. SIN EMBARGO, UNA VEZ QUE SE HA APRENDIDO LA TAREA, LA APARIENCIA PREVIA NO ES TAN IMPORTANTE

COMO EL APRENDIZAJE DE LA PERSONA DE EDAD TIENE EXTREMA IMPORTANCIA, EN PARTICULAR CUANDO SE TRATA DE LA INSTRUCCION Y DEL EMPLEO Y COMO LA FASE DE APROVECHAMIENTO DEL ANCIANO HA SIDO LARGA, ES FUNDAMENTAL SABER CON EXACTITUD QUE INFLUENCIA TIENE ESTA FASE PROACTIVA DEL APRENDIZAJE SOBRE EL APRENDIZAJE FUTURO.

#### TEORIA DE LA PSICOLOGIA INDIVIDUAL (ADLER)

EN ESTA TEORIA LA VEJEZ SE CARACTERIZA POR SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD Y POR DEPENDER PROFUNDAMENTE DEL PASADO DEL INDIVIDUO. ESTO SE DEBE A LA INSUFICIENCIA INTELECTUAL Y FISICA Y A CIERTAS CIRCUNSTANCIAS EXTERNAS COMO UN DESASTRE EN SUS FINANZAS, EL DESLIGARSE DE LAS RESPONSABILIDADES DEL TRABAJO A CAUSA DE LA JUBILACION Y A LA DISOLUCION DE LA FAMILIA.

#### TEORIAS BIOLOGICAS

ESTE TOPICO SE TRATO EN EL PRIMER CAPITULO (VER ASPECTOS FISICOS DEL FENOMENO DEL ENVEJECIMIENTO).

#### TEORIA DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES

EFFECTO DE LA TEORIA DE LA EVOLUCION EN LA TEORIA DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES.

LA TEORIA DE LA EVOLUCION EJERCIÓ INFLUENCIA DIRECTA EN LA BIOLOGIA, ASI COMO EN LA MEDICION PSICOLOGICA Y EN LA PSICOLOGIA. ANTES DEL SIGLO XIX PREDOMINABA EL PENSAMIENTO DE QUE EL HOMBRE ERA UN SER ESTATICO, CON UN CONJUNTO UNIFORME E INVARIABLE DE ATRIBUTOS MENTALES Y FISICOS. QUETELET MIDIO LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES CONSIDERANDOLAS COMO ERRORES DE LA NATURALEZA EN EL CONJUNTO DEL HOMBRE PROMEDIO. ANTERIORMENTE SE HABIA SENALADO QUE LOS HOMBRES DIFIEREN UNOS DE OTROS, PERO NO SE HABIA HECHO UN ESFUERZO SISTEMATICO POR ESTUDIAR EL PAPEL QUE LAS DIFERENCIAS

INDIVIDUALES DESEMPEÑABAN EN LA VIDA DIARIA.

LYELL Y LEHARCK, EXPUSIERON EN SUS TEORIAS QUE LA VIDA CAMBIA DE GENERACION EN GENERACION, PERO CHARLES DARWIN FUE QUIEN REUNIO PRUEBAS EXPERIMENTALES QUE APOYAN LA TEORIA DE LA EVOLUCION Y CONCLUYO QUE LOS ANIMALES CUYOS CARACTERES ESPECIFICOS RESULTAN MAS APROPIADOS, PARA UN DETERMINADO MEDIO SOBREVIVEN O TRANSMITEN SUS CUALIDADES GENETICAS A LA SIGUIENTE GENERACION.

LAS PRUEBAS MAS RELEVANTES CONQUE DARWIN APOYO SU TEORIA DE LA EVOLUCION LAS PRESENTO EN SU OBRA "EL ORIGEN DE LAS ESPECIES", PUBLICADA EN 1859, SIENDO DURAMENTE CRITICADA POR LA COMUNIDAD CIENTIFICA.

POSTERIORMENTE BIOLOGOS Y BOTANICOS CONCIBIERON A LOS ANIMALES Y PLANTAS EN UN ESTADO DE EVOLUCION, EN EL QUE PROGRESAN GRADUALMENTE DE UNA FORMA A OTRA PARA ADAPTARSE A LOS DIFERENTES CAMBIOS AMBIENTALES. ESTA TEORIA FAVORECIO TAMBIEN EL ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN PSICOLOGIA, SE CONSIDERABA QUE SI LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES DE LAS PLANTAS Y ANIMALES EXPLICABAN SU DIVERSA CAPACIDAD PARA ADAPTARSE Y SOBREVIVIR, ESTAS DIFERENCIAS TENDRIAN TAMBIEN EN LOS SERES HUMANOS UNA IMPORTANCIA FUNCIONAL. MAS AUN, SI LAS PLANTAS Y ANIMALES HEREDAN CARACTERISTICAS ANCESTRALES, ALGUNAS DE LAS CARACTERISTICAS INDIVIDUALES DE LOS SERES HUMANOS PODRIAN SER EXPLICADAS SOBRE LA MISMA BASE (NUNNALLY J., 1973).

#### CONSIDERACIONES FILOSOFICAS E HISTORICAS

LEONA TYLER, 1984, MENCIONA QUE "LA SINGULARIDAD DE LOS INDIVIDUOS CONSTITUYE UNO DE LOS HECHOS MAS FUNDAMENTALES Y CARACTERISTICOS DE LA VIDA". LA SINGULARIDAD INDIVIDUAL SE CONSIDERABA IMPORTANTE EN EL MUNDO ANTIGUO, PERO LA IMPORTANCIA DE

ESTE FENOMENO ES AUN MAYOR HOY EN DIA. EN TODOS LOS PERIODOS DE LA HISTORIA HUMANA EL HOMBRE A OBSERVADO Y DESCRITO LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS INDIVIDUOS, ENTRE ELLOS ESCRITORES, PINTORES, ESCULTORES, ACTORES, FILOSOFOS Y PSICOLOGOS.

PLATON, EN LA REPUBLICA, EXPONE EL PROBLEMA DE LA VARIABILIDAD DE LAS DOTACIONES INDIVIDUALES Y PROPONE UNA ESPECIE DE TEST DE APTITUDES PARA SELECCIONAR PERSONAS QUE ESTAN ESPECIALMENTE BIEN DOTADAS PARA CARRERAS MILITARES. LA VIEJA FILOSOFIA DE LOS SISTEMAS DE EDUCACION EN LA MAYOR PARTE DE LOS PAISES DE EUROPA ARRANCA DE ESTE MODO DE PENSAR. DESPUES DE UN ELEMENTAL APRENDIZAJE DE LOS CONOCIMIENTOS BASICOS, SOLAMENTE AQUELLOS INDIVIDUOS QUE DEMOSTRABAN ESPECIALES DOTES INTELECTUALES ERAN SELECCIONADOS PARA SEGUIR UNA EDUCACION SECUNDARIA Y MAS ELEVADA A TRAVES DE UNA TRAYECTORIA ACADEMICA.

LA PRIMERA ESTRATEGIA, QUE SE LES OCURRIO A LOS HOMBRES EN SUS ESFUERZOS POR IMPOHER ALGUN ORDEN, FUE CLASIFICAR A LA GENTE POR TIPOS. EN EL SIGLO V ANTES DE CRISTO, HIPOCRATES PRESENTA UN DOBLE SISTEMA BASADO EN LA ESTRUCTURA DEL CUERPO: EL HABITUS APDPLECTICUS Y EL HABITUS PHTHISICUS. GALENO, EL ULTIMO DE LOS FAMOSOS MEDICOS GRIEGOS, PROPUSO UNA CUADRUPLE CLASIFICACION BASADA EN LA PREDOMINANCIA DE LOS DIFERENTES "HUMORES" O FLUIDOS BIOQUIMICOS DEL CUERPO, LOS CUALES SON: SANGUINEO, FLEMATICO, COLERICO Y MELANCOLICO. SPRANGER, APOYANDO SUS ESTUDIOS EN LA LITERATURA, ANALIZO LOS VALORES HUMANOS QUE SE PRESENTAN COMO BASICOS EN LA VIDA Y LLEGO A LA CONCLUSION DE QUE HABIA SEIS TIPOS DE VALORES FUNDAMENTALES: EL TEORICO, EL ECONOMICO, EL ESTETICO, EL SOCIAL, EL POLITICO Y EL RELIGIOSO. JAENSCH, BASANDO SU SISTEMA EN OBSERVACIONES DE LA IMAGEN EIDETICA, DESCRIBIO LO QUE LLAMO TIPO-T O PERSONA INTEGRADA, OPUESTA AL TIPO-B O PERSONA

DESINTEGRADA. KRETSCHMER INTENTO DESCRIBIR UNA TIPOLOGIA FISICA NO MUY DIFERENTE DE LO QUE HABIA USADO YA HIPOCRATES PARA LA CLASIFICACION DE LOS TEMPERAMENTOS; CONSTRUYO UN SISTEMA CON DOS PRINCIPALES VARIETADES DE PSICOSIS: LOS ESTADOS ESQUIZOFRENICOS Y LOS ESTADOS MANIACOS DEPRESIVOS.

WILLIAM JAMES DIVIDIO A TODOS LOS HOMBRES EN PROPENSOS A LA ENERGIA O A LA DEBILIDAD. PERO UNA DE LAS MAS POPULARES ES LA CLASIFICACION DE JUNG EN TIPOS INTROVERTIDOS Y EXTOVERTIDOS.

DURANTE EL SIGLO XX LOS PSICOLOGOS, ESPECIALMENTE LOS AMERICANOS, HAN SOMETIDO A DURA CRITICA LOS CONCEPTOS DE TIPO. EN PRIMER LUGAR, LA PALABRA TIPO HA RESULTADO SER UN TERMINO AMBIGUO AL CUAL SE LE ATRIBUYEN DIFERENTES SIGNIFICADOS, POR LO QUE LOS AUTORES SE HAN VISTO IMPOSIBILITADOS PARA COMUNICARSE CON CLARIDAD. ALGUNOS HABLAN Y ESCRIBEN ACERCA DE LOS TIPOS HUMANOS Y PROPOHEN "QUE ESTE TERMINO SE REFIERE A UN INDIVIDUO REAL, ... IDEAL O FICTICIO Y QUE ABARCA LAS CARACTERISTICAS DE UNA CLASE EN SU MAS AMPLIA EXTENSION". PERO OTROS SUPONEN QUE TIPO SIGNIFICA "LOS CASOS CUMBRES DE UNA DISTRIBUCION BIMODAL CON UNA VARIABLE UNICA: UN TIPO NORMAL FRETE A UN TIPO PIGHEO".

OTRA ESTRATEGIA IMPORTANTE PARA IMPONER ORDEN SOBRE EL CAMPO DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES FUE ESTUDIAR LOS RASGOS EN FORMA AISLADA Y EN COMBINACION CON OTROS, POR LO QUE SE DIRIGIO LA ATENCION A LAS CUALIDADES O RASGOS QUE SE MANIFIESTAN EN LA CONDUCTA DEL INDIVIDUO, EN VEZ DE INTENTAR CLASIFICAR A UN HOMBRE EN SU CLASE, COMO HACEN LOS TIPOLOGOS. EN LA VIDA COTIDIANA SE ACOSTUMBRA DESCRIBIR A UNA PERSONA MENCIONANDO SUS CARACTERISTICAS MAS SOBRESALIENTES. LA ESTRATEGIA DE DESCRIBIR A MUCHOS INDIVIDUOS CON LOS MISMOS RASGOS SIRVE PARA EXPRESAR -EN FORMA CUANTITATIVA MAS QUE CUALITATIVA- LAS DIFERENCIAS ENTRE ELLOS.

LOS CONCEPTOS DE RASGO HAN DOMINADO EN LA PSICOLOGIA DIFERENCIAL AMERICANA DURANTE MAS DE MEDIO SIGLO. SIN EMBARGO, HAN SURGIDO CON EL TIEMPO ALGUNAS DIFICULTADES EN SU APLICACION. LA PRINCIPAL ES LA ENORME MAGNITUD DE LA TAREA QUE SUPONE EL IDENTIFICAR TODAS LAS DIVERSAS MANERAS EN QUE LOS INDIVIDUOS PUEDEN DIFERIR UNOS DE OTROS Y ELABORAR LAS TECNICAS PARA DEFINIR ESTOS RASGOS. EN LUGAR DE AQUELLA CUALIDAD UNITARIA QUE LOS PRIMEROS PSICOLOGOS DIFERENCIALES TENIAN EN LA MENTE CUANDO EMPEZARON A DESARROLLAR LOS TESTS DE INTELIGENCIA. HOY EN DIA LOS INVESTIGADORES HAN LLEGADO A LA CONCLUSION DE QUE EN EL INDIVIDUO EXISTEN MUCHAS APTITUDES INTELECTUALES DISTINTAS. J. P. GUILFORD (1959), LLEGO A LA CONCLUSION DE QUE PROBABLEMENTE EXISTEN 120 VARIEDADES DIFERENTES DE INTELIGENCIA. MIENTRAS LOS TESTS DE PERSONALIDAD DE TODO TIPO DE RASGOS HAN APARECIDO DURANTE NUESTRO SIGLO, ES CLARO QUE NUNCA LLEGARA A SER POSIBLE ADMINISTRAR VARIOS HILES DE ELLOS A UN MISMO INDIVIDUO COMO MEDIO DE CONOCERLO Y DESCRIBIRLO.

#### PRIMEROS ESTUDIOS DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES

LAS DIVERSAS LINEAS DEL PENSAMIENTO (PSICOFISICA, ESTADISTICA Y LA TEORIA DE LA EVOLUCION) CONVERGIERON EN LOS TRABAJOS PSICOLOGICOS DE SIR FRANCIS GALTON, QUIEN ES CONSIDERADO EL CREADOR DE LA PSICOLOGIA DIFERENCIAL. ADEMAS SE INTERESO POR LA CRIMINOLOGIA, PSICOLOGIA, ANTROPOLOGIA E INVENTO VARIOS DISPOSITIVOS CIENTIFICOS, APLICO SU INGENIO AL ESTUDIO DE LOS RASGOS PSICOLOGICOS. GALTON, SUCESOR DE DARWIN EN LA PSICOLOGIA, SE INTERESO POR LA HEREDABILIDAD DE LAS CARACTERISTICAS INDIVIDUALES Y REALIZO ESTUDIOS SOBRE DESTACADAS PERSONALIDADES PARA APOYAR SUS PUNTOS DE VISTA. EN 1869, EN SU OBRA "EL GENIO

HEREDITARIO", TRATO DE DEMOSTRAR QUE LA "GRANDEZA" SE TRANSMITE Y LLEGO A CREER QUE LAS CARACTERISTICAS PERSONALES SE HEREDAN; NO SOLO LAS CARACTERISTICAS FISICAS PROMINENTES, SINO LAS APTITUDES Y TODOS LOS RASGOS DE PERSONALIDAD; SUPONIA QUE LAS TENDENCIAS DELICTIVAS Y LOS TRANSTORNOS PSICOLOGICOS SE TRANSMITEN DE PADRES A HIJOS POR HERENCIA DIRECTA. ADEMAS CREO EL ESTUDIO DE LA EUGENESIA CUYO PROPOSITO ES EL MEJORAMIENTO DE LA RAZA HUMANA POR MEDIO DEL CONTROL DE LA REPRODUCCION. PERO POSTERIORMENTE COMPRENDIO QUE ERA NECESARIO UN MEJOR CONOCIMIENTO DE LA HERENCIA DE LAS CARACTERISTICAS INDIVIDUALES.

GALTON FUE EL PRIMERO EN USAR LA EXPRESION "TEST MENTAL" Y COMENZO A MEDIR MUCHOS ATRIBUTOS HUMANOS DIFERENTES. RECONOCIO LA NECESIDAD DE LA ESTANDARIZACION EN EL EXAMEN DE SUJETOS; LA NECESIDAD DE PRESENTAR A TODOS ELLOS EL MISMO PROBLEMA EN CONDICIONES DIFERENTES. LOS TESTS DE GALTON GUARDAN MUY POCOA SEHEJANZA CON LOS QUE SE UTILIZAN ACTUALMENTE. LA MAYORIA DE ELLOS SE REFERIAN A LA DISCRIMINACION SENSORIAL; EMPRENDO EL PRIMER PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE TESTS EN GRAN ESCALA, EN 1884, EN SU LABORATORIO ANTROPOMETRICO EN EL MUSEO DE SOUTH KENSINGTON. PARA ANALIZAR LOS DATOS OBTENIDOS UTILIZO METODOS ESTADISTICOS Y DETERMINO PROMEDIOS Y MEDIDAS DE VARIANZA. EN PARTICULAR REQUERIA UNA MEDIDA DE ASOCIACION O CORRELACION PARA DESCUBRIR LA MAGNITUD DE SEHEJANZA ENTRE LAS CARACTERISTICAS INDIVIDUALES DE LOS PADRES Y LOS HIJOS. REALIZO LOS PRIMEROS INTENTOS DE ESTABLECER LA ESTADISTICA DE CORRELACION, CUYOS PROCEDIMIENTOS TIENEN AMPLIO USO, ACTUALMENTE, EN EL ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES.

GALTON AYUDO A SU COLEGA KARL PEARSON A DESARROLLAR LOS METODOS ESTADISTICOS PARA EL ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS

INDIVIDUALES. PEARSON ESTABLECIO EL COEFICIENTE DE CORRELACION, LA CORRELACION PARCIAL, LA CORRELACION MULTIPLE Y EL ANALISIS FACTORIAL Y PUSO LAS BASES DE GRAN PARTE DE LA ESTADISTICA DE VARIABLES MULTIPLES QUE HOY SE UTILIZA EN PSICOLOGIA.

DURANTE LAS DOS ULTIMAS DECADAS DEL SIGLO XIX SE MULTIPLICARON ESTUDIOS SOBRE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN INGLATERRA Y ESTADOS UNIDOS. EN ESTA LABOR DESTACO JAMES MCKEEN CATTELL, QUIEN HABIA ESTUDIADO CON GALTON, REALIZO INVESTIGACIONES EN LOS ESTADOS UNIDOS. LOS TESTS SEGUIAN SIENDO DE TIPO MOTOR Y SENSORIAL Y MEDIAN LA VELOCIDAD SENSORIAL Y EL TIEMPO DE REACCION, PERO DESPUES SE LLEGO A LA CONCLUSION DE QUE ESTOS TESTS NO MEDIAN INTELIGENCIA.

EN CONCLUSION SE PUEDE DECIR QUE LA PSICOLOGIA DIFERENCIAL COMO PARTE DE LA PSICOLOGIA ESTUDIA Y PRETENDE ACLARAR LA CONDUCTA DEL SER HUMANO, ESTA CONDUCTA CONSIDERADA DESDE UN PUNTO DE VISTA INDIVIDUALISTA, ES DECIR, LA PSICOLOGIA DIFERENCIAL ANALIZA EL COMPORTAMIENTO BAJO EL PRISMA DE LO QUE HAY DE ESPECIFICO O PROPIO EN CADA SUJETO, PRETENDIENDO DE AHI EXTRAER LAS LEYES QUE EXPLICAN LAS DIFERENCIAS.

LA MANERA DE RESPONDER DE CADA INDIVIDUO (O DE CADA GRUPO TEORICO, ESTO ES, FORMADO POR INDIVIDUOS QUE PRESENTAN TODOS ELLOS CIERTOS ATRIBUTOS EN COMUN) ANTE UNAS DETERMINADAS CIRCUNSTANCIAS, VIENE MATIZADA POR UNA SERIE DE DISPOSICIONES PROPIAS Y ESPECIFICAS DE CADA UNO DE ELLOS QUE LES DISTINGUE Y LES CONFIERE UN CARACTER DE CIERTA SINGULARIDAD FRENTE A LOS DEMAS.

- LA PSICOLOGIA DIFERENCIAL SE OCUPA DE DOS TIPOS DE PROBLEMAS:
- 1).- DE LOS FUNDAMENTOS Y LAS TECNICAS DE MEDICION DE LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES.
  - 2).- EL ESTUDIO DE COMO SURGEN LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y COMO

SE RELACIONAN ENTRE SI.

EL PRIMERO SE OCUPA DE LOS INSTRUMENTOS PARA MEDIR LAS  
DIFERENCIAS INDIVIDUALES; EL SEGUNDO SE RELACIONA CON LOS HECHOS  
QUE SE HAN ESTABLECIDO APLICANDO ESOS INSTRUMENTOS.

## C A P I T U L O IV

### PRUEBAS PSICOLÓGICAS

LA DINAMICA INTELLECTUAL ES IMPORTANTE PARA LOS PROCESOS DE ADAPTACION EN TODAS LAS EDADES Y JUEGA UN PAPEL DECISIVO EN EL DIAGNOSTICO DE MUCHOS TRANSTORNOS PSICOPATOLOGICOS Y NEUROLOGICOS ENTRE ELLOS LA DEMENCIA.

UNO DE LOS TOPICOS MAS DIFUNDIDOS ES QUE LA INTELIGENCIA SE DETERIORA CON LA EDAD. TAL AFIRMACION, YA CLASICA ENCONTRO SU JUSTIFICACION EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON ALGUNOS TESTS DE INTELIGENCIA, QUE AL SER APLICADOS A UN GRAN NUMERO DE PERSONAS DE DIFERENTES EDADES (ESTUDIOS TRANSVERSALES) EVIDENCIARON QUE LA INTELIGENCIA CRECIA RAPIDAMENTE DURANTE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA, SE ESTABILIZABA EN LA JUVENTUD Y COMENZABA A DECLINAR CON LOS ANOS.

MAS RECIENTEMENTE DIVERSOS ESTUDIOS LONGITUDINALES, EN LOS QUE SE EXAMINO A LOS MISMOS SUJETOS A LO LARGO DE VARIOS ANOS, HAN PODIDO CONSTATAR QUE EN LOS ANCIANOS LA INTELIGENCIA GENERAL NO DECLINA CON LA EDAD, SINO MAS BIEN SUELE PERMANECER ESTABLE O CONTINUA DESARROLLANDOSE HASTA LOS ULTIMOS ANOS DE LA VIDA.

COMO LA MAYOR PARTE DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE LA EVOLUCION/INVOLUCION DE LA INTELIGENCIA EN LA VEJEZ SE HAN REALIZADO A TRAVES DE TESTS PSICOMETRICOS PREDOMINANTEMENTE, SE HA CRITICADO SU UTILIZACION PORQUE NO SE AJUSTA A LAS CARACTERISTICAS NEUROPSICOLOGICAS, MOTIVACIONALES Y AFECTIVAS PROPIAS DEL ANCIANO.

EN EL DIAGNOSTICO DE LAS DEMENCIAS LAS PRUEBAS NEUROPSICOLOGICAS SE CONSIDERAN DE GRAN UTILIDAD SIEMPRE Y CUANDO

EL CLINICO TENGA EN CUENTA VARIOS FACTORES PARA SU INTERPRETACION.

1).- LAS LIMITACIONES METODOLOGICAS:

a).- UNA PRUEBA NO HIDE LOS DIFERENTES ASPECTOS COGNOSCITIVOS EN UN JOVEN Y EN UN ANCIANO.

b).- LOS ERRORES COMETIDOS PUEDEN TENER CAUSAS DISTINTAS, POR EJEMPLO: EL SENECTO PUEDE DEJAR DE CONTESTAR UNA PRUEBA POR DEFECTOS VISUALES O AUDITIVOS.

c).- LAS NORMAS DE LAS PRUEBAS SE DERIVAN MUCHAS VECES DE POBLACIONES JOVENES.

d).- LOS ITEMS POCAS VECES SE ADAPTAN A OTRAS GENERACIONES.

e).- LOS ESTUDIOS TRANSVERSALES NO TOMAN EN CUENTA TODAS LAS VARIABLES, EJEMPLO: NIVELES EDUCACIONALES Y AMBIENTES DISTINTOS. LAS DIFICULTADES METODOLOGICAS ENCONTRADAS EN LA UTILIZACION DE ESTE TIPO DE DISENOS HA INCREMENTADO EL INTERES DE LOS DISENOS LONGITUDINALES.

f).- LA ADMINISTRACION DE PRUEBAS PARA LA VALORACION DE LA ACTIVIDAD COGNITIVA REQUIERE NO SOLO DE NORMAS INTERSUJETOS, SINO TAMBIEN DE LOS CAMBIOS CUALITATIVOS OBTENIDOS A TRAVES DE UNA OBSERVACION SISTEMATICA DE LA EJECUCION DEL SUJETO Y DE LOS CAMBIOS CUANTITATIVOS QUE OCURREN EN UN MISMO SUJETO DE UNA VALORACION A OTRA, POR EJEMPLO: UN SUJETO CON UNA INTELIGENCIA QUE SE ENCUENTRE EN LOS LIMITES SUPERIORES A LA MEDIA. PUEDE PRESENTAR UN COEFICIENTE INTELLECTUAL NORMAL Y ESTAR SUFRIENDO UNA DEHENCIA; PARALELAMENTE UN SUJETO CON EDUCACION LIMITADA PUEDE PARECER ERRONEAMENTE DEHENCIADO.

g).- EL GRADO DE DETERIORO VA A DEPENDER DE LA FORMA DE EVALUACION DE UNA HABILIDAD DADA; EN OTRAS PALABRAS DEL TIPO DE PRUEBA QUE SE UTILICE.

h).- OTRA VARIABLE ES QUE CON LA EDAD AUMENTA LA VARIABILIDAD DE

LAS HABILIDADES COGNOSCITIVAS ENTRE LOS SUJETOS DE UNA MISMA EDAD.

- 4).- EL EMPLEO DE PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS EN EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA EXIGE LA CONSIDERACIÓN DE OTROS ASPECTOS MOTIVACIONALES Y SITUACIONALES:
  - a).- LA ALTA INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN PERSONAS ANCIANAS PUEDE DISMINUIR LA EFICIENCIA COGNOSCITIVA, YA QUE LAS PERSONAS DE EDAD TIENDEN A PERCIBIR AHENAZANTE Y ANGUSTIANTE LA SITUACIÓN DE PRUEBA IMPIDIENDOLES UNA EJECUCIÓN ÓPTIMA.
- 5).- LOS SUJETOS ANCIANOS Y LOS JOVENES PRESENTAN DISCREPANCIAS EN LOS TIEMPOS DE REACCIÓN Y EN LA CAPACIDAD DE TRABAJAR SIN FATIGA, QUE PUEDEN INFLUIR EN LA EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA. ES FRECUENTE QUE LOS SUJETOS NORMALES SE FATIGUEN FÁCILMENTE Y POR TANTO REQUIERAN DE PERÍODOS LARGOS DE DESCANSO O VARIAS SESIONES PARA LOGRAR UNA VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA COMPLETA. POCA VELOCIDAD EN LAS RESPUESTAS Y ALTA FATIGABILIDAD, NO ES NECESARIAMENTE CRITERIO DE DETERIORO INTELLECTUAL.
- 6).- UN FACTOR ESPECIALMENTE IMPORTANTE QUE EL CLÍNICO DEBE TENER EN CUENTA AL VALORAR INDIVIDUOS CON UNA EDAD SUPERIOR A LOS 65 AÑOS ES LA ALTA INCIDENCIA DE DÉFICITS SENSORIALES Y MOTORES QUE SE ASOCIAN CON EL ENVEJECIMIENTO.
- 7).- EL CLÍNICO CON EXPERIENCIA EMPLEA VARIOS CANALES SENSORIALES PARA EVALUAR UNA MISMA FUNCIÓN, EVITANDO LA UTILIZACIÓN DEL CANAL AFECTADO Y PREVIENIENDO ASÍ UN DIAGNÓSTICO ERRÓNEO.

EN CONCLUSIÓN, PODEMOS DECIR, QUE LA VALORACIÓN PSICOMÉTRICA DEL PACIENTE ANCIANO CON O SIN DEMENCIA REQUIERE QUE EL CLÍNICO ESTE FAMILIARIZADO CON LOS CAMBIOS PRODUCIDOS DURANTE EL

ENVEJECIMIENTO Y CON LAS LIMITACIONES QUE TIENEN LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS.

EL USO ADECUADO DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS PUEDE CONVERTIRSE EN UNA EXCELENTE HERRAMIENTA QUE EN COMPANIA DE LAS OBSERVACIONES INFERIDAS DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE Y DEL ANALISIS DE LA HISTORIA CLINICA, AYUDAN AL ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNOSTICO CLINICO DE DEMENCIA O DEL ESTADO MENTAL.

### DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

LA PREPARACION DE ESTE TRABAJO SE DIVIDE EN 3 ETAPAS:

I).- DOCUMENTACION. LA INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA SE REALIZO A PARTIR DE CUATRO FUENTES:

- A).- SE REALIZARON FICHAS BIBLIOGRAFICAS Y DE TRABAJO DE LA INFORMACION RECABADA DE LIBROS Y REVISTAS QUE SE OBTUVIERON EN DIFERENTES BIBLIOTECAS, COMO: MEXICO, BENJAMIN FRANKLIN, FACULTAD DE MEDICINA (C.U), FACULTAD DE PSICOLOGIA (C.U), INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS, NACIONAL (C.U.), INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD, HEHEROTECA DEL CENTRO CULTURAL DE C.U., CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL, BIBLIOTECA PERSONAL DEL DR. RICARDO VALLIN Y DE LAS AUTORAS.
- B).- APOYO DE TIPO BIBLIOGRAFICO DEL DR. LUIS HIGUEL GUTIERREZ QUIEN TRABAJA EN LA "CASA HOGAR PARA ANCIANOS ARTURO MUNDET", Y FUE LA PERSONA QUE NOS PROPORCIONO EL LIBRO "EVALUATIONS EN GERONTOLOGIE" DE LILIANE ISRAEL, DJORDJE KOZAREVIC Y NORMAN SARTORIUS, EDITADO POR LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD EN

SUIZA, 1984. ESTUVO TRABAJANDO DIRECTAMENTE CON LILIANE ISRAEL Y NORMAN SARTORIUS AL RESPECTO. ESTE LIBRO FUE EL DE MAYOR SUSTENTO PARA LA ELABORACION DE LA PRESENTE TESIS.

C).- VISITAS A LAS SIGUIENTES EMBAJADAS PARA PEDIR INFORMACION: CANADA, ESTADOS UNIDOS Y JAPON.

D).- SE SOLICITO INFORMACION AL CENTRO DE INFORMACION CIENTIFICA Y HUMANISTICA (C.I.C.H.) DE LA U.N.A.M.

II).- CORRESPONDENCIA CON LOS SIGUIENTES PAISES:

A).- CANADA. SE RECIBIO INFORMACION GENERAL DE ALGUNAS UNIVERSIDADES, PUESTO QUE EL TEHA ES MUY AMPLIO.

B).- SUIZA. SE ENVIÓ UNA CARTA AL DIRECTOR DE LA ORGANIZACION -- MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), DR. NORMAN SATORIUS. NO OBTENIENDO RESPUESTA HASTA LA FECHA.

C).- CUBA. SE SOLICITO INFORMACION AL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LA HABANA, CUBA AL DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA SOCIAL. CONTESTANDO EL DR. MANUEL TOIHIL, DIRECTOR DE DICHA INSTITUCION.

D).- ALEMANIA. SE ESTABLECIO CONTACTO CON LA TRABAJADORA SOCIAL MARIA SCHNEIDER, QUIEN TRABAJA EN UN ASILO EN DICHO PAIS, SIN OBTENER RESPUESTA HASTA EL MOMENTO.

III).- CRITERIOS DE SELECCION Y ANALISIS. SE SELECCIONARON 19 PRUEBAS (18 QUE EVALUAN DEMENCIA Y 1 QUE EVALUA DEPRESION) DE UN TOTAL DE 145, ESTA SELECCION SE REALIZO DEL LIBRO "EVALUATIONS EN GERONTOLOGIE" DE LILIANE ISRAEL, DJORDJE KOZAREVIC Y DE NORMAN SARTORIUS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, LAS CUALES SATISFACEN CIERTAS CONDICIONES CONCERNIENTES A:

CONTENIDO. DEBE COMPRENDER LA PRESENCIA DE LA EVALUACION

MENTAL EN ANCIANOS CON DEMENCIA.

ESPECIFICIDAD. SOLO LOS INSTRUMENTOS APLICABLES A PERSONAS DE EDAD AVANZADA.

#### DESCRIPCION DE LAS PRUEBAS

LOS PUNTOS QUE FIGURAN EN LA DESCRIPCION DE LAS PRUEBAS SE MENCIONAN A CONTINUACION:

1).- LA ESPECIFICIDAD. LOS DIFERENTES GRADOS DE ESPECIFICACION SON LOS SIGUIENTES:

\*\* CONCEBIDO PARA UTILIZARSE CON PUBLACION ANOSA

\*\* NO CONCEBIDA PARA UTILIZARSE CON PERSONAS ANCIANAS PERO SON UTILIZADAS.

2).- TIPO DE INSTRUMENTO. LA FORMA ADOPTADA POR LA TECNICA DE MEDICION PUEDE REVESTIR VARIOS ASPECTOS:

A).- TEST. PUEDE SER PROYECTIVO, PSICOMETRICO, VERBAL O DE EJECUCION.

B).- CUESTIONARIOS. INCLUYE LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS, BALANCEADAS Y DE TOTAL APRECIACION ABIERTA.

C).- LISTA DE VERIFICACION. CUANDO LA CODIFICACION ES DICOTOMICA (SI-NO, VERDADERO-FALSO, AUSENCIA-PRESENCIA).

D).- ESCALA. CUANDO LA CLASIFICACION ESTA COMPUESTA DE DIVERSOS GRADOS. PUEDE SER ORDINAL, NOMINAL O DE INTERVALOS.

LOS DOS PRIHEROS TIPOS DE ESCALA SE REFIEREN A LOS ASPECTOS CUALITATIVOS DE LA MEDICION Y A LA ULTIMA LE CONCIERNE EL ASPECTO CUANTITATIVO.

3).- REFERENCIA. FUENTE DE INFORMACION EN LA QUE SE APOYO EL AUTOR PARA LA ELABORACION DE SU PRUEBA.

4).- IDIOMA. LENGUA EN LA CUAL HA SIDO PUBLICADA LA PRUEBA.

5).- PAIS. LUGAR DE ORIGEN DE LA PRUEBA.

6).- ORIGEN. INDICACION DE LAS FUENTES BIBLIOGRAFICAS PRINCIPALES QUE SON EL ORIGEN DE LA ELABORACION DEL INSTRUMENTO. CUANDO EL INSTRUMENTO ES ORIGINAL ES IGUALMENTE MENCIONADO.

7).- OBJETIVO. EL OBJETIVO DEL AUTOR EN EL MOMENTO DE ELABORAR EL INSTRUMENTO.

8).- POBLACION. SENECTOS INSTITUCIONALIZADOS O AMBULANTES.

9).- MODO DE APLICACION. FORMA DE ADMINISTRAR LAS PRUEBAS QUE INVOLUCRAN LO SIGUIENTE:

A).- EVALUADOR. PERSONA ENCARGADA DE REUNIR Y APRECIAR LOS DATOS.

B).- TIEMPO DE APLICACION. TIEMPO PROMEDIO QUE CONLLEVA LA ADMINISTRACION DE LA PRUEBA.

C).- ENTRENAMIENTO. SI EXISTE O NO LA NECESIDAD DE ESTE, CONTEMPLANDO LA DURACION E INTENSIDAD DEL MISMO.

D).- DESCRIPCION. COMO ESTA COMPUESTA LA PRUEBA.

E).- EVALUACION. DE ACUERDO AL TIPO DE INSTRUMENTO SERA SU CLASIFICACION TANTO CUALITATIVA COMO CUANTITATIVAMENTE. SE MENCIONA LA CANTIDAD DE ITEMS Y EL PUNTAJE OBTENIDO.

10).- LAS VARIABLES SON LAS DIFERENTES DIMENSIONES APRECIADAS.

11).- TRABAJOS DE VALIDACION DEL AUTOR. LOS TRABAJOS QUE REPORTO EL AUTOR (ES), ASI COMO LAS REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS EN LAS QUE SE BASO PARA VALIDAR LA PRUEBA.

LA CONFIABILIDAD DE UN INSTRUMENTO DEPENDE DE SUS CUALIDADES METRICAS, LOS TRABAJOS DE VALIDACION EFECTUADOS SON EL TESTIMONIO DE SU FIABILIDAD, CUBRIENDO TRES ASPECTOS PRINCIPALMENTE: LA VALIDEZ, LA CONFIABILIDAD Y LA SENSIBILIDAD.

A).- LA VALIDEZ ES LA MAS O MENOS GRANDE CAPACIDAD DEL INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS CARACTERISTICAS GENERALES O ESPECIFICAS PARA LAS CUALES FUE CONCEBIDO. EXISTEN VARIAS FORMAS DE VALIDEZ PERO LAS QUE MAS SE UTILIZAN AQUI SON:

- . VALIDEZ DE ESTRUCTURA O CONSTRUCCION. APRECIA LA ADECUACION DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO A UNA HIPOTESIS O UNA CONCEPCION TEORICA SOBRE LA VARIABLE MEDIDA.
- . VALIDEZ CONCOMITANTE. APRECIA LA CORRELACION ENTRE LA EVALUACION HECHA CON UN INSTRUMENTO Y OTRAS FORMAS DE MEDIR LAS MISMAS VARIABLES DE YA RECONOCIDA VALIDEZ.
- . VALIDEZ EMPIRICA. ESTA TRADUCE LA MAYOR O MENOR GRAN CORRESPONDENCIA DE LOS RESULTADOS DE LA MEDICION ACERCA DE LOS DATOS OBSERVADOS CLINICAMENTE DE UN DIAGNOSTICO Y DE UNA EVALUACION SUBJETIVA NO CUANTIFICABLE.
- . VALIDEZ PREDICTIVA. EXPRESA LA ACTITUD DEL INSTRUMENTO PREVIENDO UNA EVOLUCION O ESTADO ULTIMO A PARTIR DE UN RESULTADO ACTUAL. LA MAYOR O MENOR GRAN CAPACIDAD DEL INSTRUMENTO DA LA INFORMACION DE ORDEN PRONOSTICO SOBRE UNA EVOLUCION O LOS RESULTADOS DE LA RESPONZABILIZACION.

B).- CONFIABILIDAD. UNA PRUEBA ES FIABLE CUANDO SUS RESULTADOS SON COMPARADOS CON OTROS RESULTADOS IGUALES EN SITUACIONES SEMEJANTES.

EXISTEN DIFERENTES EXPRESIONES DE LA CONFIABILIDAD QUE SE REFIEREN AL INDIVIDUO, AL TIEMPO O AL INSTRUMENTO.

LA CONFIABILIDAD O FIABILIDAD INTERJUECES. EXPRESA LA CORRELACION ENTRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR DOS O MAS OBSERVADORES DIFERENTES, EVALUANDO AL MISMO TIEMPO AL MISMO INDIVIDUO CON EL MISMO INSTRUMENTO.

LA CONFIABILIDAD TEST-RETEST TRADUCE LA CORRELACION DE RESULTADOS DE DOS O MAS EVALUACIONES DEL MISMO INDIVIDUO EFECTUADA DENTRO DE LAS MISMAS CONDICIONES EXPERIMENTALES EN MOMENTOS DIFERENTES.

LA COHERENCIA INTERNA, LAS FORMAS PARALELAS Y EL METODO POR MITADES (SPLIT-HALF) SE REFIEREN AL INSTRUMENTO.

SE HABLA DE COHERENCIA INTERNA CUANDO EXPRESA LA HOMOGENEIDAD DEL INSTRUMENTO Y EXISTE UNA CORRELACION DE DIFERENTES ITEMS ADEMAS DE UNA CORRELACION DE DIFERENTES ITEMS CON EL MARCADOR GLOBAL.

EL METODO DE FORMAS PARALELAS. LA CORRELACION ENTRE DOS VERSIONES DIFERENTES DEL MISMO INSTRUMENTO SEHEJANTES EN EL NUMERO DE ITEMS, EL GRADO DE DIFICULTAD PERO DIFERENTES EN EL CONTENIDO. LAS FORMAS DIFERENTES SON CONSTRUIDAS PARA EVITAR UN EFECTO DE APRENDIZAJE. LA CORRELACION ENTRE DOS METODOS DEL INSTRUMENTO O ENTRE LOS ITEMS PARES-IMPARES ES LLAMADO "SPLIT-HALF".

C).- LA SENSIBILIDAD ES LA FINEZA DISCRIMINATIVA DEL INSTRUMENTO. UNA PRUEBA ES SENSIBLE CUANDO AL REPARTIR A LOS SUJETOS DE UNA MUESTRA DETERMINADA CON EL NINHO IGUAL SOBRE EL MAXIMO GRADO, O SI LA DISTRIBUCION DA RESULTADOS DIFERENTES DE UN INDIVIDUO A OTRO. LA SENSIBILIDAD NO DEPENDE PUES SOLAMENTE DEL INSTRUMENTO SINO TAMBIEN DE LA POBLACION A LA QUE ES APLICADO.

. LA SENSIBILIDAD INTER-INDIVIDUAL. ES LA MAYOR O MENOR CAPACIDAD DE LA PRUEBA PARA DISCRIMINAR DIFERENCIAS ENTRE INDIVIDUOS.

. LA SENSIBILIDAD INTRA-INDIVIDUAL. CONSISTE EN DETECTAR LAS DIFERENCIAS DE UN MISMO INDIVIDUO EN CONDICIONES DIFERENTES.

POR OTRA PARTE, LA SENSIBILIDAD DE UN INSTRUMENTO ESTA EN

FUNCIÓN DEL NÚMERO DE ÍTEMS Y DE LA FINEZA DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN. EL GRADO DE SENSIBILIDAD POCO ACRECENTA PARTE DE UN SISTEMA DE PONDERACIÓN QUE ACENTUA LAS DIFERENCIAS.

12).- OTROS TRABAJOS MENCIONADOS POR EL AUTOR. LAS CIRCUNSTANCIAS PASADAS O ACTUALES DENTRO DE LAS CUALES UN INSTRUMENTO SE HA UTILIZADO.

13).- APLICACIONES. AGRUPAN LOS POSIBLES CAMPOS DE APLICACIÓN QUE INVOLUCRAN: INVESTIGACIÓN, ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS, DESCUBRIMIENTO Y PREVENCIÓN DE TRASTORNOS, PROGRAMA DE CUIDADOS, PRÁCTICA CLÍNICA HOSPITALARIA, CLÍNICA, ENSAYOS TERAPÉUTICOS, DIAGNÓSTICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, DIAGNÓSTICO FUNCIONAL, PRONÓSTICO, INDICACIONES DE COLOCACIÓN, PRONÓSTICO DE COMPORTAMIENTO Y PROGRAMA TERAPÉUTICO.

INFORMATION-MEMORY-CONCENTRATION TEST (I.M.C.T.)

TEST DE INFORMACION, MEMORIA Y CONCENTRACION

(I.M.C.T.)

ESPECIFICIDAD

\* \* \*

TIPO DE INSTRUMENTO

TEST PSICOMETRICO

REFERENCIA: BLESSED (G.), TOHLINSON (B.E.), ROTH (M.). LA ASOCIACION ENTRE LAS MEDIDAS CUANTITATIVAS DE LA DEHENCIA Y DEL CAMBIO SENIL EN LA MATERIA GRIS CEREBRAL DE LOS SUJETOS ANCIANOS. BRIT. J. OF PSYCHIAT., 1968, 114, 797-811.

IDIOMA: VERSION ORIGINAL PUBLICADA EN INGLES

PAIS: GRAN BRETANA

ORIGEN: EL INSTRUMENTO SE DERIVA DE LOS TRABAJOS ANTERIORES DE LOS AUTORES:

A) HOPKINS (B.). ROTH (M.): PSYCHOLOGICAL TEST PERFORMANCE IN PATIENTS OVER SIXTY II: PARAPHRENIA, ARTERIOSCLEROTIC PSYCHOSIS AND ACUTE CONFUSION J. MENT SCI, 1953. 99,451.

B) ROTH (M) HOPKINS (B.): PSYCHOLOGICAL TEST PERFORMANCE IN PATIENTS OVER SIXTY I: SENILE PSYCHOSIS AND THE AFFECTIVE DISORDERS OF OLD AGE J. MENT. SCI., 1953. 99,439

OBJETIVO: ESTE TEST HA SIDO CONCEBIDO CON UN DOBLE OBJETIVO: CLINICO Y EXPERIMENTAL, A FIN DE EVALUAR CON EL MISMO INSTRUMENTO,

TANTO A LOS SUJETOS INDEMNES DE TODO DETERIORO COMO A UNA POBLACION DE DEMENTES PROFUNDOS.

POBLACION: TODA LA POBLACION ANCIANA CUALQUIERA QUE FUERA SU ESTADO MENTAL.

MODO DE APLICACION:

- . EVALUADOR: PSICOLOGO, MEDICO, ENFERMERA Y TRABAJADORA SOCIAL
- . TIEMPO DE APLICACION: 25 A 30 MINUTOS
- . ENTRENAMIENTO: NECESARIO PARA LAS ENFERMERAS Y TRABAJADORAS SOCIALES
- . DESCRIPCION: EL TEST SE COMPONE DE 27 PREGUNTAS O PRUEBAS VERBALES
- . EVALUACION: EL PUNTAJE TOTAL VARIA DE 0 A 37

VARIABLES:

- . DEHENCIA
- . ORIENTACION
- . MEMORIA
- . CONCENTRACION

TRABAJOS DE VALIDACION: EFECTUADOS ENTRE SUJETOS HOSPITALIZADOS EN PSICOGERIATRIA Y HAN INCLUIDO:

VALIDEZ CONCOMITANTE CON LA ESCALA DE DEHENCIA DE ROTH Y HOPKINS, BASANDOSE EN:

ROTH (M.) HOPKINS (B.); PSYCHOLOGICAL TEST PERFORMANCE IN PATIENTS OVER SIXTY I: SENILE PSYCHOSIS AND THE AFFECTIVE DISORDERS OF OLD AGE J. MENT. SCI., 1953. 99,439

**OTROS TRABAJOS MENCIONADOS POR LOS AUTORES:**

DIFERENTES TRABAJOS NO PUBLICADOS DE INVESTIGACION DE CORRELACION ENTRE DATOS NEUROBIOLOGICOS Y DESORDENES MENTALES.

**APLICACIONES:**

CLINICA: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE LAS FORMAS FUNCIONALES Y ORGANICAS DE LOS DESORDENES MENTALES EN LAS PERSONAS DE EDAD.

INVESTIGACION: EVALUACION DE CORRELACIONES ENTRE EL FUNCIONAMIENTO MENTAL Y LOS DATOS CUANTITATIVOS NEUROPATHOLOGICOS Y NEUROQUIMICOS REVELADOS POR LA AUTOPSIA.

# INFORMATION - MEMORY - CONCENTRATION TEST (I.M.C.T.)

G. BLESSED - M. ROTH

INFORMATION	Score
Name .....	1
Age .....	1
Time of day .....	1
Time of day .....	1
Day of week .....	1
Date .....	1
Month .....	1
Season .....	1
Year .....	1
Place - Name .....	1
Street .....	1
Town .....	1
Type of place (e.g. home, hospital) .....	1
Recognition of persons (e.g. cleaner, doctor, nurse, patient, relative; any two available) .....	2
<b>MEMORY</b>	
<b>(1) personal</b>	
Date of birth .....	1
Place of birth .....	1
School attended .....	1
Occupation .....	1
Name of sibs or name of wife .....	1
Name of any town where patient had worked .....	1
Name of employers .....	1
<b>(2) non-personal</b>	
Date of World War I* .....	1
Date of World War II* .....	1
Monarch .....	1
Prime Minister .....	1
* 1/2 for approximation within 3 years.	
<b>3. Name and address (5 minutes recall)</b>	
Mr. John Brown - 42 West Street Gateshead .....	5
<b>CONCENTRATION</b>	
Months of year backwards .....	2 1 0
Counting 1-20 .....	2 1 0
Counting 20-1 .....	2 1 0

DEHENTIA SCALE

ESCALA DE DEHENCIA

ESPECIFICIDAD

\*\*\*

TIPO DE INSTRUMENTO

ESCALA COMPUESTA  
DE 22 ITEMS A 4  
GRADOS

REFERENCIA: BLESSED (G.), TOMLINSON (B.E.), ROTH (M.). LA ASOCIACION ENTRE LAS MEDIDAS CUANTITATIVAS DE LA DEHENCIA Y DEL CAMBIO SENIL EN LA MATERIA GRIS CEREBRAL DE LOS SUJETOS ANCIANOS. BRIT. J. OF PSYCHIAT., 1968, 114, 797-811.

IDIOMA: VERSION ORIGINAL PUBLICADA EN INGLES

PAIS: GRAN BRETANA

ORIGEN: EL INSTRUMENTO SE INSPIRO A PARTIR DE LOS TRABAJOS ANTERIORES DE LOS AUTORES:

A) ROTH (M.), HOPKINS (B.): PSYCHOLOGICAL TEST PERFORMANCE IN PATIENTS OVER SIXTY I: SENILE PSYCHOSIS AND THE AFFECTIVE DISORDERS OF OLD AGE J. MENT. SCI., 1953. 99,439

OBJETIVO: ESTA ESCALA HA SIDO CONCEBIDA CON UN DOBLE OBJETIVO: CLINICO Y EXPERIMENTAL, A FIN DE COMPENSAR UNA CARENCIA DE MEDIDAS DISPONIBLES Y EVALUAR CON EL MISMO INSTRUMENTO TANTO A SUJETOS INDEHNES DE TODO DETERIORO COMO A UNA POBLACION DE DEHENTES

PROFUNDOS.

POBLACION: TODA POBLACION ENTRADA EN AÑOS, CUALQUIERA QUE SEA SU EDAD MENTAL, DE PREFERENCIA HOSPITALIZADOS.

MODO DE APLICACION:

- . EVALUADOR: PSICOLOGO, MEDICO Y ENFERMERA
- . TIEMPO DE APLICACION: 35 A 40 MINUTOS
- . ENTRENAMIENTO: NECESARIO
- . EVALUACION: EL PUNTAJE MAXIMO ES DE 28 PUNTOS

VARIABLES: DEHENCIA, CAMBIOS DENTRO DE LAS ACTIVIDADES, DE LA VIDA COTIDIANA, LOS HABITOS Y LA PERSONALIDAD.

TRABAJOS DE VALIDACION: LOS TRABAJOS DE VALIDACION HAN SIDO REALIZADOS EN UNA POBLACION DE ENFERMOS HOSPITALIZADOS EN PSICOGERIATRIA DENTRO DE HOSPITALES GENERALES, INCLUYERON:

VALIDEZ: ESTUDIOS DE CORRELACIONES CON MEDIDAS RADIOLOGICAS DE ATROFIA CEREBRAL APRECIADAS POR EL SCANNER (RASTREADOR).

FIDELIDAD: INTER-JUECES Y TEST-RETEST

OTROS TRABAJOS MENCIONADOS POR LOS AUTORES: DIFERENTES TRABAJOS NO PUBLICADOS DE INVESTIGACION DE CORRELACION ENTRE LOS DATOS NEUROBIOLÓGICOS Y LOS DESORDENES MENTALES.

APLICACIONES:

**CLINICA: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE LAS FORMAS FUNCIONALES  
Y ORGANICAS DE LOS DESORDENES MENTALES EN LAS PERSONAS DE EDAD.**

**INVESTIGACION: EVALUACION DE LAS CORRELACIONES ENTRE EL  
FUNCIONAMIENTO MENTAL Y LAS MEDIDAS CUANTITATIVAS DE DATOS  
NEUROPATOLOGICOS Y NEUROQUIMICOS REVELADOS POR LA AUTOPSIA.**

# DEMENTIA SCALE

M. ROTH - G. BLESSED

*Information obtained as far as possible from relative in close and continual contact with patient. Inquiries were directed towards defining changes in capacities, habits and personality. Allowance was made in scoring for physical disabilities that would restrict activities.*

### Changes in Performance of Everyday Activities.

1. Inability to perform household tasks	1	½	0
2. Inability to cope with small sums of money	1	½	0
3. Inability to remember short list of items, e.g. in shopping	1	½	0
4. Inability to find way about indoors	1	½	0
5. Inability to find way about familiar streets	1	½	0
6. Inability to interpret surroundings (e.g. to recognize whether in hospital, or at home, to discriminate between patients, doctors and nurses, relatives and hospital staff etc.)	1	½	0
7. Inability to recall recent events (e.g. recent meetings, visits of relatives or friend to hospital etc.)	1	½	0
8. Tendency to dwell in the past	1	½	0

### Changes in Habits

9. Eating			
Cleanly with proper utensils	0		
Messily with spoon only	2		
Simple solids, e.g. biscuits	2		
Has to be fed	3		
10. Dressing			
Unaided	0		
Occasionally misplaced buttons, etc.	1		
Wrong sequence, commonly forgetting items	2		
Unable to dress	3		
11. Complete sphincter control			
Occasional wet beds	1		
Frequent wet beds	2		
Doubly incontinent	3		

### Changes in Personality, Interests, Drive

No change			
12. Increased rigidity	0		
13. Increased egocentricity	1		
14. Impairment of regard for feelings of others	1		
15. Constricting of affect	1		
16. Impairment of emotional control, e.g. increased petulance and irritability	1		
17. Hilarity in inappropriate situations	1		
18. Diminished emotional responsiveness	1		
19. Sexual misdeemeanour (appearing <del>at</del> in old age)	1		
Interests retained	0		
Hobbies relinquished	1		
21. Diminished initiative or growing apathy	1		
22. Purposeless hyperactivity	1		
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>		

DEHENTIA SCREENING SCALE

ESCALA QUE CLASIFICA LA DEHENTIA

ESPECIFICIDAD

\* \* \*

TIPO DE INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE

11 PREGUNTAS

REFERENCIA: INSTRUMENTO NO PUBLICADO

HASEGAWA (K.). VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE ESCALAS DE CLASIFICACION PARA LA EVALUACION PSICOGERIATRICA. THE STUDY ON HASEGAWA'S DEHENTIA SCALE. KAWASAKI: DPT OF PSYCHIATRY, ST. MARIAHNA UNIVERSITY, 1974.

IDIOMA: VERSION ORIGINAL EN JAPONES, TRADUCIDO A INGLES Y FRANCES.

PAIS: JAPON

ORIGEN: INSTRUMENTO ORIGINAL INSPIRADO EN:

A) LA ESCALA DE MEMORIA DE KANEKO (J.), ITO (H.) SUGIURA (S): PSYCHIATRIC DISORDERS AMONG THE ELDERLY RESIDING IN THE COMMUNITY. JAP. GERIAT. MED., 1956, 3, 131.

B) EN EL TEST DE INFORMACION, MEMORIA Y CONCENTRACION DE BLESSED (G.), TOMLINSON (B.E.), ROTH (H.): THE ASSOCIATION BETWEEN QUANTITATIVE MEASURES OF DEHENTIA AND OF SENILE CHANGE IN THE CEREBRAL GREY HATTER OF ELDERLY SUBJECTS. BRIT. J. PSYCHIAT ., 1968, 114, 797-811.

C) ESCALA DE GUTTMAN DE MARKSON (E.W. , LEVITZ (G): A GUTTMAN SCALE TO ASSESS MEMORY LOSS AMONG THE ELDERLY. GERONTOLOGIST, AUTUHN 1973, PART. I, 337-340.

D) ESCALA DE ENVEJECIMIENTO MENTAL DE SCHINFUKU (N.): PSYCHIATRIC STUDY OF THE SUBNORMAL AGED IN "LONGEVITY VILLAGE". SEISHIN IGAKU KENKYUSHO GYOSEKISHU, 1959, 1, 303.

**OBJETIVO:** AFINAR UN INSTRUMENTO CORTO Y BREVE, QUE PERMITA DIFERENCIAR A LOS DEMENTES DE LOS NO DEMENTES, ESTO GRACIAS A ITEMS SENCILLOS PARA LOS SUJETOS DE BUENA SALUD, PERO LOS MAS DIFICILES PARA LOS DEMENTES.

**POBLACION:** PERSONAS DE EDAD HOSPITALIZADAS Y AMBULATORIAS.

**MODO DE APLICACION:**

- . EVALUADOR: PSICOLOGO Y MEDICO
- . TIEMPO DE APLICACION: 10 A 20 MINUTOS
- . ENTRENAMIENTO: NO NECESARIO
- . CLASIFICACION: VARIABLE POR CADA ITEM; UNA BUENA RESPUESTA ES ACOTADA 2.5, 3 o 3.5 SEGUN LA DIFICULTAD DE LA PREGUNTA. EL PUNTAJE TOTAL VARIA DE 0 A 32.5 .

**VARIABLES:**

- . ORIENTACION (2 ITEMS)
- . MEMORIA DE EVOCACION (4 ITEMS)
- . RETENCION DE MEMORIA (2 ITEMS)
- . INFORMACION GENERAL (2 ITEMS)
- . CALCULO (1 ITEM)

TRABAJOS DE VALIDACION: EFECTUADOS SOBRE UNA POBLACION DE PERSONAS DE EDAD DEHENTES Y NO DEHENTES, INCLUYERON:

VALIDEZ ESTRUCTURAL: EFECTUADA A PARTIR DE LA DETERMINACION DE PUNTAJES DE CADA ITEM EN DOS TIEMPOS; OBSERVACION DE LA CURVA DE FRECUENCIA ACUMULATIVA, SEGUN UN MODO SIMPLE DE EVALUACION, ADEMAS DE PONDERACION DEL PUNTAJE DE CADA PREGUNTA EN FUNCION DE SU DIFICULTAD.

VALIDEZ CONCOMITANTE: CON DIFERENTES TESTS DE COMPORTAMIENTO; CUBOS DE KOHS, TEST DE BENDER - GESTALT Y WAIS.

SENSIBILIDAD DISCRIMINATIVA: ENTRE SUJETOS DEHENTES Y NO DEHENTES.

SENSIBILIDAD: ENTRE EL GRADO DE SEVERIDAD DE LA DEHENCIA ESTABLECIDA SEGUN LA CLASIFICACION DE KANEKO; LA CUAL SE SUSTENTA EN :

A) LA ESCALA DE MEMORIA DE KANEKO (J.), ITO (H.) SUGIURA (S): PSYCHIATRIC DISORDERS AMONG THE ELDERLY RESIDING IN THE COMMUNITY. JAP. GERIAT. MED., 1956, 3, 131.

ESTABLECIMIENTO DE NORMAS QUE DEFINEN 4 GRUPOS EN FUNCION DEL PUNTAJE GLOBAL:

NORMAL	(31 - 32.5)
LIMITE	(22 - 30.5)
PRE DEHENCIA	(10.5 - 21.5)
DEHENCIA	(0 - 10)

OTROS TRABAJOS MENCIONADOS POR EL AUTOR: ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA SOBRE 5 000 PERSONAS MAYORES DE 65 ANOS, VIVIENDO DENTRO DE LA REGION DE TOKYO.

ESTUDIOS SOBRE LAS FUNCIONES COGNITIVAS DE SUJETOS

**CENTENARIOS COMPARADOS CON LOS DEHENTES, CUALITATIVAMENTE Y  
CUANTITATIVAMENTE.**

**APLICACIONES:**

**CLINICA: CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO**

**INVESTIGACION: ENCUESTAS EPIDEMIOLOGICAS**

**INVESTIGACIONES SOBRE LA DEMENTIA.**

# DEMENTIA SCREENING SCALE

K. HASEGAWA

- |   |                    |
|---|--------------------|
| 1. WHAT IS DATE?                                      | 0. 3.              |
| 2. WHERE ARE YOU? (NAME OF THE PLACE)                 | 0. 2,5.            |
| 3. WHAT IS YOUR AGE?                                  | 0. 2.              |
| 4. HOW LONG HAVE YOU BEEN HERE?                       | 0. 2,5.            |
| 5. WHERE IS YOUR BIRTH PLACE?                         | 0. 2.              |
| 6. WHEN WAS THE SECOND WORLD WAR?                     | 0. 3,5.            |
| 7. HOW MANY DAYS ARE THERE IN A YEAR?                 | 0. 2,5.            |
| 8. WHO IS THE PRIME MINISTER?                         | 0. 3.              |
| 9. SUBTRACT 7 FROM 100, THEN 7 FROM 93                | 0. 2. 4.           |
| 10. NAME OF THE NUMBER IN REVERSE WAY. 6.8.2; 3.5.2.9 | 0. 2. 4.           |
| 11. INDICATE FIVE THINGS AND RECALL THEM              | 0. 0,5 1,5 2,5 3,5 |

### SCORING NORMS

<i>I</i>	31 - 32,5	<i>Normal</i>
<i>II</i>	22 - 30,5	<i>Borderline</i>
<i>III</i>	10,5 - 21,5	<i>Predementia</i>
<i>IV</i>	0 - 10,0	<i>Dementia</i>

ABBREVIATED MENTAL TEST (A.M.T.)

TEST MENTAL ABREVIADO (A.M.T.)

ESPECIFICIDAD

\* \* \*

TIPO DE INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE  
10 ITEMS

REFERENCIA: GURESHI (K.N.), HODKINSON (H.M.): EVALUACION DE UN  
TEST MENTAL DE DIEZ PREGUNTAS EN LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS.  
AGE AND AGEING, 1974, 3, 152 -157.

IDIOMA: VERSION ORIGINAL PUBLICADA EN INGLES.

PAIS: GRAN BRETANA

ORIGEN: INSTRUMENTO DERIVADO DE LA ESCALA DE DEHENCIA EN ANCIANOS  
DE ROTH Y HOPKINS, BASADO EN : A) ROTH (H.), HOPKINS (B.):  
PSYCHOLOGICAL TEST PERFORMANCE IN PATIENTS OVER 60. 1: SENILE  
PSYCHOSIS AND AFFECTIVE DISORDERS OF OLD AGE. J. HENT. SEI., 1953,  
99, 439 - 450.

OBJETIVO: ELABORAR UN CUESTIONARIO DE EVALUACION REDUCIDO, MAS  
ADAPTADO A LA POBLACION INSTITUCIONALIZADA QUE LOS TESTS MENTALES  
FRECUENTEMENTE DIFICILES Y PESADOS EN SU ADMINISTRACION.

POBLACION: PERSONAS DE EDAD INSTITUCIONALIZADAS EXCLUSIVAMENTE.

**MODO DE APLICACION:**

- . **EVALUADOR:** PSICOLOGO, MEDICO, ENFERMERA Y PERSONAL ASISTENTE PARA - MEDICO.
- . **TIEMPO DE APLICACION:** 3 MINUTOS.
- . **ENTRENAMIENTO:** NO NECESARIO
- . **EVALUACION:** 1 PUNTO POR RESPUESTA CORRECTA.

**VARIABLES:** EL CUESTIONARIO EXPLORA SOBRE TODO TRES ASPECTOS HABITUALMENTE RELACIONADOS CON EL SINDROME DEMENCIAL.

- LOCALIZACION EN EL TIEMPO
- RECONOCIMIENTO DEL LUGAR.
- RECONOCIMIENTO DE PERSONAS.

**TRABAJOS DE VALIDACION:** EFECTUADOS SOBRE UNA POBLACION DE PERSONAS MAYORES DE 60 ANOS (PROMEDIO DE 78 ANOS) EN INSTITUCIONES DESDE POR LO MENOS QUINCE DIAS ANTES. INCLUYERON:

VALIDEZ CONCOMITANTE CON: LA ESCALA DE ROTH Y HOPKINS; A) ROTH (R.), HOPKINS (H.): PSYCHOLOGICAL TEST PERFORMANCE IN PATIENTS OVER 60. I: SENILE PSYCHOSIS AND AFFECTIVE DISORDERS OF OLD AGE. J. MENT. SCI., 1953, 99, 439 - 450. Y B) EL CUESTIONARIO DE DENHAM (M.J.), JEFFERYS (P.H.): ROUTINE MENTAL ASSESSMENT IN ELDERLY PATIENTS. MOD. GERIATR., 1972, 2, 275-279.

FIDELIDAD: TEST - RETEST

**APLICACIONES**

CLINICA EXCLUSIVAMENTE: CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO Y A LA DETERMINACION DEL GRADO DE INTENSIDAD DE LA DEMENCIA.

# ABBREVIATED MENTAL TEST (AMT)

K.N. QURESHI

*Each question scores one mark:*

1. AGE
2. TIME (TO NEAREST HOUR)
3. ADDRESS FOR RECALL AT END OF TEST THIS SHOULD BE REPEATED  
BY THE PATIENT TO ENSURE IT HAS BEEN HEARD CORRECTLY:  
42 WEST STREET.
4. YEAR
5. NAME OF INSTITUTION
6. RECOGNITION OF TWO PERSONS (DOCTOR, NURSE, ETC)
7. DATE OF BIRTH (DAY AND MONTH SUFFICIENT)
8. YEAR OF FIRST WORLD WAR
9. NAME OF PRESENT MONARCH
10. COUNT BACKWARDS 20-1

*Total Score* . . . . .

**CONFUSION ASSESSMENT SCHEDULE**  
**EVALUACION DE LA CONFUSION MENTAL**

**ESPECIFICIDAD**

\* \* \*

**TIPO DE INSTRUMENTO**

CUESTIONARIO

DE 21 ITEMS

**REFERENCIA:** SLATER (R.), LIPMAN (A.): EVALUACIONES DE CONSEJEROS DE LA CONFUSION Y DE LA SITUACION DE LOS RESIDENTES CONFUNDIDOS EN CASOS PARA ANCIANOS. THE GERONTOLOGIST, DIC. 1977, VOL. 17, NO. 6, 523 - 530.

**IDIOMA:** VERSION ORIGINAL PUBLICADA EN INGLES.

**PAIS:** GRAN BRETANA

**ORIGEN:** ESTA ES UNA VERSION MODIFICADA DE UN CUESTIONARIO PROPUESTO POR SLATER Y ROTH EN UN TEXTO DE PSIQUIATRIA CLINICA GERIATRICA, BASADA EN :

A) SLATER (E.), ROTH (H.): CLINICAL PSYCHIATRY. LONDON: BAILLIERE, TINDALL AND CASSELL, 1969.

**OBJETIVO:** ESTE INSTRUMENTO SE PROPOHE APRECIAR EL ESTADO DE CONFUSION EN UN GRUPO DE SUJETOS CONSIDERADOS COMO CONFUSOS POR EL PERSONAL ENCARGADO DE SU CUIDADO, A FIN DE EVITAR LA SEGREGACION INDUCIDA POR UNA "ETIQUETA".

**POBLACION:** PERSONAS DE EDAD AMBULANTES O INSTITUCIONALIZADAS, QUE PADECEN DEHENCIA SENIL EN UN GRADO AVANZADO.

**MODO DE APLICACION:**

- . **EVALUADOR:** PERSONAL NO CALIFICADO
- . **TIEMPO DE APLICACION:** 10 MINUTOS
- . **ENTRENAMIENTO:** NO NECESARIO
- . **EVALUACION:** CADA ITEM ES CALIFICADO DE 0 A 1. EL PUNTAJE MAXIMO ES 21.

**VARIABLES:** LA CONFUSION ES APRECIADA A TRAVES DE DOS VARIABLES:

- . **ORIENTACION** (14 PREGUNTAS)
- . **MEMORIA** (7 PREGUNTAS)

**TRABAJOS DE VALIDACION:** EFECTUADOS SOBRE UNA POBLACION DE SUJETOS RESIDENTES EN CASA DE RETIRO, DE 77 A 84 AÑOS, RESPALDANDOSE SOBRE EL CUESTIONARIO DE APRECIACION DE LA CONFUSION, PERO TAMBIEN , SOBRE UNA ESTIMACION DE LA CONFUSION Y DE LA ENFERMEDAD POR PARTE DEL PERSONAL DE LA INSTITUCION. INCLUYERON LO SIGUIENTE:

ESTUDIOS DE CORRELACIONES ENTRE LA APRECIACION GLOBAL DEL PERSONAL Y LOS INSTRUMENTOS DE MEDICION UTILIZADOS A PROPOSITO DE CADA UNA DE LAS AREAS EXPLORADAS (VERBAL, ESPACIAL).

ESTUDIO EMPIRICO DE LA CORRESPONDENCIA ENTRE LA APRECIACION GLOBAL, LA EVALUACION CUANTITATIVA DEL ESTADO DE CONFUSION, LA SEGREGACION SOCIAL Y GEOGRAFICA DE PERSONAS DE EDAD DENTRO DE LA INSTITUCION.

**APLICACIONES:**

**CLINICA: CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO CUANDO UNA EVALUACION  
MAS SOFISTICADA NO ES POSIBLE REALIZARLA.**

# CONFUSION ASSESSMENT SCHEDULE

R. SLATER

## INTRODUCTION

I'm \_\_\_\_\_, I'm from the University at Cardiff and I'm interested in old people and old people's Homes. One of the things older people often complain about is that they forget things as they get older. I'm particularly interested in the sort of thing they find difficult to remember. I wonder if you would mind answering one or two questions to help me find out about the things older people can find it difficult to remember!

## ORIENTATION

Name	First of all, can you tell me your full name?	0	1
Age	How old are you now?	0	1
Time (hours)	Can you tell me about what time it is at the moment?	0	1
Time	(If can't answer above ask, "Is it morning, afternoon, or evening?")	0	1
Day of week	What day of the week is this?	0	1
Date	Can you remember today's date?	0	1
Month	What month is it? (May already have answered this in above)	0	1
Season	(If can't answer above question, ask, "Is it Spring, Summer, etc?")	0	1
Year	Can you remember what year it is?	0	1
Place name	Do you know what this place is called? (If answers with name of town, ask, "Do you know the name of this building?")	0	1
Street	Do you know the name of the street this building is in?	0	1
Town	What is the name of this town?	0	1
Type of place	How would you describe this place you're living in; what sort of place would you call it?	0	1
Recognition of people	Who was the person who introduced us? (If gets this wrong, on return to lounge check recognition of a person - failure to respond may be failure of memory not orientation.)	0	1

## MEMORY (PERSONAL)

Date of birth	Can you tell me your date of birth?	0	1
Place of birth	Were you born around here? (Probe where?)	0	1
School attended	Is that where you went to school? (Probe where?)	0	1
Name of spouse/parent/sibs	Can you tell me your husband's name? (Wife, father, mother or sibs as appropriate).	0	1
Occupation	What sort of job did you do? (Or husband or father.)	0	1
Name of town	Where was that?	0	1
Name of employer	Who did you work for? (Or husband or father.)	0	1

STIMULUS RECOGNITION TEST (S.R.T.)

TEST DE RECONOCIMIENTO DE ESTIMULOS (S.R.T.)

ESPECIFICIDAD

\* \* \*

TIPO DE INSTRUMENTO

TEST PSICOMETRICO

DE 10 ITEMS

PUNTAJE DE 0 A 10

REFERENCIA: BRINK (T.L.), BRYANT (J.), CATALANO (M.L.), JANAKES (G.), OLIVEIRA (C.). CONFUSION SENIL: EVALUACION CON UN TEST HUEVO DE RECONOCIMIENTOS DE ESTIMULOS. JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. 1979, VOL. 27, 3, 126-129.

IDIOMA: VERSION ORIGINAL PUBLICADA EN INGLES

PAIS: ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA

ORIGEN: LOS AUTORES SE INSPIRARON EN DOS PRUEBAS CLINICAS; CUESTIONARIO DE ESTADO MENTAL Y EL TEST CARA-MANO, BASADOS EN :

A) FINK (M.), GREEN (M.), BENDER (M.B.): FACE-HAND TEST AS DIAGNOSTIC SIGN OF ORGANIC MENTAL SYNDROME NEUROLOGY, 1952, 2, 46.

B) GREEN (M.A.), FINK (M.): STANDARDIZATION OF THE FACE-HAND TEST. NEUROLOGY, 1954, 4, 211.

OBJETIVO: ESTA PRUEBA HA SIDO CONCEBIDA CON EL OBJETIVO DE DIFERENCIAR A LOS DEHENTES DE LOS NO DEHENTES.

**POBLACION:** TODA PERSONA MAYOR DE 65 AÑOS DE EDAD, AMBULANTES E INSTITUCIONALIZADAS.

**MODO DE APLICACION:**

- . EVALUADOR: PSICOLOGO
- . TIEMPO DE APLICACION: 12 MINUTOS
- . ENTRENAMIENTO: FAMILIARIZACION CON LA PRUEBA

**DESCRIPCION:** LA PRUEBA COMPRENDE 10 ENSAYOS. EN CADA ENSAYO SE PRESENTA EN PRIMER LUGAR AL SUJETO UNA TARJETA DE LA CUAL DEBE RETENER EL CONTENIDO, VARIANDO DE UN ENSAYO A OTRO. DEBE A CONTINUACION ENCONTRAR LA TARJETA ORIGINAL DENTRO DE UN CONJUNTO DE 4 O 5 TARJETAS SIMILARES PRESENTADAS SUCESIVAMENTE. EL PUNTAJE VARIA DE 0 A 10. SE CUENTAN COMO ERRORES LAS NO RECONOCIDAS, ASI COMO LAS FALSAS RECONOCIDAS.

**VARIABLES:**

- DEMENCIA
- RECONOCIMIENTO
- MEMORIA A CORTO PLAZO

**TRABAJOS DE VALIDACION:** EFECTUADOS SOBRE UNA POBLACION DE PACIENTES DE EDAD EN INSTITUCION. INCLUYERON:

VALIDEZ CONCURRENTES CON EL CUESTIONARIO DE ESTADO MENTAL Y EL TEST CARA - MANO.

SENSIBILIDAD DISCRIMINATIVA ENTRE DOS GRUPOS DE SUJETOS: LOS

"LUCIDOS - ALERTAS" Y LOS "CONFUSOS", A PARTIR DE UN DIAGNOSTICO  
REALIZADO EN CONJUNTO POR EL EQUIPO ENCARGADO.

A) BRINK (T.L.), BRYANT (J.), CATALANO (M.L.), JANAKES (C.),  
OLIVEIRA (C.): SENILE CONFUSION: ASSESSMENT WITH A NEW STIMULUS  
RECOGNITION TEST. JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY,  
1979, VOL. 27, No. 3, 126 - 129.

#### APLICACIONES

CLINICA: CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA.

INVESTIGACION: TRABAJOS SOBRE LA DEMENCIA Y SOBRE LA MEMORIA.

EXTENDED SCALE FOR DEMENTIA (E. S. D.)

ESCALA EXTENDIDA DE LA DEHENCIA (E.S.D.)

ESPECIFICIDAD

\* \* \*

TIPO DE INSTRUMENTO

TEST PSICOMETRICO

DE 23 SUBTESTS

PUNTAJE: 0 A 250 PUNTOS

REFERENCIA: HERSCH (E.L.). DESARROLLO Y APLICACION DE LA ESCALA EXTENDIDA DE LA DEHENCIA. JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY 1979, XXVII, 8, 348 - 354.

IDIOMA: VERSION ORIGINAL PUBLICADA EN INGLES.

PAIS: CANADA.

ORIGEN: ESTE INSTRUMENTO SE DERIVA DE LA ESCALA DE DEHENCIA DE HATTIS Y DE LA PRUEBA DE WAIS. A) FISHBACK (D.B.); MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE FOR ORGANIC BRAIN SYNDROME, WITH A NEW VISUAL COUNTING TEST. J. AM. GERIATRICS SOC., 1977, 25, 167.

OBJETIVO: ESTE INSTRUMENTO HA SIDO CONCEBIDO CON EL FIN DE EVALUAR EL GRADO DE LA DEHENCIA Y EL SEGUIMIENTO DE SU EVOLUCION, TANTO EN UNA PERSPECTIVA CLINICA COMO DE INVESTIGACION.

POBLACION: SUJETOS ANCIANOS DEHENCIADOS (DEHENCIA SENIL O LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN PARTICULAR) AMBULANTES O INSTITUCIONALIZADOS.

MODO DE APLICACION:

. EVALUADOR: PSICOLOGO

. TIEMPO DE APLICACION; APROXIMADAMENTE UNA HORA

. ENTRENAMIENTO; ES NECESARIA UNA SESION DE ENTRENAMIENTO

. DESCRIPCION; LA PRUEBA SE COMPONE DE 23 SUBTESTS VERBALES Y DE EJECUCION;

1. EJECUTAR UNA ORDEN
2. MEMORIA DE CIFRAS
3. DENOMINACION DE OBJETOS
4. REPETICION DE SILABAS
5. MOVIMIENTO A EJECUTAR
6. GRAFOMOTRICIDAD
7. CUBOS
8. SEMEJANZAS
9. DIFERENCIAS
10. SEMEJANZAS (ELECCION MULTIPLE)
11. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS
- 12., 13., 14. Y 15. ORIENTACION
16. INFORMACION
- 17., 18., 19. Y 20. CALCULO
21. APRENDIZAJE POR ASOCIACION
22. Y 23. MEMORIA VERBAL Y APLICACION

EL NUMERO DE LOS ITEMS Y EL PUNTAJE VARIAN CONFORME A LOS SUBTESTS. EL PUNTAJE MAXIMO ES DE 250 PUNTOS. A MENOR PUNTAJE MAYOR SERA EL GRADO DE DEMENCIA. EL PUNTAJE PROMEDIO DE LOS SUJETOS DEMENCIADOS ES DE 100 PUNTOS.

VARIABLES: DEMENCIA Y DIVERSAS VARIABLES COGNITIVAS PARTICULARMENTE: VERBALES, VISOMOTRICES, MNESICAS, DE ATENCION-CONCENTRACION, DE ORIENTACION Y DE NOCION ESPACIAL.

TRABAJOS DE VALIDACION EFECTUADOS SOBRE UNA POBLACION DE SUJETOS DEMENCIADOS HOSPITALIZADOS, INCLUYERON: ANALISIS FACTORIAL, UN SOLO FACTOR EMERGE, QUE DA CUENTA DE UNA GRAN PARTE DE LA VARIANZA.

VALIDEZ CONCURRENTENTE: CORRELACIONES CON LA SUBESCALA DE "CONFUSION - DESORGANIZACION MENTAL" DE LA "LONDON PSYCHOGERIATRIC RATING SCALE" (ESCALA DE CALIFICACION PSICOGERIATRICA DE LONDRES) BASANDOSE EN:

A) HERSCH (E.L.) CSAPO (K.G.), PALMER (R.B.): DEVELOPMENT OF THE LONDON PSYCHOGERIATRIC RATING SCALE. LONDON PSYCHIAT. HOSP. RES. BULL., 1978, 1, 3 - 21.

B) HERSCH (E.L.), KRAL (V.A.), PALMER (R.B.): CLINICAL EVALUE OF THE LONDON PSYCHOGERIATRIC RATING SCALE. JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRIC SOCIETY; 1978, 26, 348 - 354.

SENSIBILIDAD DISCRIMINATIVA: ENTRE LOS PUNTAJES ELEVADOS Y BAJOS, LOS DEMENTES Y LOS NO DEMENTES.

FIDELIDAD: COHERENCIA INTERNA Y TEST-RETEST CON INTERVALOS DE SEIS SEMANAS A 6 MESES.

OTROS TRABAJOS MENCIONADOS POR EL AUTOR: LA INVESTIGACION SOBRE LAS CORRELACIONES DE LOS RESULTADOS DE PRUEBA CON MODIFICACIONES A LA E. E. G. O EN EL SCANNER (RASTREADOR).

#### APLICACIONES:

CLINICA: PUEDE SER UTILIZADO PARA EL DIAGNOSTICO Y LA EVALUACION FUNCIONAL, PERO SOBRE TODO PARA SEGUIR LA EVOLUCION DE UN PACIENTE EN EL TRANCURSO DEL TIEMPO.

**INVESTIGACION: ENSAYOS TERAPEUTICOS, INVESTIGACIONES SOBRE  
LA DEHENCIA, PROGRAMAS DE CUIDADOS.**

# EXTENDED SCALE FOR DEMENTIA (E.S.D.)

E.L. HERSCH

## TEST ITEMS

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. Responds to commands              | A ____ + B ____ + C ____                                       |
| 2. Digits span                       | A ____ + B ____  |
| 3. Naming items                      | A ____ + B ____  |
| 4. Repeating syllables               | A ____ + B ____  |
| 5. Double alternating movements      | A ____ + B ____ + C ____                                       |
| 6. Graphomotor activity              | A ____ + B ____  |
| 7. Block design                      | A ____ + B ____ + C ____                                       |
| 8. Similarities                      | A ____ + B ____ + C ____ + D ____                              |
| 9. Differences                       | A ____ + B ____ + C ____                                       |
| 10. Similarities multiple choice     | A ____ + B ____ + C ____                                       |
| 11. Identities/Oddities              | A to F total ____ + G ____ + H ____                            |
| 12. Sentence construction and Memory | A ____ + B ____ + C ____                                       |
| 13. Orientation (time)               | Day ____ Date ____ Month ____ Year ____                        |
| 14. Orientation (place)              | Name of hosp. ____ City ____ Country ____                      |
| 15. Orientation (age)                | Age ____ Year of birth ____                                    |
| 16. Information                      | P.M. ____ Months ____ Weeks ____                               |
| 17. Count A's                        | A ____ + B ____  |
| 18. Counting backwards               | (n of correct numbers 1/2 point)                               |
| 19. Counting by three                | (n of correct numbers by 3 points)                             |
| 20. Arithmetic                       | A ____ + B ____  |
| 21. Associate Learning               | A ____ B ____ C ____ D ____ E ____ F ____ G ____ H ____ I ____ |
| 22. Word Recognition and Memory      | A ____ + B ____  |
| 23. Design Recognition and Memory    | A ____ + B ____  |

**KENDRICK BATTERY FOR THE DETECTION OF DEMENTIA IN THE ELDERLY**

**BATERIA DE KENDRICK PARA LA DETECCION DE DEMENCIA EN LOS ANCIANOS**

**ESPECIFICIDAD**

\* \* \*

**TIPO DE INSTRUMENTO**

TEST PSICOMETRICO  
MIXTO DE DOS  
SUBTESTS.

**REFERENCIA:** KENDRICK (D.C.), GIBSON (A.J.), HOYES (I.C.A.). LA BATERIA DE KENDRICK CORREGIDA: ESTUDIOS CLINICOS. BRITISH JOURNAL OF SOCIAL AND CLINICAL PSYCHOLOGY, 1979, 18, 329-340.

**IDIOHA:** VERSION ORIGINAL EN INGLES. TRADUCCION EN ESPANOL.

**PAIS:** GRAN BRETANA.

**ORIGEN:** INSTRUMENTO DERIVADO DE LA "SYNONYM LEARNING TEST" (PRUEBA DE APRENDIZAJE DE SINONIMOS) BASADA EN: A) KENDRICK (D.C.): A. CROSS VALIDATION STUDY OF THE USE OF SLT AND DCT IN SCREENING FOR DIFFUSE BRAIN PATHOLOGY IN ELDERLY SUBJECTS. BRIT. J. MED. PSYCHOL., 1967, 40, 173-178. INSPIRADO POR "WALTON BLACK TEST" (LA PRUEBA DE WALTON Y DE BLACK) BASADA EN: B) WALTON (D.), WHITE (J.G.), BLACK (D.A.), YOUNG (A.S.). THE MODIFIED WORD LEARNING TEST: A CROSS VALIDATION STUDY. BRIT. J. MED. PSYCHOL., 1959, 33 213-220, EN LA CUAL HAN SIDO ASOCIADOS LOS TEXTOS ORIGINALES AFINADOS POR LOS AUTORES.

**OBJETIVO:** INSTRUMENTO CONCEBIDO A LA VEZ PARA DETECTAR Y APRECIAR LA EVOLUCION DE LOS ESTADOS DEMENCIALES DIFERENCIANDO LA PSEUDODEHECIA DEL SINDROME DEPRESIVO.

**POBLACION:** TODA LA POBLACION DE HAS DE 55 ANOS DE EDAD QUE VIVAN EN INSTITUCION O AMBULANTES.

**MODO DE APLICACION:**

- . **EVALUADOR:** PSICOLOGO, MEDICO GENERAL , ENFERMERA, TRABAJADORA SOCIAL Y ORTOFONISTA.
- . **TIEMPO DE APLICACION:** 15 MINUTOS
- . **ENTRENAMIENTO:** MEDIO DIA CON RECICLAJE REGULAR.

**DESCRIPCION:** ESTA BATERIA SE COMPONE DE DOS PRUEBAS:

1.- **APRENDIZAJE DE OBJETOS:** SE LE PRESENTAN AL SUJETO CUATRO TARJETAS DE FORMATO Y DE CONTENIDO DIFERENTES. LAS CUATRO TARJETAS COMPRENDEH RESPECTIVAMENTE 10, 15, 20 Y 25 OBJETOS, SON 70 EN TOTAL. EL TIEMPO DE PRESENTACION ES DE TRES SEGUNDOS POR OBJETO .

2.- **COPIA DE CIENTO CIFRAS:** REPARTIDAS AL AZAR Y DISPUESTAS SOBRE UNA PAGINA DE 10 LINEAS Y DE 10 COLUMNAS. EXISTEN FORMAS PARALELAS PARA EL RETEST A FIN DE EVITAR EL EFECTO DE PRACTICA O DEL APRENDIZAJE. EN EL PRIMER TEST, SE ATRIBUYE UN PUNTO PARA CADA RESPUESTA CORRECTA. LA SUMA DE PUNTAJES BRUTOS SON DESPUES TRANSFORMADOS EN FORMAS DE COCIENTES. LA EVALUACION DEL SEGUNDO SUBTEST TOHA EN CUENTA A LA VEZ LOS EXITOS Y LOS TIEMPOS REALIZADOS. PARA TENER LAS INFORMACIONES MAS DETALLADAS, ES NECESARIO REFERIRSE A LAS TABLAS PUBLICADAS EN EL MANUAL DEL AUTOR.

**VARIABLES: MEMORIA VISUAL A CORTO PLAZO Y RAPIDEZ DE EJECUCION**

**TRABAJOS DE VALIDACION: EFECTUADOS SOBRE DIFERENTES POBLACIONES DE SUJETOS DE EDAD, CON BUENA SALUD O QUE TENGAN AFECCIONES PSIQUIATRICAS U ORGANICAS, AMBULANTES Y HOSPITALIZADOS BASADOS EN :**

A) KENDRICK (D.C.), GIBSON (A.J.), MOYES (I.C.A.): THE REVISED KENDRICK BATTERY: CLINICAL STUDIES. BRIT. J. SOC. CLIN. PSYCHOL, 1979, 18, 329-339.

ESTOS TRABAJOS INCLUYERON:

VALIDEZ DE ESTRUCTURA: ANALISIS FACTORIAL

VALIDEZ EMPIRICA: EN RELACION AL DIAGNOSTICO CLINICO.

VALIDEZ PREDICTIVA: DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO

FIDELIDAD: TEST - RETEST A 24 HORAS DE INTERVALO EN FORMAS PARALELAS DEL SUB- TEST DE APRENDIZAJE DE OBJETOS.

SENSIBILIDAD: DISCRIMINATIVA ENTRE SUJETOS SANOS, DEPRIMIDOS Y DEHENTES SOMETIDOS A DOS APLICACIONES DE PRUEBAS A 6 SEMANAS DE INTERVALO DESPUES DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO NEUROLEPTICO O SISHOTERAPICO.

SE REALIZARON ESCALONAMIENTOS EN LAS ESCALAS DE INTENSIDAD, BASADOS EN :

A) GIBSON (A.J.), KENDRICK (D.C.): THE KENDRICK BATTERY FOR THE DETECTION OF DEMENTIA IN THE ELDERLY. WINDSON: NFER PUBLISHING COMPANY; NEW YORK: PSYCHOLOGICAL CORPORATION, 1979.

OTROS TRABAJOS MENCIONADOS POR LOS AUTORES: TRABAJOS CLINICOS Y DE INVESTIGACION .

**APLICACIONES:**

**CLINICA: DIANOSTICO Y PRONOSTICO, EVALUACION DEL  
FUNCIONAMIENTO COGNOSCITIVO SEGUN EL A. V. C..**

**INVESTIGACION: ENSAYOS TERAPEUTICOS Y LA APRECIACION DE LOS  
EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAHIENTO.**

# KENDRICK BATTERY FOR THE DETECTION OF DEMENTIA IN THE ELDERLY

D.C. KENDRICK - A. J. GIBSON

CLIENT'S NAME \_\_\_\_\_ AGE \_\_\_\_\_ SEX \_\_\_\_\_

ADDRESS/WARD \_\_\_\_\_ TEST DATE \_\_\_\_\_

SCHOOLING \_\_\_\_\_ MEDICATION AT TIME OF TEST \_\_\_\_\_

OCCUPATION \_\_\_\_\_ SAIWD \_\_\_\_\_

**RESULTS**

	FORM	SCORE	Age scaled score as a quotient
OLT FIRST TESTING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OLT SECOND TESTING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Time taken per 100 digits	or Dts completed in 120"	Estimated score	Age scaled score as a quotient
DCT FIRST TESTING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DCT SECOND TESTING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OTHER TEST RESULTS**

**DIAGNOSTIC PATTERNS**

OLT <sub>1</sub>	OLT <sub>2</sub>	DCT <sub>1</sub>	DCT <sub>2</sub>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNOSES. INITIAL \_\_\_\_\_ FINAL \_\_\_\_\_

CONFIDENCE IN INITIAL DIAGNOSIS \_\_\_\_\_ FINAL \_\_\_\_\_

BEHAVIOUR DURING ASSESSMENT \_\_\_\_\_

**OBJECT LEARNING TEST**

**1st TEST  
CARD**

FORM \_\_\_\_\_

1 (30')

2 (45')

3 (60')

4 (75')

Verbatim  
Answers

No.  
Correct

No.  
Correct

No.  
Correct

No.  
Correct

TOTAL CORRECT -

**2nd TEST  
CARD**

FORM \_\_\_\_\_

1 (30')

2 (45')

3 (60')

4 (75')

Verbatim  
Answers

No.  
Correct

No.  
Correct

No.  
Correct

No.  
Correct

TOTAL CORRECT -

**DIGIT COPYING TEST (1st trial)**

**DIGIT COPYING TEST (2nd trial)**

Date \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Ward \_\_\_\_\_

Ward \_\_\_\_\_

9 1 3 1 8 8 3 2 6 6

9 1 3 1 8 8 3 2 6 6

5 0 3 6 3 6 9 3 6 3

5 0 3 6 3 6 9 3 6 3

7 9 3 7 4 9 5 1 5 8

7 9 3 7 4 9 5 1 5 8

5 8 4 0 4 6 6 7 2 6

5 8 4 0 4 6 6 7 2 6

1 5 2 0 0 7 1 9 2 1

1 5 2 0 0 7 1 9 2 1

3 6 3 0 6 7 7 9 0 9

3 6 3 0 6 7 7 9 0 9

9 0 4 5 9 2 2 3 4 1

9 0 4 5 9 2 2 3 4 1

7 0 5 4 5 4 4 2 7 0

7 0 5 4 5 4 4 2 7 0

2 7 0 4 1 1 8 8 8 8

2 7 0 4 1 1 8 8 8 8

7 5 8 8 4 1 2 9 5 2

7 5 8 8 4 1 2 9 5 2

No. Completed in 2 minutes

No. Completed in 2 minutes

Time to complete 100 items

Time to complete 100 items

**CHECK LIST DIFFERENTIATING PSEUDO-DEMENTIA FROM DEMENTIA**  
**LISTA DE VERIFICACION PARA DIFERENCIAR LA PSEUDO-DEMENCIA DE LA**  
**DEMENCIA**

**ESPECIFICIDAD**

\* \*

**TIPO DE INSTRUMENTO**

LISTA DE VERIFI-  
CACION DE 22 ITEMS

**REFERENCIA:** WELLS (C.E.) PSEUDODEMENCIA. AM. J. PSYCHIAT, 1979,  
136, 7, 895 - 900.

**IDIOMA:** VERSION ORIGINAL PUBLICADA EN INGLES. TRADUCCION EN  
FRANCES.

**PAIS:** ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA

**ORIGEN:** INSTRUMENTO ORIGINAL BASADO SOBRE LA OBSERVACION CLINICA  
DE LOS ENFERMOS EN LOS QUE SE HA EFECTUADO UN DIAGNOSTICO DE  
DEMENCIA.

**OBJETIVO:** DISTINGUIR CLINICAMENTE LA PSEUDODEMENCIA DE LA  
DEMENCIA.

**POBLACION:** ENFERMOS HOSPITALIZADOS QUE PRESENTAN SINTOMAS DE TIPO  
DEMENCIAL.

**MODO DE APLICACION:**

- . EVALUADOR: MEDICO
- . TIEMPO DE APLICACION: 15 MINUTOS
- . ENTRENAMIENTO: SE REQUIERE UNA FORMACION NEUROLOGICA
- . EVALUACION: RESPUESTAS DE SI / NO POR CADA ITEM

VARIABLES:

PROBLEMAS OBSERVADOS

- PRINCIPIO
- PLAZO (RETRASO DE CONSULTA
- EVOLUCION
- ANTECEDENTES
- ACENTUACION VESPERTINA
- CONSECUENCIA PRACTICA (CICLO)

SINTOMAS Y COMPORTAMIENTO

- QUEJAS
- ACTITUDES ANTE LA ENFERMEDAD
- COMPENSACION
- HUMOR
- ATENCION, CONCENTRACION
- MEMORIA Y ORIENTACION

TRABAJOS DE VALIDACION: REALIZADO SOBRE UN GRUPO DE ENFERMOS HOSPITALIZADOS, BASADOS EN :

A) WELLS (C.E.), BUCHANAN (B.C.): THE CLINICAL USE OF PSYCHOLOGICAL TESTING IN CUALUATION IN DEMENTIA. IN: WELLS (C.E.) ED. "DEMENTIA". 2a. ED. PHILADEPHIA, PA: DAVIS CO, 1977.

INCLUYERON:

TRABAJOS DE VALIDACION CONCOMITANTE CON UNA BATERIA DE TESTS PSICOMETRICOS Y CON LA IMAGEN EN EL SCANNER (RASTREADOR) Y LA E.E.G.. VALIDEZ EMPIRICA EN RELACION AL DIAGNOSTICO Y PREDICTIVA EN RELACION A LA EVALUACION.

**APLICACIONES: INSTRUMENTO DE USO CLINICO EXCLUSIVAMENTE, QUE PERMITE SEPARAR LA DEMENCIA DE LA PSEUDODEMENCIA. TAMBIEN PERMITE CONSTITUIR GRUPOS DE PACIENTES HOMOGENEOS PARA TODO TIPO DE ESTUDIO (INCLUSION ENTRE LOS ENSAYOS TERAPEUTICOS, EXPLOTACION EPIDEMIOLOGICA DE DATOS, ETC.).**

# CHECK-LIST DIFFERENTIATING PSEUDODEMENTIA FROM DEMENTIA

C.E. WELLS

	PSEUDODEMENTIA	DEMENTIA
<b>Clinical Course and History</b>		
1. Family awareness of dysfunction and its severity:		
aware _____	<input type="checkbox"/>	
unaware _____		<input type="checkbox"/>
2. Onset dated with:		
some precision _____	<input type="checkbox"/>	
only within broad limits _____		<input type="checkbox"/>
3. Duration of symptoms before medical help sought:		
short _____	<input type="checkbox"/>	
long _____		<input type="checkbox"/>
4. Progression of symptoms after onset:		
rapid _____	<input type="checkbox"/>	
slow _____		<input type="checkbox"/>
5. History of previous psychiatric dysfunction:		
present _____	<input type="checkbox"/>	
absent _____		<input type="checkbox"/>
<b>Complaints and Clinical Behaviour</b>		
6. Patient complains of cognitive loss:		
much _____	<input type="checkbox"/>	
little _____		<input type="checkbox"/>
7. Patient's complaint of cognitive dysfunction:		
detailed _____	<input type="checkbox"/>	
vague _____		<input type="checkbox"/>
8. Attitude towards disability:		
emphasizes disability _____	<input type="checkbox"/>	
conceals disability _____		<input type="checkbox"/>
9. Response to achievements:		
highlight's failures _____	<input type="checkbox"/>	
delights in accomplishments, even if trivial _____		<input type="checkbox"/>
10. In performing even simple tasks:		
patient makes little effort _____	<input type="checkbox"/>	
patient struggles _____		<input type="checkbox"/>
11. In order to keep up with things:		
patient does not try _____	<input type="checkbox"/>	
patient relies on notes, calendars etc. _____		<input type="checkbox"/>

	PSEUDODEMENTIA	DEMENTIA
	_____	_____
12. In emotional situations:		
patient communicates strong sense of distress _____	<input type="checkbox"/>	
patient often appears unconcerned _____		<input type="checkbox"/>
13. Affective change:		
pervasive _____	<input type="checkbox"/>	
labile and shallow _____		<input type="checkbox"/>
14. Social skills:		
prominent and early loss _____	<input type="checkbox"/>	
retained _____		<input type="checkbox"/>
15. Congruence between performance and apparent cognitive dysfunction:		
behaviour incompatible _____	<input type="checkbox"/>	
behaviour compatible _____		<input type="checkbox"/>
16. Nocturnal accentuation of dysfunction:		
Not present _____	<input type="checkbox"/>	
Occurs _____		<input type="checkbox"/>
 <i>Clinical assessment of mental capacities</i>		
17. Attention and concentration:		
well preserved _____	<input type="checkbox"/>	
faulty _____		<input type="checkbox"/>
18. Typical answers to questions:		
"don't know" _____	<input type="checkbox"/>	
"near-miss" _____		<input type="checkbox"/>
19. Answers in tests of orientation:		
"don't know" _____	<input type="checkbox"/>	
Inappropriate, replaces usual with "unusual", e.g. "home" when patient in hospital _____		<input type="checkbox"/>
20. Memory loss for recent and remote events:		
equally severe _____	<input type="checkbox"/>	
more severe for recent than for remote _____		<input type="checkbox"/>
21. Memory gaps for specific periods or events:		
present _____	<input type="checkbox"/>	
memory loss not patchy _____		<input type="checkbox"/>
22. Performance on tasks similar in difficulty:		
marked variability _____	<input type="checkbox"/>	
consistently poor _____		<input type="checkbox"/>

**ORIENTATION SCALE FOR GERIATRIC PATIENTS**

**ESCALA DE ORIENTACION PARA PACIENTES GERIATRICOS**

**ESPECIFICIDAD**

\* \* \*

**TIPO DE INSTRUMENTO**

CUESTIONARIO DE  
10 ITEMS

REFERENCIA: BERG (S), SVENSSON (T). UNA ESCALA DE ORIENTACION PARA PACIENTES GERIATRICOS. AGE AND AGEING, 1980, No. 9, 215 - 219.

IDIOMA: VERSION ORIGINAL PUBLICADA EN SUECO. TRADUCCION AL INGLES.

PAIS: SUECIA

ORIGEN: INSTRUMENTO INSPIRADO POR LOS TRABAJOS DE KAHN Y OTROS, LIFSHITZ, PFEIFFER, QURESHI Y OTROS, SHAPIRO Y OTROS, ROTH, STONIER. EL CUESTIONARIO ACTUAL SE DERIVA DE UN CUESTIONARIO PRELIMINAR DE 20 PREGUNTAS, REDUCIDO A 10 DESPUES DE UN ANALISIS FACTORIAL, BASANDOSE EN:

A) KAHN (R.L), GOLDFARB (A.I.), POLLACK (H.), PECK (A.): BRIEF OBJECTIVE MEASURES FOR THE DETERMINATION OF MENTAL STATUS IN THE AGED. AM. J. PSYCHIAT., 1980, 117, 326 - 328.

B) LIFSHITZ (K.): PROBLEMS IN THE QUANTITATIVE EVALUATION OF PATIENTS WITH PSYCHOSIS OF THE SENIUM. J. PSYCHOL., 1960, 49, 295 - 303.

C) PFEIFFER (E.A.): A SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE FOR THE ASSESSMENT OF ORGANIC BRAIN DEFICIT IN ELDERLY PATIENTS. J. AM. GERIATRICS SOC., 1975, 23, 433 - 441.

D) QURESHI (K.N.), HODKINSON (H.M.): EVALUATION OF A TEN-QUESTION MENTAL TEST IN THE INSTITUTIONALIZED ELDERLY. AGE AND AGEING, 1974, 3, 152 - 157.

E) SHAPIRO (H.B.), POST (F.), LOFVING (B.), INGLIS (J.): MEMORY FUNCTION IN PSYCHIATRIC PATIENTS OVER SIXTY; SOME METHODOLOGICAL AND DIAGNOSTIC IMPLICATIONS. J. MENT. SCI., 1956, 102, 233 - 246.

F) ROTH (M.), HOPKINS (B.): PSYCHOLOGICAL TEST PERFORMANCE IN PATIENTS OVER 60. 1: SENILE PSYCHOSIS AND AFFECTIVE DISORDERS OF OLD AGE. J. MENT. SCI., 1953, 99, 439 - 450.

G) STONIER (P.D.): SCORE CHANGES FOLLOWING REPEATED ADMINISTRATION OF MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE. AGE AND AGEING, 1974, 3, 91 - 96.

**OBJETIVO:** ESTE INSTRUMENTO CLINICO FUE CONCEBIDO PARA SER USADO CON ENFERMOS ANCIANOS QUE SUFREN DE PROBLEMAS PSICOLOGICOS Y PSQUIATRICOS, CON EL FIN DE DIFERENCIAR A LOS SUJETOS ATACADOS DE DEMENCIA SENIL DEL TIPO ALZHEIMER Y/O DE ARTEREOSCLEROSIS CEREBRAL DE LOS PACIENTES INDEHNES DE ESTAS AFECCIONES.

**POBLACION:** ENFERMOS HOSPITALIZADOS EN RECINTOS GERIATRICOS Y PSICOGERIATRICOS DESPUES DE POR LO MENOS 14 DIAS.

**MODO DE APLICACION:**

. **EVALUADOR:** PSICOLOGO. MEDICO, ENFERMERA, TRABAJADORA

SOCIAL.

- . TIEMPO DE APLICACION: 5 MINUTOS.
- . ENTRENAMIENTO: NO NECESARIO.
- . EVALUACION: CADA UNA DE LAS 10 PREGUNTAS ES CALIFICADA DE 0 A 1. ALGUNAS RESPUESTAS INCORRECTAS NO SIGNIFICAN FORZOSAMENTE QUE EL SUJETO ESTE DESORIENTADO.

VARIABLES: DEMENCIA, ORIENTACION EN EL TIEMPO, EL LUGAR Y EN RELACION CON OTRAS PERSONAS.

TRABAJOS DE VALIDACION: EFECTUADOS SOBRE UNA POBLACION GERIATRICA Y PSICOGERIATRICA ; BASADOS EN BERG (S.), SVENSSON (T.). AN ORIENTATION SCALE FOR GERIATRIC PATIENTS. AGE AND AGEING, 1980, 9, 215 - 219. ANALISIS FACTORIAL DE DONDE SE DERIVO UN FACTOR GENERAL DE ORIENTACION QUE EXPLICABA EL 37% DE LA VARIANZA. FIDELIDAD TEST-RETEST Y COHERENCIA INTERNA.

APLICACIONES:

CLINICA: DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.

INVESTIGACION: ENSAYOS TERAPEUTICOS.

# ORIENTATION SCALE FOR GERIATRIC PATIENTS

S. BERG

## QUESTIONS

1. How old are you?
2. Where are you presently staying?  
(correct answer: name of the Geriatric Hospital)
3. What day of the week is it?
4. What year is it?
5. What time do you eat lunch here?  
(correct answer: time within 30 minutes)
6. What is the name of the patient lying/living next to you?  
(correct answer: One correct answer among several possibilities;  
in the case of a single patient room, someone in the next room).
7. Have you heard the name \_\_\_\_\_ ?  
(The name of the Head nurse)
8. Where is the office for the long-term-care ward?  
(correct answer: next to the day room, end of the hall, etc.)
9. When did you come to the hospital?  
(correct answer: in the case of a short term residence, the nearly exact date;  
with a longer residence, a more approximate date)
10. How many patients are there in this ward?  
(correct answer:  $\pm 5$  patients).

**Appliances**

None  
Stick  
Trend stick  
Walking aid  
Chair  
Cane    Yes    No

Do you go out alone?

If no, do you go out accompanied?

Are you able to go anywhere you like?

Mobility rating

No restriction  
Goes out - restricted  
Housebound  
Bedfast

In persons who have

a dyspnea grading of 5  
and/or restricted movement in a large joint  
and/or difficulty in walking across a room, ask  
Are you able to dress?  
Are you able to go up and down stairs?  
Can you get in and out of bed?  
Are you able to wash yourself?

Urine

Glucose  
Protein

**QUESTIONNAIRE ON MENTAL HEALTH FOR USE BY STAFF NURSE IN A SURVEY OF OLDER PEOPLE**

"Some of the questions I am going to ask are about things like memory and concentration and may seem a little different from the things a doctor usually asks. Please give me your full name."

Questions to assess Chronic Brain Syndrome.

- 1 What is your full postal address?
- 2 How long have you been living at this address?
- 3 What day of the week is it today?
- 4 What month are we in?
- 5 What year is it?
- 6 How old are you?
- 7 When is your birthday?
- 8 What year were you born?
- 9 Just making a guess, about what time is it just now

(Each wrong answer scores 1. Sum error score.)

Questions to assess Depression or Anxiety.

"These questions are about how you are feeling in yourself."

- 1 Have you any anxieties or problems that worry you at present?  
If yes (i) Are you feeling very upset by this?  
(ii) Is there any other particular worry bothering you at present?
- 2 (i) Are there times when you feel anxious without really knowing why?  
(ii) Are you distressed by silly pointless thoughts that keep coming into your mind against your will? (S.S.I.)
- 3 Have you any fears that tend to haunt or worry you?
- 4 What interests have you? (sewing, knitting, T.V. etc.)  
(If none) Have you lost interest in almost everything? (S.S.I.)
- 5 Do you look forward to things?  
(If not, or doubtful) Does the future seem pointless? (S.S.I.)
- 6 Do you find it a bother to do the things you are able for?  
If yes (i) Does even the thought of having to do anything feel an effort to you?  
(ii) Do you sometimes have to push yourself to start even the simplest task? (S.S.I.)
- 7 (Ask women)  
Do you tend to cry any more often than you used to?  
(Ask men)  
Have you ever felt like crying?  
(If yes) Have you felt more like crying recently than you used to in the past? (Beck)
- 8 (i) How are you in your spirits today? Are you quite happy or do you feel down in your spirits?  
(ii) Have your spirits been good or poor lately?  
(iii) Have your spirits ever been so low that you have just sat for hours on end? (S.S.I.)
- 9 (i) How are you sleeping just now?  
(ii) Do you feel rested when you rise in the morning?  
(iii) Has your sleep been good or poor during the past 12 months?
- 10 Do you sleep with or without sleeping tablets?
- 11 Have you felt nervous or depressed at any time during the past 12 months?  
if yes (i) Do you feel better or worse now compared to then?  
(ii) Were you able to cope adequately with your everyday life when you were like this?
- 12 Are you being given any medicines, tablets or capsules to soothe your nerves or make you less depressed?  
If yes, do you know what you have been given?
- 13 (i) Do you enjoy your food?  
(ii) Has your appetite been good or poor lately? (Beck)
- 14 Would you say that you are content with your present way of life?  
Do you have doubts about this?  
Are you dissatisfied?

S.S.I. means question is based on Signa Symptoms Inventory (Tomlin 1965).

Beck means question is based on Beck Depression Inventory.

## HIERARCHIC DEMENTIA SCALE

### ESCALA DE APRECIACION JERARQUICA DE LA DEMENCIA

#### ESPECIFICIDAD

\* \* \*

#### TIPO DE INSTRUMENTO

COMPUESTO DE:

ESCALA, LISTA DE

VERIFICACION

REFERENCIA: COLE (H.G.), DASTONER (D). DESARROLLO DE UNA ESCALA DE CALIFICACION DE LA DEMENCIA: COMUNICACION PRELIMINAR. J. CLINICAL AND EXPERIMENTAL GERONTOLOGY, 1980, 2, No. 1, 49-63.

IDIOMA: VERSION ORIGINAL PUBLICADA EN INGLES.

PAIS: CANADA

ORIGEN: INSTRUMENTO INSPIRADO EN LOS TRABAJOS DE LOS NEUROLOGOS LURIA, CONSTANTINIDIS Y AJURIAGUERA DE LA ESCUELA DE GINEBRA, FUNDADA SOBRE LA TEORIA DE LOS ESTADIOS DEL DESARROLLO COGNITIVO DE PIAGET (ESTADIO SENSORIO-MOTOR, DE LAS OPERACIONES CONCRETAS, ESTADIO FORMAL), BASADOS EN:

A) AJURIAGUERRA (J. DE), REY BELLET-MULLER (M.), TISSOT (R.). A PROPOS DE QUELQUES PROBLEMES POSES PAR LE DEFICIT OPERATOIRE DE VIEILLARDS ATTEINTS DE DEMENCE DEGENERATIVE EN DEBUT D'EVOLUTION. CORTES, 1964, 1, 103 - 132.

B) CONSTANTINIDIS (J.), RICHARD (J.), AJURIAGUERRA (J. DE). DEMENTIAS WITH SENILE PLAQUES AND NEUROFIBRILLARY CHANGES. IN: ISAACS (A.D.), POST (F.). EDS: "STUDIES IN GERIATRIC PSYCHIATRY". LONDON: J. WILEY, 1978.

C) LURIA (A.). HIGHER CORTICAL FUNCTIONS IN MAN. NEW YORK. BASIC BOOKS, 1980.

OBJETIVO: APRECIAR LA INTENSIDAD Y LA SEVERIDAD DE LA DEHENCIA CON FINES CLINICOS Y EXPERIMENTALES.

POBLACION: TODAS LAS CATEGORIAS DE LA DEHENCIA.

**MODO DE APLICACION:**

. EVALUADOR: PSICLOGO, MEDICO, ENFERMERA.

. TIEMPO DE APLICACION: 30 MINUTOS

. ENTRENAMIENTO: DE 5 A 10 HORAS SEGUN EL NIVEL ANTERIOR DEL EVALUADOR.

. EVALUACION: LAS ACTIVIDADES SON CLASIFICADAS POR ORDEN DE DIFICULTAD CRECIENTE. A CADA ACIERTO SE LE ASIGNA UN PUNTO DENTRO DE LAS ESCALAS DE 10 GRADOS Y 2 PUNTOS EN LAS ESCALAS DE 5 GRADOS. LA ACTIVIDAD DEL NIVEL MAS BAJO PUEDE SER REALIZADA POR UN DEHENTE CUYAS FUNCIONES COGNITIVAS ESTEN SERIAHENTE AFECTADAS, EN TAHTO QUE EL NIVEL MAS ELEVADO SUPONE LA INTEGRIDAD DE ESTAS FUNCIONES.

**VARIABLES:**

MOTRICIDAD

REFLEJOS ARCAICOS

ESTADIO DE DESARROLLO

SIGNOS PREFRONTALES

DESORIENTACION

REGISTRO DE INFORMACION

MEMORIA RECIENTE

MEMORIA DE LOS HECHOS REMOTOS

DEHINACION

PRAXIS IDEO-MOTRIZ

ESCRITURA

PRAXIS GRAFOHOTRICES

LECTURA

PRAXIS CONSTRUCTIVAS

GNOSIAS

PRAXIS IDEATORIAS

COMPRESION VERBAL

CONCENTRACION

SEGUIMIENTO VISUAL

CALCULO

SIMILITUD

TRABAJOS DE VALIDACION; EFECTUADOS SOBRE UNA POBLACION DE PACIENTES DEMENTES (DENEENCIA ARTERIOPATICA Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER), QUE INCLUYERON; VALIDEZ CONCURRENTENTE CON LA "CRICHTON GERIATRIC BEHAVIOR AL RATING SCALE" (ESCALA DE CALIFICACION CONDUCTUAL GERIATRICA DE CRICHTON ). FIDELIDAD INTER-JUECES, TEST-RETEST. BASADOS EN:

A) AJURIAGUERRA (J. DE), REGO (A.), TISSOT (R.), TICHARD (J.). DE QUELQUES ASPECTS DES TROUBLES DE L'HABILLAGE DANS LES DENEENCES L'ARDIVES DEGENERATIVE OU A LESIONS VASCULAIRES DIFFUSES. ANN. PSYCHOL., 1967, 2, 189 - 218.

B) PIAGET (J.), LA CONSTRUCTION DU REEL CHEZ L'ENFANT. ACTUALITES PEDAGOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES, 1973.

APLICACIONES:

CLINICA: CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO.

INVESTIGACION; ENSAYOS TERAPEUTICOS, ESTUDIOS DE PRONOSTICO.

# HIERARCHIC DEMENTIA SCALE

M.G. COLE - D. DASTOOR

## GRAPHIC PRAXIS

10. CUBE
9. CUBE (DIFFICULTY WITH PERSPECTIVE)
8. TWO RECTANGLES
7. CIRCLE AND SQUARE
6. RECTANGLE (SHOULD BE RECOGNIZABLE)
5. SQUARE (ALL FOUR SIDES SHOULD TOUCH)
4. CIRCLE INSIDE CIRCLE
3. CIRCLE
2. LINE
1. SCRIBBLE

## IDEOMOTOR PRAXIS

10. REVERSE HANDS
9. DOUBLE RINGS
8. DOUBLE FINGERS
7. OPPOSE HANDS
6. SINGLE RINGS
5. SINGLE FINGER
4. CLAP HANDS
3. WAVE "BYE BYE"
2. RAISE HANDS
1. OPEN MOUTH

## ORIENTATION

10. DATE
8. MONTH
6. YEAR OF BIRTH
4. MORNING OR AFTERNOON
2. FIRST NAME

## MOTOR SYSTEM

10. NO IMPAIRMENT
9. INCREASED MUSCLE TONE (WITH REPETITION)
8. INCREASED MUSCLE TONE (INITIAL MOVEMENT)
7. LOSS OF RHYTHM
6. LOSS OF ASSOCIATED MOVEMENTS
5. CONTRACTURES OF LEGS
4. KYPHOSIS
3. VERTICAL RESTRICTION OF EYE MOVEMENT
2. NON-AMBULATORY
1. LATERAL RESTRICTION OF EYE MOVEMENT

## DEVELOPMENTAL BEHAVIOUR

10. EXPLORES OBJECTS BY HANDS AND EYES
8. REACHES OUT FOR OBJECTS
6. ACCEPTS OBJECT PLACED IN HAND
4. FOLLOWS MOVING OBJECT
2. LOOKS AT OBJECT

## PREFRONTAL SIGNS

10. NONE
8. FACILE PREHENSION
6. CEPHALOOCULAL - REFLEX
4. OROVISUAL REFLEX
2. ORAL FACILE REFLEX

## GNOSIS

10. SUPERIMPOSED WORDS (1 CORRECT)
9. SUPERIMPOSED IMAGES (1 CORRECT)
8. DIGITAL GNOSIS NOT IMPAIRED (ALL CORRECT - THUMB - LITTLE FINGER - INDEX)
7. RIGHT-LEFT ON EXAMINER (HAND, KNEE, ELBOW)
6. RIGHT-LEFT ON SELF (HAND, KNEE, ELBOW)
5. BODY PARTS ON EXAMINER (HAND, KNEE, ELBOW)
4. BODY ON SELF (HAND, KNEE, ELBOW)
3. TOUCH (PINCH), LOCATED CORRECTLY (2\*) (LEFT FOREARM, RIGHT UPPER ARM AND NECK) (2 OUT OF 3 MUST BE CORRECT)
2. TOUCH (PINCH), LOCATED INCORRECTLY (2\*)
1. RESPONSE TO TOUCH (PINCH)

## CONCENTRATION

10. SERIAL 7's (100, 93, 86, ...)
9. SERIAL 3's (1, 4, 7, 10, 13, ...)
8. MONTHS OF YEAR BACKWARDS
7. DAYS OF WEEK BACKWARDS
6. 93-85
5. 10-1
4. MONTHS OF YEAR FORWARDS
3. DAYS OF WEEK FORWARDS
2. 1 - 10
1. ACTUAL COUNTING (10 OBJECTS)

ALLOW TWO ERRORS PER ITEM.

**BILAN DEVALUATION DU SYNDROME DEMENTIEL**

**CRITERIO DE EVALUACION DEL SINDROME DEMENCIAL**

ESPECIFICIDAD

\* \* \*

TIPO DE INSTRUMENTO

COMPUESTO

CUESTIONARIO-TEST

REFERENCIA: L. ISRAEL, INSTRUMENTO NO EDITADO MODIFICADO EN 1982.

IDIOMA: VERSION ORIGINAL PUBLICADA EN FRANCES.

PAIS: FRANCIA

ORIGEN: ESTE INSTRUMENTO SE BASA SOBRE LOS FUNDAMENTOS TEORICOS DESCRITOS POR J. AJURIAGUERRA Y SUS COLABORADORES EN RELACION A LA DESINTEGRACION DE LAS FUNCIONES COGNOSCITIVAS Y MAS PARTICULARMENTE A LAS NOCIONES DE ANALISIS ESTRUCTURAL, DE INVOLUCION, DE HOMOGENEIDAD Y DE INHOMOGENEIDAD (PERDIDA DE LA HOMOGENEIDAD) Y EL PRINCIPIO DE TRANSFERENCIA DEL APRENDIZAJE DESCRITOS EN UN ARTICULO PRECEDENTE.

OBJETIVO: ESTE BALANCE HA SIDO PUESTO A PUNTO CON EL OBJETO DE EVALUAR LOS EFECTOS DE UNA REEDUCACION PSICOHOTRIZ EN LOS SUJETOS ANCIANOS AFECTADOS DE SINDROMES DEMENCIALES, PARA APRECIAR LA NATURALEZA Y LA INTENSIDAD DE LA DESINTEGRACION DE LAS FUNCIONES INSTRUMENTALES.

POBLACION: ANCIANOS, AMBULANTES U HOSPITALIZADOS AFECTADOS DE SINDROME DEMENCIAL.

**MODO DE APLICACION:**

- . **EVALUADOR:** PSICOLOGO, MEDICO, ERGOTERAPEUTA, PSICOFISIOTERAPEUTA.
- . **TIEMPO DE APLICACION:** 20 A 30 MINUTOS SEGUN EL RITMO DE EL SUJETO.
- . **ENTRENAMIENTO:** ES RECOMENDABLE UNA FORMACION CLINICA ASI COMO UN BUEN CONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DESARROLLADOS POR J. DE AJURIAGUERRA Y LA ESCUELA DE GINEBRA.
- . **EVALUACION:** LA APRECIACION CLINICA ESTA PRINCIPALMENTE BASADA SOBRE LOS MECANISMOS PUESTOS EN JUEGO. LA CALIFICACION PUEDE TENER UN VALOR INDICATIVO, PERO ES MUY IMPORTANTE CONSIDERAR SOBRE TODO LA EVOLUCION MENTAL DEL PACIENTE PARA COMPRENDER EL PORQUE Y EL COMO DEL FRACASO O EXITO EN LAS PRUEBAS.

**DESCRIPCION:** ESTE BALANCE REUNE UNA VEINTENA DE PRUEBAS INSPIRADAS EN SU MAYORIA POR LA PSICOMETRIA O POR LA PSICOLOGIA GENETICA. SU ORDEN DE PRESENTACION NO ESTA ESTANDARIZADO Y SU CONTENIDO IMPLICA LO SIGUIENTE:

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>LA MEMORIA:</b>                | <b>LOS MECANISMOS OPERACIONALES:</b>                    |
| - RETENCION DEL PASADO            | - DOMINIO DE LA CONSERVACION                            |
| - POSIBILIDAD DE MEMORIZACION     | - DOMINIO DE LAS RELACIONES                             |
| - MEMORIA TOPOGRAFICA             | - DOMINIO DE LAS CLASES                                 |
| - APRENDIZAJE DE UNA CONSTRUCCION |   |
| <b>LAS GHOSIAS VISUALES</b>       | <b>LA REPRESENTACION Y LA ESTRUCTURACION ESPACIALES</b> |

OTROS TRABAJOS MENCIONADOS POR EL AUTOR: SE TRATA DE UNA APRECIACION CLINICA NO ESTANDARIZADA REMODELADA EN FUNCION DE CADA CASO PARTICULAR, QUE EN ESTE MOMENTO SE ENCUENTRA EN SU FASE EXPERIMENTAL.

**APLICACIONES:**

CLINICA: BALANCES GENERALES: ESTOS BALANCES DAN UNA INDICACION SOBRE LA NATURALEZA Y LA INTENSIDAD DEL SINDROME DEMENCIAL, EL ESTADO NEUROLOGICO Y SENSORIAL, LAS ACTIVIDADES COGNITIVAS SUBYACENTES A LAS FUNCIONES INSTRUMENTALES. RESPONSABILIZACION, EVALUACION DEL CAMBIO.

INVESTIGACION: EXPERIMENTAL O ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO.

# BILAN D'ÉVALUATION DU SYNDROME DÉMENTIEL

L. ISRAËL

## MEMOIRE

### Faits anciens:

- *quelle est votre date de naissance?*
- *où êtes-vous né?*
- *quels métiers avez-vous exercés?*
- *à quel âge vous êtes-vous marié?*
- *quel était le métier de votre mari (femme)?*
- *combien d'enfants avez-vous eus?*
- *quels sont leurs prénoms?*
- *quel est le prénom de votre mari (femme)?*

Notation: 1 point par réponse correcte, total maximum: 8 points.

### Mémoire topographique

1. Localisation d'un seul objet,
2. Localisation de deux objets,
3. Localisation de trois objets,
4. Localisation de quatre objets.

Notation: 1 point par objet bien retrouvé.  
Total: 1 + 2 + 3 + 4 = 10 points.

### Faits récents:

- *dans quelle ville sommes-nous?*
- *quel est le nom de l'établissement où nous sommes?*
- *pourquoi vous a-t-on hospitalisé?*
- *depuis quand êtes-vous malade?*
- *en quelle année sommes-nous?*
- *en quel mois?*
- *en quelle saison?*
- *quelle heure est-il en ce moment? (à peu près)*

Notation: 1 point par réponse correcte, total maximum: 8 points.

### Consigne:

- "Je vais cacher ce briquet ici dans ma poche. Faites bien attention où je le mets car vous devrez le retrouver."  
Après 10 secondes: "où ai-je mis le briquet? C'est bien."
- "A présent, voici le briquet et la boîte d'allumettes; faites très attention où je les place; je mets le briquet dans ma poche, la boîte d'allumettes derrière le téléphone."  
Après 10 secondes: "où est le briquet? (attendre la réponse) et où se trouve la boîte d'allumettes?"

On procède de la même façon avec trois autres objets, si le sujet réussit à retrouver les deux objets précédents. Il est important de choisir des cachettes très proches du sujet et de bien s'assurer qu'il suit du regard l'objet à cacher. On veillera à ne pas changer les objets de place chaque fois que l'on augmente le nombre d'objets. Tenter avec quatre objets quand les trois objets sont retrouvés. Il y a échec lorsque après avoir fait deux essais, le sujet ne parvient pas à replacer les objets à leurs emplacements respectifs.

## GNOSIES

Elles sont explorées par une épreuve qui permet l'objectivation d'une éventuelle agnosie visuelle. L'identification des images puis des objets est opérée par désignation afin de neutraliser l'interférence du langage oral.

Images: Disposer 8 images devant le sujet représentant une cavette, un verre, une carafe, un peigne, une brosse, un avion, une pioche, un tire-bouchon.

Consigne: "Montrez-moi le verre", "montrez-moi le peigne", etc...

Notation: 1 point par réponse correcte. Total: 8 points.

Objets: Disposer 8 objets devant le sujet représentant des oiseaux, une gomme, une clé, un crayon, un porte-monnaie, une bague, des allumettes, des lettres.

Consigne: "Montrez-moi les oiseaux", "montrez-moi la gomme", etc...

Notation: 1 point par réponse correcte. Total: 8 points.

## MÉCANISMES OPÉRATOIRES

### • Domaine des conservations.

#### • Conservation de la longueur (âge d'acquisition 8 ans).

Deux baguettes d'égale longueur et disposées en "correspondance optique" sont décalées l'une par l'autre devant le sujet. Ce dernier doit alors apprécier leurs longueurs respectives. La conservation de la longueur suppose une certaine réversibilité de la pensée pour compenser l'augmentation de la baguette d'un côté par sa diminution d'un autre côté.

#### • Conservation de la substance (âge d'acquisition 8 ans).

On présente au malade deux boules de pâte à modeler de même grosseur puis on transforme l'une d'elles en un boudin allongé. Ici le sujet doit découvrir et formuler l'"invariance" de la quantité de matière à travers les modifications de l'apparence perceptive. Cela suppose que le raisonnement s'appuie sur les transformations réelles de la situation et non sur les données fournies par la perception.

#### • Conservation du poids (âge d'acquisition 9 ans)

Même procédure que précédemment. Toutefois les questions sont formulées en fonction du poids et non en fonction de la quantité de matières. La conservation du poids implique la conservation de la substance. Piaget explique ce "décalage temporel" du poids par rapport à la substance, par son caractère fortement subjectif; la notion de poids restant tributaire de l'activité propre de l'enfant serait retardée dans sa compréhension.

#### Consigne:

- *Présenter au sujet deux baguettes de même longueur parallèlement et de même niveau.*  
*"Regardez bien, ces baguettes sont-elles de même longueur?"*
- *Déplacez le niveau de l'une des deux baguettes.*  
*"Maintenant les baguettes sont-elles de la même longueur?"*

#### Consigne:

*"Voici deux boules de pâte à modeler; elles sont pareilles. Regardez, avec celle-ci, je fais un boudin. Voilà. Demander: "Est-ce qu'il y a la même chose de pâte ou non?" Selon la réponse: "Est-ce qu'il y en a plus ou moins?" Noter la réponse.*

Amener le sujet à expliquer sa réponse et, au besoin, lui proposer la suggestion suivante: *"Vous pensez que le boudin contient plus de pâte parce qu'il est plus long. D'autres personnes me disent que la boule contient plus de pâte parce qu'elle est plus large, qui a raison?"* Si la personne a répondu que la boule contient plus de pâte, suggérer le raisonnement opposé. Enfin, si le sujet pense à l'égalité de la substance, lui faire confirmer.

Notation: Réponse exacte: "oui, c'est pareil", "c'est la même quantité". Accorder la réussite avec ou sans suggestion.

#### Consigne:

*"Voici deux boules de pâte à modeler; elles pèsent pareil." Si la personne doute de l'égalité des poids, les lui faire soulever et l'aider à les équilibrer. "Avec cette boule, je fais une galette. Voilà." Demander: "Si je les pesais toutes les deux, qu'est-ce que je trouverais?" Noter la réponse. Suggestion à proposer: "Vous pensez que la galette pèse plus lourd parce qu'elle est plus épaisse (ou plus grosse), qui a raison?" Proposer le raisonnement opposé si le sujet a d'abord répondu que la boule pèse plus lourd que la galette. Si la personne pense à l'égalité des poids, lui faire confirmer sa nouvelle réponse.*

Notation: Réponse exacte: "pareil" ou "c'est le même poids". Accorder la réussite avec ou sans suggestion.

### • Domaines de relations

Épreuve de sériation de baguettes (âge d'acquisition 7 ans). Il s'agit d'ordonner 10 baguettes de différentes longueurs dans un ordre croissant. Sérier les baguettes, de la plus petite à la plus grande.

#### • Domaine des classes

On présente au sujet un ensemble de 9 jetons en bois dont 6 jaunes et 3 noirs. L'épreuve consiste à comparer le nombre de jetons jaunes ou noirs à l'ensemble des jetons en bois. Il s'agit de comprendre qu'il y a plus de jetons en bois que de jetons jaunes ou de jetons noirs. Cela exige la capacité à emboîter les deux catégories (jaunes, noirs) dans un ensemble d'inclusions hiérarchisées.

"Combien y a-t-il de jetons noirs? de jetons jaunes?"

"Y a-t-il plus de jetons jaunes que de jetons noirs?"

"Y a-t-il plus de jetons noirs que de jetons jaunes?"

"Y a-t-il plus de jetons noirs que de jetons en bois?"

"Si on enlève les jetons jaunes restera-t-il des jetons en bois?"

## REPRÉSENTATION SPATIALE

Trois niveaux différents sont appréciés:

- Les relations topologiques élémentaires c'est-à-dire les notions intérieur-extérieur, haut-bas, droite-gauche, qui sont la base même de l'orientation.
- Les possibilités de structuration spatiale avec un matériel concret: quatre cubes de Kohls.
- Les possibilités de représentation graphique avec la réalisation de formes géométriques élémentaires (rond, carré, losange, cube), d'une maison, d'un bonhomme, avec ou sans modèle selon les difficultés pratiques des sujets.

### Relations topologiques

Utiliser la feuille de notation. La présenter au sujet en disant:

Consigne: "Essayez de faire (dessiner) une croix (comme ceci)  $\times$  dans le rond".

"C'est bien, maintenant faites la croix en-dehors du rond".

"A présent, au-dessus du rond".

"Puis au-dessous du rond", "à droite du rond", "à gauche du rond", enfin, "sur le rond"; si le sujet hésite: "sur le tout rond".

### Structuration spatiale

Disposer les cubes successivement selon la feuille de notation.

Consigne: "Regardez bien comment je dispose ces quatre cubes. Tenez, prenez ces quatre-ci et essayez de les mettre comme moi."

Passer à la configuration suivante après réussite.

Notation: 1 point par cube correctement disposé. Total maximum: 20 points.

### Représentation graphique

Consigne: "Regardez ces figures, et dessinez les mêmes à côté".

"Maintenant, voulez-vous me dessiner une maison?" c'est bien!

"Pour terminer, essayez de dessiner un bonhomme".

Notation: Appréciation qualitative.

Date: \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_

**FAITS ANCIENS**

- Date de naissance .....
- Lieu de naissance .....
- Profession personnelle .....
- Age du mariage .....
- Profession conjoint .....
- Nombre d'enfants .....
- Prénom enfants .....
- Prénom conjoint .....

/8

**FAITS RECENTS**

- Ville .....
- Etablissement .....
- Santé .....
- Début maladie .....
- Mois .....
- Année .....
- Heure approximative .....
- Saison .....
- Adresse actuelle .....

/8

**EMPAN MNEMONIQUE:** Chiffres de Wechsler

/6

**PRM REDUIT:** de Rey

	sap.	cer.	chai.	sol.	clef.	mal.	min.	chat.	para.
dénomination									
reconnaissance									
évoation									
reconition									

/10

/10

/10

/10

20 minutes après: Vous a-t-on déjà présenté ces dessins?

/3

où? quand?

MEMOIRE

**MEMOIRE TOPOGRAPHIQUE**

1 obj  2 obj  3 obj  4 obj

/10

**APPRENTISSAGE D'UNE CONSTRUCTION**

	1	2	3
			
			
			
			

MECANISMES OPERATOIRES

CONSERVATION

- Matière
- Poids
- Volume

RELATIONS (baguettes)

la plus longue  la plus courte  sériations

CLASSES (jetons)

jetons jaunes  jetons noirs  jetons en bois

GNOSIES

IMAGES

/8

OBJETS

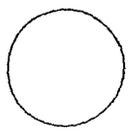
/8

REPRESENTATION SPATIALE

RELATIONS TOPOLOGIQUES

- dedans
- dehors
- dessus
- dessous

- droite
- gauche
- sur



Structuration spatiale: cubes de Kohs



Représentation graphique:

Rond



carré



triangle



cube



Niveau

BEHAVIOR AND MOOD DISTURBANCE SCALE

ESCALA DE PERTURBACION DE CONDUCTA Y DEL HUMOR

ESPECIFICIDAD

\* \* \*

TIPO DE INSTRUMENTO

ESCALA ORDINAL DE  
31 ITEMS EN 5 GRADOS

REFERENCIA: GREENE (J.G.), SMITH (R.), GARDINER (M.), TIMBURY (G.C.) MEDICION DE DISTURBIOS DE LA CONDUCTA DE PACIENTES ANCIANOS DEMENCIADOS EN LA COMUNIDAD Y SUS EFECTOS EN PARIENTES; UN ESTUDIO ANALITICO FACTORIAL. AGE AND AGEING, 1982, 11, 121 - 126.

IDIOMA: VERSION ORIGINAL PUBLICADA EN INGLES.

PAIS: GRAN BRETANA

ORIGEN: LOS AUTORES SE INSPIRARON A PARTIR DE LOS TRABAJOS EN LA LITERATURA EXISTENTE. BASADOS EN:

A) BERGMANN (K.). HOW TO KEEP THE FAMILY SUPPORTIVE. GERIAT. MED., 1979, 23, 53 - 57.

B) BERGMANN (K.), FOSTER (E.M.), JUSTICE (A.W.), MATTHEWS (V.). MANAGEMENT OF THE ELDERLY DEMENTED PATIENT IN THE COMMUNITY. BRIT. J. PSYCHIAT., 1978, 132, 441 - 449.

C) GUREL (L.), LINN (M.H.), LINN (B.S.). PHYSICAL AND MENTAL IMPAIRMENT OF FUNCTION EVALUATION IN THE AGED. THE PAMIE SCALE. J. GERONT., 1972, 1, 83 - 90.

D) LAWTON (M.P.), BRODY (E.M.). ASSESSMENT OF OLDER PEOPLE;

SELF-MAINTAINING AND INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING.  
GERONTOLOGIST, 1969, 179 - 186.

E) PATTIE (A.H.), GILLEARD (C.). MANUAL OF THE CLIFTON  
ASSESSMENT PROCEDURES FOR THE ELDERLY. SEVENOAKS, KENT: HODDER AND  
STOUGHTON, 1979.

F) WILKINSON (L.A.), GRAHAM-WHITE (J.). PSYCHOGERIATRIC  
DEPENDENCY RATING SCALES (P.G.D.R.S.). A METHOD OF ASSESSMENT FOR  
USE BY NURSES. BRIT. J. PSYCHIAT., 1980, 137, 558 - 565.

OBJETIVO: EL INSTRUMENTO HA SIDO CONCEBIDO CON EL FIN DE TENER UNA  
PERCEPCION DEL COMPORTAMIENTO DE UN DEMENTE A TRAVES DE SU  
FAMILIA. EL INSTRUMENTO TIENE TAMBIEN FINES EXPERIMENTALES.

POBLACION: DEHENTES ANOSOS QUE VIVEN EN SU DOMICILIO.

**MODO DE APLICACION:**

- . EVALUADOR: PARIENTE O TODA PERSONA QUE SE OCUPE DEL  
PACIENTE DE EDAD DEMENCIADO.
- . TIEMPO DE APLICACION: 15 O 20 MINUTOS
- . ENTRENAMIENTO: NO NECESARIO
- . EVALUACION: ESCALA DE 5 GRADOS CON RANGO DE CERO A  
CUATRO.

VARIABLES: VARIACIONES BASADAS ALREDEDOR DE LOS ASPECTOS  
SIGUIENTES:

DESORDENES DEL HUMOR  
DESORDENES DEL COMPORTAMIENTO  
INDIFERENCIA

**TRABAJOS DE VALIDACION: EFECTUADOS ENTRE UNA POBLACION DE PERSONAS ANOSAS DEHENCIADAS, QUE INCLUYERON:**

**ANALISIS FACTORIAL**

**TEST RETEST**

A) GREENE (J.G.), SMITH (R.), GARDINER (M.), TIMBURY (G.C.).  
MEASURING BEHAVIOURAL DISTURBANCE OF DISTURBANCE OF ELDERLY  
DEMENTED PATIENTS IN THE COMMUNITY AND ITS EFFECTS ON RELATIVES. A  
FACTOR ANALYTIC STUDY. AGE AND AGEING, 1982, 11, 121 - 126.

**OTROS TRABAJOS MENCIONADOS POR LOS AUTORES: ESTUDIO LONGITUDINAL  
REALIZADO DENTRO DE UN HOSPITAL DE DIA Y BASADO EN:**

A) GREENE (J.G.), TIMBURY (G.C.). A GERIATRIC PSYCHIATRY DAY  
HOSPITAL SERVICE. A FIVE-YEAR REVIEW. AGE AND AGEING, 1979, 8, 49  
- 53.

**APLICACIONES:**

**CLINICA:**

**PRONOSTICO: RESPONSABILIDAD TERAPEUTICA**

**INDICACIONES: DE UBICACION (HOSPITAL DE DIA O REGRESO A SU  
DOMICILIO).**

**INVESTIGACION:**

**ENCUESTAS Y TODO ESTUDIO EN DONDE EL COMPORTAMIENTO DE PERSONAS  
ANOSAS EN LA COMUNIDAD SE HA INVESTIGADO.**

# BEHAVIOUR AND MOOD DISTURBANCE SCALE

J. G. GREENE

Scoring 0 = never

1 = rarely, now and again

2 = sometimes, in between

3 = frequently, most of the time, quite a bit

4 = always, all the time

\* = scoring reversed

Does he/she . . . . .

- 1. play or talk with the children?
- 2. watch and follow television?
- 3. read newspapers, magazines etc.?
- 4. keep his/herself busy doing useful things?
- 5. help out with domestic chores?
  - 6. sit around doing nothing?
- 7. take part in family conversations?
  - 8. ever talk nonsense?
- 9. understand what is said to him/her?
- 10. ever start and maintain a sensible conversation?
- 11. respond sensibly when spoken to?
  - 12. ever wander off the subject?
- 13. show an interest in news about friends and relatives?
  - 14. ever cry for no obvious reason?
  - 15. ever become angry and threatening?
  - 16. ever appear unhappy and depressed?
  - 17. ever appear restless and agitated?
  - 18. ever look frightened and anxious?
  - 19. ever become irritable and easily upset?
  - 20. mood ever change for no apparent reason?
- 21. ever seem lost in a world of his/her own?
- 22. ever get lost in the house?
- 23. ever fail to recognize familiar people?
- 24. ever get mixed up about the day, year, etc.?
- 25. get mixed up about where he/she is?
- 26. ever moan and complain?
- 27. ever talk out loud to him/herself?
- 28. ever mutter to him or herself?
- 29. ever get up unusually early in the morning?
- 30. ever go on and on about certain things?
- 31. wander outside the house at night?
- 32. wander outside the house and get lost?
- 33. have to be prevented from wandering outside the house?
- 34. ever accuse people of things?
- 35. ever heard useless things?
- 36. ever endanger him/herself?
- 37. ever pace up and down wringing his or her hands?
- 38. talk all the time?
- 39. ever shout at the children?
- 40. attempt to help with the housework but prove more of a hindrance than a help?

RELATIVES STRESS SCALE

ESCALA DE ESTRES PARA FAMILIARES

ESPECIFICIDAD

\* \* \* (LOS FAMILIARES)

TIPO DE INSTRUMENTO

ESCALA ORDINAL DE 15  
ITEMS EN 5 GRADOS

REFERENCIA: GREENE (J.G.), SMITH (R), GARDINER (H), TIMBURY (G.C.). MEDICION DE DISTURBIOS CONDUCTUALES DE PACIENTES ANCIANOS DEMENTES EN LA COMUNIDAD Y SUS EFECTOS SOBRE SUS FAMILIARES: ESTUDIO ANALITICO FACTORIAL. AGE AND AGEING, 1982, 11, 121 - 126.

IDIOMA: VERSION ORIGINAL PUBLICADA EN INGLES.

PAIS: GRAN BRETANA

ORIGEN: LOS AUTORES SE INSPIRARON EN LOS TRABAJOS EXISTENTES EN LA LITERATURA, BASANDOSE EN:

A) BERGMANN (K.), HOW TO KEEP THE FAMILY SUPPORTIVE. GERIAT., MED., 1979, 23, 53 - 57.

B) BERGMANN (K.), FOSTER (E.H.), JUSTICE (A.H.), MATTHEWS (V.). MANAGEMENT OF THE ELDERLY DEMENTED PATIENT IN THE COMMUNITY. BRIEF J. PSYCHIAT., 1978, 132, 441 - 449.

C) GUREL (L.), LIHN (H.H.), LIN (B.S.). PHYSICAL AND MENTAL IMPAIRMENT OF FUNCTION EVALUATION IN THE AGED. THE PAHIE SCALE. J. GERONT., 1972, 1, 83 - 90.

D) LANTON (H.P.), BRODY (E.H.). ASSESSMENT OF OLDER PEOPLE: SELF-MAINTAINING AND INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING. GERONTOLOGIST, 1969, 179 - 186.

E) HEER (B.), BAKER (J.). THE STOCKTON GERIATRIC RATING SCALE. J. GERONTOL., 1966, 21, 372 - 403.

F) PATTIE (A.H.), GILLEARD (C.). MANUAL OF THE CLIFTON ASSESSMENT PROCEDURES FOR THE ALDERLY. SEVENDASKS, KENT: HODDER AND STOUGHTON, 1979.

G) WILDINSON (I.A.), GRAHAM-WHITE (J.). PSYCHOGERIATRIC DEPENDENCY RATING SCALES (P.G.D.R.S.). A METHOD OF ASSESSMENT FOR USE BY NURSES. BRIT. J. PSYCHIAT., 1980, 132, 558 - 565.

**OBJETIVO:** EL INSTRUMENTO POSEE VARIOS FINES EXPERIMENTALES:

- APRECIAR LA FORMA Y LA INTENSIDAD DE ESTRES VIVIDO POR UN PACIENTE, ASUMIENDO LA CARGA O LA RESPONSABILIDAD DE UNA PERSONA ANOSA DEMENTE.
- COMPLETAR LA APRECIACION HECHA POR LA FAMILIA SOBRE LOS DEHENTES POR UNA EVALUACION DE LOS MECANISMOS PSICOLOGICOS DE ADAPTACION DE LA FAMILIA.

**BASANDOSE EN :**

A) GREENE (J.G.), SMITH (R.), GARDINER (H.): EVALUATING REALITY ORIENTATION WITH PSYCHOGERIATRIC DAY HOSPITAL PATIENTS . IN: TAYLOR (R.), GILMORE (A.) EDS: "RECENT TRENDS IN SOCIAL GERONTOLOGY". GOWER PUBLISHING CO., 1982.

B) GREENE (J.G.), TIMBURY (G.C.): A GERIATRIC PSYCHIATRY DAY HOSPITAL SERVICE: A FIVE-YEAR REVIEW. AGE AND AGEING. 1979, 8 49-53.

**POBLACION:** FAMILIAS DE DEMENTES QUE VIVEN EN EL DOMICILIO

**MODO DE APLICACION:**

- . EVALUADOR: LA FAMILIA O EL TUTOR.
- . TIEMPO DE APLICACION: 10 A 15 MINUTOS
- . ENTRENAMIENTO: NO NECESARIO
- . CLASIFICACION: ESCALA DE 5 GRADOS, CON RANGO DE 0 A 4

VARIABLES: ANGUSTIA, RECHAZO Y TRANSTORNOS.

TRABAJOS DE VALIDACION: INCLUYERON:

ANALISIS FACTORIAL  
FIDELIDAD, TEST-RETEST

BASADOS EN :

A) GREENE (J.G.), SMITH (R.), GARDINER (H.), TIMBURY (G.C.):  
MEASURING BEHAVIOURAL DISTURBANCE OF ELDERLY DEMENTED PATIENTS IN  
THE COMMUNITY AND ITS EFFECTS ON RELATIVES: A FACTOR ANALYTIC  
STUDY. AGE AND AGEING 1982, 11, 121 - 126.

OTROS TRABAJOS HENCIONADOS POR LOS AUTORES: ESTUDIO LONGITUDINAL  
DE UN PROGRAMA TERAPEUTICO REALIZADO DENTRO DE UN HOSPITAL DE DIA  
EN PERSONAS ANOSAS DEHENTES.

APLICACIONES:

CLINICA:

- ESTUDIOS DE PREVISION DEL COMPORTAMIENTO.
- PROGRAMA TERAPEUTICO, RESPONZABILIZACION.
- ACTITUDES COMPORTAMENTALES.

INVESTIGACION:

- ENCUESTAS PSICOSOCIALES.

# RELATIVES' STRESS SCALE

J.G. GREENE

*The following are asked in relation to the elderly person with a view to assessing degree of burden*

**Scoring**

**Items 1 - 10**

- 0 : not at all
- 1 : a little
- 2 : moderately
- 3 : quite a bit
- 4 : extremely, considerably

**Items 11 - 20**

- 0 : never
- 1 : rarely
- 2 : sometimes
- 3 : frequently, quite a lot
- 4 : always, all the time

- |  |         |
|--|---------|
| 1. How much has the household routine been upset?  | [ ] [ ] |
| 2. How much has your social life been affected?  | [ ] [ ] |
| 3. Has your standard of living been reduced?   | [ ] [ ] |
| 4. Do you find it difficult to get away on holiday?  | [ ] [ ] |
| 5. Has your own health suffered at all?  | [ ] [ ] |
| 6. Have you found yourself neglecting the children?  | [ ] [ ] |
| 7. Are you at all prevented from having visitors?  | [ ] [ ] |
| 8. Has it affected how you get on with your spouse?  | [ ] [ ] |
| 9. Do you feel you could do with more help from professional agencies?                             | [ ] [ ] |
| 10. Is there any other way in which your life has been affected, if so to what degree?             | [ ] [ ] |
| 11. Do you worry about accidents happening to . . . . . ?  | [ ] [ ] |
| 12. Do you ever feel embarrassed by . . . . . ?  | [ ] [ ] |
| 13. Do you ever get cross and angry with . . . . . ?   | [ ] [ ] |
| 14. Is your sleep ever interrupted by . . . . . ?  | [ ] [ ] |
| 15. Do the children ever become upset by the behaviour of . . . . . ?                              | [ ] [ ] |
| 16. Do you ever feel you can no longer cope with the situation?                                    | [ ] [ ] |
| 17. Do you ever feel that there will be no end to the problem?                                     | [ ] [ ] |
| 18. Do you ever get depressed by the situation   | [ ] [ ] |
| 19. Do you ever feel frustrated at times with . . . . . ?  | [ ] [ ] |
| 20. Do you ever feel that you need a break?  | [ ] [ ] |
| 21. Is there anything particular about . . . . . 's behaviour that upsets you, and if so how much? |         |
| (a) . . . . .  |         |
| (b) . . . . .  |         |
| (c) . . . . .  |         |

PHYSICAL AND MENTAL HEALTH QUESTIONNAIRE

CUESTIONARIO DE APRECIACION DE SALUD FISICA Y MENTAL

ESPECIFICIDAD

\* \* \*

TIPO DE INSTRUMENTO

CUESTIONARIO Y EXAMEN

SALUD FISICA: 10

RUBROS

SALUD MENTAL: 23

PREGUNTAS

REFERENCIA: MILNE (J.S.), HAULE (M.H.), CORMACK (S), HILLIAHSON (J.). EL DISEÑO Y PRUEBA DE UN CUESTIONARIO Y UN EXAMEN (RECONOCIMIENTO MEDICO) PARA EVALUAR LA SALUD FISICA Y MENTAL EN GENTE ANOSA UTILIZANDO EQUIPO DE ENFERMERAS COHO OBSERVADORES. J. CHRON. DIS., 1972, 25, 385 - 405.

IDIOMA: VERSION ORIGINAL PUBLICADA EN INGLES

PAIS: GRAN BRETANA

ORIGEN: INSTRUMENTO QUE TIENE UN DOBLE ORIGEN: EL ESTUDIO LONGITUDINAL SOBRE LAS PERSONAS ANOSAS, INICIADO POR LOS AUTORES EN 1968 Y 1969, Y LOS TRABAJOS APARECIDOS DENTRO DE LA LITERATURA, SOBRE LOS CUESTIONARIOS DE ENCUESTAS:

- CUESTIONARIO SOBRE LA INSUFICIENCIA CORONARIA Y LA CLAUDICACION INTERMITENTE DE ROSE Y EL CODIGO MINNESOTA DE LECTURA DE E. C. G., CUESTIONARIO DEL "MEDICAL RESEARCH COUNCIL COMMITTEE" (COMITE DEL CONSEJO DE INVESTIGACION MEDICA)

SOBRE LA BRONQUITIS CRONICA Y DE EPSTEIN PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ULCERA DUODENAL. TRABAJOS DE DYER Y PRIDIE SOBRE LA HERNIA HIATAL. ESTUDIOS DE COBB Y OTROS SOBRE LAS ARTROPATIAS.

- "MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE" (CUESTIONARIO DEL ESTADO MENTAL DE KAHN Y OTROS "MENTAL IMPAIRMENT MEASUREMENT" (MEDICION DEL DETERIORO MENTAL) DE ISAACS Y OTROS, "INTELECTUALL RATING SCALE" (ESCALA DE CLASIFICACION INTELECTUAL DE ROBINSON, "PSYCHOLOGICAL TEST PROFORMA" (TEST PROFORMA PSICOLOGICO) DE BLESSED, ROTH Y OTROS, "SIGNS SYMPTOMS INVENTORY" (INVENTARIO DE SINTOMAS DE LAS SEMALES), DE FOULDS "BECK DEPRESSION INVENTORY" (INVENTARIO DE DEPRESION) DE BECK Y OTROS.

BASANDOSE EN :

A) ROSE (G.A.): THE DIAGNOSIS OF ISCHAEMIC HEART PAIN AND INTERMITTENT CLAUDICATION IN FIELD SURVEYS. BULL WHO, 1962, 27, 645 - 658

B) MEDICAL RESEARCH COUNCIL COMMITTEE ON AETIOLOGY OF BRONCHITIS FOR CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PURPOSES. A REPORT TO THE MEDICAL RESEARCH COUNCIL BY THEIR COMMITTEE ON THE AETIOLOGY OF CHRONIC BRONCHITIS. LANCET, VOL. 1, No. 3, 775 - 779.

C) EPSTEIN (L.H.): VALIDITY OF A QUESTIONNAIRE FOR DIAGNOSIS OF PEPTIC ULCER IN AN ETHNICALLY HETEROGENEOUS POPULATION. J. CHRON. DIS., 1969, 22, 49 - 55.

D) DYER (N.H.), PRIDIE (R.B.): INCIDENCE OF HIATUS HERNIA IN ASYMPTOMATIC SUBJECTS. GUT., 1968, 9, 696 - 699.

E) COBB (S.), WARREN (J.E.), MERCHANT (H.R.) ET AL.: AN ESTIMATE OF THE PREVALENCE OF RHEUMATOID ARTHRITIS. J. CHRON. DIS., 1957, 5, 636 - 643.

F) KAHN (R.L.), GOLDFARB (A.I.), POLLOCK (H.) ET AL.: BRIEF OBJECTIVE MEASURES FOR THE DETERMINATION OF MENTAL STATUS IN THE AGED. AMER. J. PSYCHIAT., 1960, 117, 326 - 328.

G) ISAACS (B.), WALKEY (F.): THAT ASSESSMENT OF THE MENTAL STATE OF ELDERLY HOSPITAL PATIENTS USING A SIMPLE QUESTIONNAIRE. AMER. J. PSYCHIAT., 1963, 120, 173 - 174.

H) ROBINSON (R.A.): PROBLEMS OF DRUG TRIALS IN ELDERLY PEOPLE. GERONT. CLIN. 1961, 3, 247 - 257.

I) BLESSED (G.), TOMLINSON (B.E.), ROTH (M.): THE ASSOCIATION BETWEEN QUANTITATIVE MEASURES OF DEMENTIA AND OF SENILE CHANGE IN CEREBRAL GREY MATTER OF ELDERLY SUBJECTS. BRIT. J. PSYCHIAT., 1968, 144, 797 - 811.

J) FOULDS (G.A.): PERSONALITY AND PERSONAL ILLNESS. LONDON: TAVISTOCK, 1965.

K) BECK (A.J.), HARD (C.H.), MENDELSON (M.) ET AL.: AN INVENTORY FOR MEASURING DEPRESSION. ARCH. GEN. PSYCHIAT., 1961, 41, 561 - 571.

OBJETIVO: ELABORAR, CON FINES EXPERIMENTALES, UN CUESTIONARIO QUE HIDA LA SALUD FISICA Y MENTAL DE PERSONAS ANOSAS, QUE SEA BREVE, PRECISO Y QUE NO INCONHODE A LOS SUJETOS EXAMINADOS.

POBLACION: ANCIANA EXCLUYENDO A PACIENTES SEVERAMENTE DEHENCIADOS.

MODO DE APLICACION:

. EVALUADOR: ENFERMERO(A)

. TIEMPO DE APLICACION: 30 MINUTOS

. ENTRENAMIENTO: NECESARIO E IMPORTANTE. ESTA FORMACION

EXPLICA EL INTERES DE LAS PREGUNTAS E INDICA LA MANERA DE HACERLAS. SE REALIZA POR MEDIO DE TECNICAS AUDIOVISUALES. BASADO EN:

AL MILNE (J.S.), MAULE (M.H.), CORMACK (S.), WILLIAMSON (J.): THE DESIGN AND TESTING OF A QUESTIONNAIRE AND EXAMINATION TO ASSESS PHYSICAL AND MENTAL HEALTH IN OLDER PEOPLE USING A STAFF NURSE AS THE OBSERVER. J. CHRON. DIS., 1972, VOL 25, 385 - 405.

· EVALUACION: VARIABLE SEGUN LOS DOMINIOS EXPLORADOS:

EN LOS QUE SE REFIEREN A LA PARTE CONSAGRADA A LA SALUD MENTAL; SE LE PIDE AL OBSERVADOR TRANSCRIBIR LAS RESPUESTAS DEL SUJETO, PALABRA POR PALABRA. LA EVALUACION SE EFECTUA A PARTIR DE ESTAS RESPUESTAS POR UN PSIQUIATRA.

#### VARIABLES:

- SALUD FISICA: SE COMPONE DE 2 PUNTOS: CUESTIONARIO: INSUFICIENCIA CORONARIA, ARTRITIS DE MIEMBROS INFERIORES, BRONQUITIS CRONICA, TABAQUISMO, ULCERA DUODENAL, HERNIA HIATAL, INFECCION URINARIA, ARTROPATIA, ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL, ANTECEDENTES DE HOSPITALIZACION. Y EXAMEN: PRESION ARTERIAL, ESTATURA, PESO, PLEGUE CUTANEO, TRICIPITAL, BASADO EN: MILNE (J.S.), MAULE (M.H.), CORMACK (S.), WILLIAMSON (J.): THE DESIGN AND TESTING OF A QUESTIONNAIRE AND EXAMINATION TO ASSESS PHYSICAL AND MENTAL HEALTH IN OLDER PEOPLE USING A STAFF NURSE AS THE OBSERVER. J. CHRON. DIS., 1972, VOL. 25, 385 - 405; EL PUNO DE LAS MANOS, EL EXAMEN DE LAS ARTICULACIONES.

- SALUD MENTAL: LA DEMENCIA, Y LOS DESORDENES DEL HUMOR.

TRABAJOS DE VALIDACION: LOS INSTRUMENTOS FISICOS HABIENDO SIDO

VALIDADOS. EN LO QUE CONCIERNE A LA SALUD MENTAL, LOS ESTUDIOS DE CORRELACION ENTRE LOS CUATRO INSTRUMENTOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE HAN SIDO REALIZADOS ASI COMO LOS TRABAJOS SOBRE SU SENSIBILIDAD RESPECTIVA Y SU ESPECIFICIDAD. LAS "MENTAL ENPAIRMENT MEASUREMENT" (MEDICION DEL DETERIORO MENTAL) FUE RETENIDO. PARA LA EVOLUCION DE DESORDENES DEL HUMOR, LA VALIDEZ DE CADA ITEM DE "S.S.I." Y DEL "INVENTARIO DE BECK" FUE CALCULADA CON LA APRECIACION DIAGNOSTICA GLOBAL DE UN CLINICO SOBRE UNA POBLACION DE PERSONAS ANOSAS. BASANDOSE EN :

A) MILNE (J.S.), HAULE (M.H.), CORMACK (S.), WILLIAMSON (J.): THE DESIGN AND TESTING OF A QUESTIONNAIRE AND EXAMINATION TO ASSESS PHYSICAL AND MENTAL HEALTH IN OLDER PEOPLE USING A STAFF NURSE AS THE OBSERVER. J. CHRON. DIS., 1972, VOL. 25, 385 - 405

B) FOULDS (G.A.): PERSONALITY AND PERSONAL ILLNESS. LONDON: TAVISTOCK, 1965.

C) BECK (A.J.), WARD (C.H.), MENDELSON (H.) ET AL.: AN INVENTORY FOR MEASURING DEPRESSION. ARCH. GEN. PSYCHIAT., 1961, 41, 561 - 571.

VALIDEZ EMPIRICA DEL CUESTIONARIO MENTAL EN RELACION AL DIAGNOSTICO CLINICO.

FIDELIDAD INTERJUECES ENTRE MEDICOS Y ENFERMERAS Y TEST-RETEST EL MISMO DIA O DESPUES DE DOS SEMANAS. BASANDOSE EN: MILNE (J.S.), HAULE (M.H.), CORMACK (S.), WILLIAMSON (J.), THE DESIGN AND TESTING OF A QUESTIONNAIRE AND EXAMINATION TO ASSESS PHYSICAL AND MENTAL HEALTH IN OLDER PEOPLE USING A STAFF NURSE AS THE OBSERVER. J. CHRON. DIS., 1972, VOL. 25, 37 - 41.

APLICACIONES: INVESTIGACION FUNDAMENTAL Y APLICADA: ESTUDIOS

EPIDEMIOLÓGICOS (INCAPACIDAD ACTUAL, PRONÓSTICO PARA LOS ESTUDIOS  
LONGITUDINALES), DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN DE PROBLEMAS O  
PROGRAMACIÓN DE LOS CIUDADANOS.

# PHYSICAL AND MENTAL HEALTH QUESTIONNAIRE

J.S. MILNE

## QUESTIONNAIRE ON PHYSICAL HEALTH FOR USE BY STAFF NURSE IN A SURVEY OF OLDER PEOPLE

1. Rose's questions on angina pectoris and possible myocardial infarction (Rose 1962).
2. Rose's questions on intermittent claudication (Rose 1963).
3. A shortened version of the M.R.C. Questionnaire on Respiratory Symptoms (1966) including questions 1, 3, 5 on cough, questions 6, 8, 10 on phlegm, questions 12a, 12b on past chest illness and questions 14a, 14b, 14c, 14d on breathlessness.
4. Smoking
  - (a) (i) Do you smoke cigarettes now?
    - (ii) If yes to Q. 4a (i), How many manufactured cigarettes do you usually smoke per day?
    - (iii) How old were you when you began to smoke cigarettes?
  - (b) (i) If no in Q. 4a (i), If you do not smoke cigarettes now did you ever smoke them?
    - (ii) If you used to smoke regularly how many cigarettes per day were you smoking before you gave up?
    - (iii) How old were you when you began to smoke cigarettes?
    - (iv) When did you give up smoking?
5. Duodenal ulcer
  - (a) (i) Has any doctor ever said you had a duodenal ulcer?
    - (ii) If yes, was it confirmed by X-ray?
  - (b) (i) Are you ever troubled with pain in your stomach or abdomen?
    - (ii) If yes to Q. 5b (i), Where do you feel it? (Mark X on pain site)
    - (iii) If yes to Q. 5b (i), How soon after eating?
    - (iv) If yes to Q. 5b (i), Does milk or food relieve the pain?
    - (v) If yes to Q. 5b (i), Does the pain ever wake you at night?
6. Heart burn
  - (i) Are you troubled with heartburn?
  - (ii) If yes, what is the effect, if any, on the heartburn when standing, stooping, lying or sitting?
7. Urinary tract infection
  - (i) Have you ever at any time had cystitis or a chill or infection in your bladder?
    - (ii) If yes, how many times?
    - (iii) Have you at any time in the past had pain on passing urine?
8. Arthritis and rheumatism
  - (i) Have you ever had pain in any of your joints?
  - (ii) Do you wake up with stiffness or aching in your joints or muscles?
  - (iii) Have you ever had swelling in any of your joints?
9. Stroke
 

Has any doctor ever said you have had a stroke?
10. Hospital history
  - (i) Have you ever been in hospital?
    - (ii) If yes, what was wrong? When?
  - (ii) Have you ever attended hospital as an outpatient?
    - (iii) If yes, what was wrong? When?
    - (iv) Have you ever had an operation?
      - (v) If yes, what was wrong? When?

## EXAMINATION BY STAFF NURSE IN A SURVEY OF OLDER PEOPLE

	Syst.	Diast.	Diast.	
Blood Pressure	1.			
	2.			
Dynamometer	R grip	1.		2.
	L grip	1.		2.
Peak Flow Rate	1.	2.		
Weight	kg			
Height	mm			
Triceps (skinfold thickness)	1	2		
Open your hands				Hand movement
				Full
				Restricted
Clench your fists				Shoulder movement
Put your arms above your head				Full
				Restricted
Extension of knees				Knee extension
				Full
				Restricted
Squat				Hip movement
				Full
				Restricted
Get up and walk across the room				Normal
				With difficulty
				With help
				Can't walk

**HARD FUNCTION INVENTORY (H.F.I.)**

**(H.F.I.) INVENTARIO FUNCIONAL HOSPITALARIO**

**ESPECIFICIDAD**

\* \* \*

**TIPO DE INSTRUMENTO**

ESCALA ORDINAL DE 12

ITEMS CON 5 GRADOS

**REFERENCIA:** NORTON (J.C.), ROMANO (P.O.), SANDIFER (M.G.). EL INVENTARIO DE FUNCIONES HOSPITALARIAS: UNA ESCALA PARA USO EN GERIATRIA Y PACIENTES DEHENCIADOS INTERNOS. DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM, 1977, 38, 1, 20 - 23.

**IDIOMA:** VERSION ORIGINAL PUBLICADA EN INGLES.

**PAIS:** ESTADOS UNIDOS DE NORTEAHERICA

**ORIGEN:** INSTRUMENTO ORIGINAL CONSTRUIDO POR APROXIMACIONES SUCESIVAS A TRAVES DE ESTUDIOS DE FIDELIDAD INTERJUECES. RESULTA DE LA CONCERTACION ENTRE DIFERENTES MIEMBROS DEL EQUIPO DE CUIDADOS SOBRE LOS PROBLEMAS ESPECIFICOS QUE SON PADECIDOS POR LOS PACIENTES QUE PRESENTAN DAMO CEREBRAL ORGANICO.

**OBJETIVO:** ESTA HERRAMIENTA CLINICA HA SIDO CONCEBIDA CON EL FIN DE FACILITAR LA COMUNICACION EN EL SENO DEL EQUIPO DE CUIDADOS.

**POBLACION:** PERSONAS ANOSAS HOSPITALIZADAS, DETERIORADAS O DEHENCIADAS.

**MODO DE APLICACION:**

- . **EVALUADOR:** TODO MIEMBRO DEL PERSONAL HOSPITALARIO, DE PREFERENCIA UNA ENFERMERA.
- . **TIEMPO DE APLICACION:** 5 MINUTOS
- . **ENTRENAMIENTO:** NO NECESARIO, PARA INCREMENTAR LA FIDELIDAD DE LAS EVALUACIONES.
- . **EVALUACION:** CADA ITEM SE EVALUA DE 1 A 5, CONFORME A UNA ESCALA DE PESO (PONDERACION) CRECIENTE. EL PUNTAJE GLOBAL VARIA DE 12 A 60.

**VARIABLES:** LA ESCALA COMPRENDE UN CONJUNTO DE DEFICIENCIAS COGNITIVAS Y DE COMPORTAMIENTO GENERALMENTE OBSERVADAS ACERCA DE ESTA CATEGORIA DE ENFERMEDADES:

ORIENTACION	ATENCION
CONTINENCIA	MEMORIA
OBEDIENCIA A LAS ORDENES	ADMINISTRACION FINANCIERA
HIGIENE Y LIMPIEZA	PROYECTOS
SOCIABILIDAD	ALIMENTACION
COMPORTAMIENTO INADAPTADO	CONVERSACION

**TRABAJS DE VALIDACION:** EFECTUADOS SOBRE UNA POBLACION TRIPLE PSIQUIATRICA, NEUROLOGICA Y EN INSTITUCIONES. BASANDOSE EN: NORTON (J.C.), ROMANO (P.O.), SANDIFER (H.G.). THE WARD FUNCTION INVENTORY (WFI). A SCALE FOR USE WITH GERIATRIC AND DEHENTED IMPATIENTS. DISEASES OF THE HERVOUS SYSTEM. JAN. 1977, VOL. 38, No. 1, 20 - 23. INCLUYERON:

VALIDEZ EMPIRICA: REPARTICION ENTRE LAS POBLACIONES PSIQUIATRICAS, NEUROLOGICAS Y EN INSTITUCIONES. BASANDOSE EN: CORRELACION CON UNA CLASIFICACION PREVIA DE PACIENTES EN

**INSTITUCION EN NIVEL DE DEFICIENCIA.**

**FIDELIDAD INTERJUECES: PARA CADA UNO DE LOS ITEMS Y PARA EL PUNTAJE GLOBAL, EL NUMERO DE JUECES VARIABA DE 6 A 15.**

**APLICACIONES:**

**INVESTIGACION: EVALUACION DEL EFECTO DE TRATAMIENTO SOBRE LA AUTONOMIA FUNCIONAL DE LOS SUJETOS.**

**CLINICA HOSPITALARIA: DETERMINACION DE LAS NECESIDADES DE PACIENTES CON CUIDADOS DE ENFERMERIA EN FUNCION DE SU GRADO DE AUTONOMIA.**

# WARD FUNCTION INVENTORY (W.F.I.)

J. C. NORTON

*Directions: Circle one score in each category that best describes the patient most of the time.*

**1. Orientation**

- 1 = oriented to time, person, place
- 2 = disoriented time (month and year)
- 3 = disoriented to place (doesn't know name of building or city)
- 4 = disoriented to place (can't find his room, the bathroom, etc.)
- 5 = disoriented to person (doesn't know who he is)

**2. Continence**

- 1 = continent of feces and urine
- 2 = patient knows he needs to go but can't find bathroom
- 3 = incontinent of urine when not reminded to toilet
- 4 = always incontinent of urine but not of feces
- 5 = incontinent of feces and urine

**3. Following commands**

- 1 = able to follow written and verbal commands
- 2 = can follow verbal but not written commands
- 3 = can follow verbal commands only with demonstration
- 4 = can follow verbal commands only with demonstration and prompting
- 5 = unable to follow commands in any way

**4. Personal needs (hygiene and cleanliness)**

- 1 = neat and tidy, cares for all personal needs
- 2 = cares for personal needs with supervision
- 3 = cares for some, but not all personal needs
- 4 = unable to dress properly or does not remain dressed
- 5 = unable to care for any personal needs (washing, shower, etc.)

**5. Socialization**

- 1 = socially appropriate, seems to enjoy some social interactions
- 2 = occasionally withdrawn, usually socializes
- 3 = seclusive behavior, deliberately avoids being with others most of the time
- 4 = does not tolerate with others even when in a social situation
- 5 = totally seclusive, avoids contact even when being treated by visiting friends

**6. Intergroup behavior**

- 1 = patient is socially appropriate
- 2 = patient responds to intergroup stimulus appropriately
- 3 = reacts to stimulus, then reacts aggressively and/or seeks to harm
- 4 = patient is disruptive, destructive, violent, hostile, belligerent
- 5 = patient is destructive and aggressive toward things, staff or others
- 6 = patient is overly inappropriate, urinates or urinates in hall

**7. Attention**

- 1 = attends appropriately, sustains interest for a normal amount of time in ongoing activities
- 2 = usually involved in ongoing activities, but attention fluctuates
- 3 = attention can be captured initially, but is not sustained
- 4 = attention can only occasionally be captured but not reliably
- 5 = totally unresponsive

**8. Memory**

- 1 = shows no defects in recall of recent or remote events
- 2 = remote memory intact, occasionally forgets recent events, names, appointments
- 3 = characteristically forgets names, appointments, etc.
- 4 = repeats questions, cannot remember from moment to moment
- 5 = cannot recall recent or remote events at all

**9. Money**

- 1 = can handle money adequately both in hospital and in terms of financial affairs at home
- 2 = can handle money adequately in hospital, but is unrealistic about finances at home
- 3 = can handle small amounts in hospital but requires some supervision
- 4 = needs help in any circumstances

**10. Decision making future**

- 1 = is realistic about the future
- 2 = is realistic about short future, but lacks long term plans, are unrealistic or absent
- 3 = lacks realistic planning resources

**11. Ingestive**

- 1 = eats properly by himself
- 2 = eats by himself but is messy
- 3 = can eat by himself when tray is prepared (packages opened, meat cut)
- 4 = doesn't know how to eat with utensils, misses tray entirely
- 5 = cannot feed himself at all, even without utensils

**12. Verbal skills**

- 1 = can conduct a logical conversation
- 2 = is usually logical in conversation, but sometimes lacks organization
- 3 = has some appropriate responses, but lacks organization
- 4 = has difficulty with logical conversation
- 5 = no verbal communication

TOTAL SCORE \_\_\_\_\_ Maximum - 59

*Norms for different populations are indicated in the main reference*

Other observations or comments: \_\_\_\_\_

G.B.S. SCALE

ESCALA G.B.S.

ESPECIFICIDAD

\* \* \*

TIPO DE INSTRUMENTO

ESCALA ORDINAL DE  
26 ITEMS, CON 7  
GRADOS.

REFERENCIA: GOTTFRIES (C.G.), BRANE (G.), STEEN (G.). UNA NUEVA  
ESCALA DE MEDIDA PARA EL SINDROME DE DEMENCIA. GERONTOLOGY, 1982,  
28, SUPPL. 2, 20 - 31.

IDIOMA: VERSION ORIGINAL PUBLICADA EN SUECO.

PAIS: SUECIA

ORIGEN: INSTRUMENTO QUE SE ORIGINA EN EL TRABAJO DE LA LITERATURA.

A) ADOLFSSON (R.), GOTTFRIES (C.G.), NYSTROM (L.), WINBLAD (B.):  
PREVALENCE OF DEHENTIA DISORDERS IN INSTITUTIONALIZED SWEDISH OLD  
PEOPLE. THE WORK IMPOSED BY CARING FOR THESE PATIENTS. ACTA  
PSYCHIAT. SCAND, 1981, 63, 225,244.

B) ACBERG (M.), MONTGOMERY (S.A.), PERRIS (C.), SCHALLING (D.),  
SEDVALL (G.): A COMPREHENSIVE PSYCHOPATHOLOGICAL RATING SCALE.  
ACTA PSYCHIAT. SCAND, SUPPL. 271, 5-27.

C) BERG (S.), SVEHSSON (T.): AN ORIENTATION SCALE FOR GERIATRIC  
PATIENTS. AGE AND AGEING, 1980, 9, 215-219.

D) GOTTFRIES (C.G.), GOTTFRIES (I.): GERIATRISKT SKATTNINGSSCHEMA.  
MANUSCRIPT UNPUBLISHED, 1968.

E) KAHN (R.L.), GOLDFARB (A.I.), POLLAK (H.), PECK (A.): BRIEF  
OBJECTIVE MEASURES FOR THE DETERMINATION OF MENTAL STATUS IN THE  
AGED. AM. J. PSYCHIAT., 1960, 117, 326.

F) PLUTCHIK (R.), CONTE (H.), LIEBERMAN (H.), BAKUR (H.), GROSSMAN  
(J.), LEHRMAN (H.): PLUTCHIK GERIATRIC RATING SCALE IN: GUY (H.)  
ED: "ECDEU ASSESSMENT MANUAL FOR PSYCHOPHARMACOLOGY" REVISED ED  
KENSINGTON, MARYLAND; GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY, 1976.

G) ROBINSON (R.A.): SOME PROBLEMS OF CLINICAL TRIALS IN ELDERLY  
PEOPLE. GERONTOLOGIA CLINICA, 1961, 3, 247-251.

H) SHADER (R.I.), HARMATZ (J.), SALZHAN (C.): A NEW SCALE FOR  
CLINICAL ASSESSMENT IN GERIATRIC POPULATIONS: SANDOZ CLINICAL  
ASSESSMENT - GERIATRIC (SCAG). JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS  
SOCIETY, 1974, 22, 3, 107-113.

OBJETIVO: MEDIDA PARA USO CLINICO Y PSICOFARMACOLOGICO EN GRADO Y  
TIPO DE DEFICIENCIA DE PACIENTES DEMENTES.

POBLACION: PACIENTES HOSPITALIZADOS O NO, QUE TENGAN SINDROME  
DEMECIAL.

**MODO DE APLICACION:**

- . EVALUADOR: PSICOLOGO, MEDICO O ENFERMERA
- . TIEMPO DE APLICACION: 30 MINUTOS
- . ENTRENAMIENTO: ES NECESARIA UNA SESION DE ENTRENAMIENTO,

PARTICULARMENTE A AQUELLOS QUE ESTAN AFECTADOS O CON PROBLEMAS EN EL FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL.

- . EVALUACION: CADA REACTIVO ESTA MEDIDO DE 0 A 6, SEGUN UNA ESCALA CRECIENTE. LA IMPORTANCIA DE GRADOS PARES ES EXPLICADO PARA CADA REACTIVO. EL PUNTAJE TOTAL VARIA DE 0 A 156.

VARIABLES: SE EXPLORAN CUATRO ZONAS:

- FUNCIONES MOTRICES: VESTIDO, ALIMENTACION, ACTIVIDAD FISICA, ACTIVIDAD ESPONTANEA, HIGIENE PERSONAL, CONTINENCIA.

- FUNCIONES INTELECTUALES: ORIENTACION, MEMORIA, VIGILIA, CONCENTRACION, RITMO DE ACTIVIDAD, DISTRACCION, EXPRESION VERBAL.

- FUNCIONES EMOCIONALES: EXPRESION DE LAS EMOCIONES, LABILIDAD EMOCIONAL, MOTIVACION.

- SINTOMAS NORHALES DE LA DEMENCIA: CONFUSION, IRRITABILIDAD, ANSIEDAD, TERRORES Y DEPRESIONES.

TRABAJOS DE VALIDACION: EFECTUADOS SOBRE UNA POBLACION DE PACIENTES EN INSTITUCIONES PARA ENFERMEDADES SOMATICAS CRONICAS Y HOSPITALIZADOS EN PSICOGERIATRIA. INCLUYERON:

FIDELIDAD INTERJUECES: 4 JUECES INDEPENDIENTES DE LOS CUALES 2 ERAN ENFERMEROS, UN MEDICO Y UN PSICOLOGO.

APLICACIONES:

CLINICA: MEDIDA CUANTITATIVA DE UNA DEMENCIA DIAGNOSTICADA Y "EL PERFIL" DE LA DEMENCIA. PROGRAMA DE CUIDADOS

INVESTIGACION: ENSAYOS TERAPEUTICOS.

# G.B.S. SCALE

C.G. GOTTFRIES - G. BRANE - G. SIFEN

## CONTENT

### MOTOR FUNCTIONS

- 1 Motor insufficiency in undressing and dressing
- 2 Motor insufficiency in taking food
- 3 Impaired physical activity
- 4 Deficiency of spontaneous activity
- 5 Motor insufficiency in managing personal hygiene
- 6 Inability to control bladder and bowel

### INTELLECTUAL FUNCTIONS

- 1 Impaired orientation in space
- 2 Impaired orientation in time
- 3 Impaired personal orientation
- 4 Impaired recent memory
- 5 Impaired distant memory
- 6 Impaired wakefulness
- 7 Impaired concentration
- 8 Inability to increase tempo
- 9 Absentmindedness
- 10 Longwindedness
- 11 Distractability

### EMOTIONAL FUNCTIONS

- 1 Emotional blunting
- 2 Emotional lability
- 3 Reduced Motivation

### DIFFERENT SYMPTOMS COMMON IN DEMENTIA

- 1 Confusion
- 2 Irritability
- 3 Anxiety
- 4 Agony
- 5 Reduced mood
- 6 Restlessness

*Instructions:* Assess the condition of the patient as it has been during the most recent period, using the following questionnaire (\_\_\_ weeks \_\_\_ days). For each question the patient can score 0, 2, 4 or 6 points. Mark with a cross the alternative answer which in your view corresponds to the condition of the patient. If the condition of the patient does not correspond to anyone of the defined alternatives but lies somewhere between them, mark alternative 1, 2 or 5. For three variables, it is also possible to mark 9 = patient not testable. By repeated ratings - do it every day at the same time.

## MOTOR FUNCTIONS

*The following variables are concerned with the patient's motor efficiency, not his/her motivation.*

### 1 Motor Insufficiency In undressing and dressing

- 0 Patient manages unaided
- 1
- 2 Patient requires help with buttons, zip-fasteners, etc....
- 3
- 4 Patient requires help from staff in undressing and dressing but cooperates actively.
- 5
- 6 Patient must be entirely dressed by staff.

### 2 Motor Insufficiency in taking food

- 0 Patient can feed himself unaided.
- 1
- 2 Patient needs supervision and help in feeding himself.
- 3
- 4 Patient always requires supervision but gives some help.
- 5
- 6 Patient must be entirely fed by staff

### 3 Impaired Physical Activity

- 0 Patient can walk unaided, possibly with a stick.
- 1
- 2 Patient requires support (walking frame, wheeled frame, etc)
- 3
- 4 Patient requires help from another person
- 5
- 6 Patient is chair-bound or bedridden.

### 4 Deficiency of spontaneous activity

- 0 Patient has normal motor function and spontaneous activity. He/she can for example telephone from a coin-operated instrument and make purchases at a shop or kiosk.
- 1
- 2 Patient often sits more inactive than could be considered normal but simple stimulation induces spontaneous activity.
- 3
- 4 Patient bestirs himself/herself spontaneously only with powerful stimulus, for example visits by relatives.
- 5
- 6 Patient shows no spontaneous activity. He/she moves only on direct exhortation, for example order to go to the dining room, to bed, etc. or in response to elemental need (e.g. visit to toilet)

### 5 Motor Insufficiency in managing personal hygiene

- 0 Patient can attend to personal hygiene unaided, e.g. can wash, comb hair, brush hair and teeth
- 1
- 2 Patient must have some help with shower or bath but manages the rest of the toilet unaided.
- 3
- 4 Patient requires help but takes an active part.
- 5
- 6 Patient requires help with everything.

### 6 Inability to control bladder and bowel

- 0 Patient has full control of bladder and bowel.
- 1
- 2 Patient has an occasional mishap with micturition but manages otherwise with a reminder or if he/she is promptly helped to toilet or with bed-pan.
- 3
- 4 Patient has frequent mishaps with micturition-several times weekly-and/or is occasionally incontinent of faeces.
- 5
- 6 Patient is constantly incontinent of urine and/or faeces.

## DIFFERENT SYMPTOMS COMMON IN DEMENTIA

### 1 Confusion

- 0 The patient is able to think clearly and has undistorted contact with his/her environment.
- 1
- 2 The patient appears bewildered and doubtful, despite the fact that he/she is orientated in time and space and personally.
- 3
- 4 The patient is obviously confused and does not behave in a given situation as one can expect.
- 5
- 6 The patient is completely confused, so that meaningful communication and activity is impossible. The personality is completely destroyed.

### 2 Irritability

- 0 The patient shows no sign of irritability, he/she is calm.
- 1
- 2 The patient now and then shows irritability, especially when asked indiscrete questions.
- 3
- 4 Contact which not ought to be provocative, often produces irritability which not always can be controlled.
- 5
- 6 All contact with the patient produces marked irritability which cannot be controlled.

### 3 Anxiety

- 0 The patient does not show any marked anxiety.
- 1
- 2 The patient is now and then worried, worries unnecessarily about things, but is able to control his/her feelings.
- 3
- 4 The patient is always markedly anxious and worries about trifles but can be diverted.
- 5
- 6 The patient is so markedly anxious that he/she cannot perform purposeful acts. Worries about trifles. Cannot be diverted.

### 4 Agony

- 0 The patient has neither mental nor physical signs of agony.
- 1
- 2 The patient shows temporarily signs of vague mental discomfort but the condition can be controlled.
- 3
- 4 The patient shows always signs of diffuse mental discomfort which can reach the level of panic. The condition is characterized by body stature and vegetative symptoms like sweating and palpitation may occur. The patient cannot be diverted.
- 5
- 6 The patient shows signs of marked diffuse mental discomfort with prolonged panic attacks. Feelings of horror and/or death-agony occur and cannot be overcome.

### 5 Reduced mood

- 0 The patient's mood level is normal.
- 1
- 2 From time to time the patient appears low spirited and self-reproachful but periods of brighter mood predominate.
- 3
- 4 The patient is obviously depressed and this is evident not only verbally but also in his facial expression and posture (the patient may, for example, feel forsaken by family and friends and may complain of aches and pains, fatigue, early waking, sleep problems, etc.).
- 5
- 6 The patient is extremely depressed and this renders him/her incapable of functioning in the great majority of situations.

### 6 Restlessness

- 0 The patient shows no signs of motor restlessness, is normally active with periods of tranquility.
- 1
- 2 The patient shows certain signs of restlessness, i.e. changes position several times during the conversation, has difficulty in keeping hands and feet still and often fidgets with various objects.
- 3
- 4 The patient appears obviously restless, cannot sit still and makes constant movements to stand up during the conversation, for example wrings the hands or picks incessantly at objects within reach.
- 5
- 6 The patient wanders to and fro almost without ceasing and even for short spells he is unable to sit still.

## INTELLECTUAL FUNCTIONS

### 1 Impaired orientation in space

- 0 Patient knows which geographical place, which hospital department/ward he is in; i.e. patient is completely orientated in space.
- 1
- 2 Patient has some defects in spatial orientation but is orientated in his own department or in his own home.
- 3
- 4 Patient is disorientated, i.e. has defects of orientation in his own department or in his home.
- 5
- 6 Patient is completely disorientated in space.

### 2 Impaired orientation in time

- 0 Patient knows day of week, date and year.
- 1
- 2 Patient knows what year and what month it is (but not the name of the day and the date).
- 3
- 4 Patient knows which season it is.
- 5
- 6 Patient is completely disorientated in time.
- 9 Patient is not testable.

### 3 Impaired personal Orientation

- 0 Patient has accurate knowledge of his name, occupation, age and date of birth.
- 1
- 2 Patient knows his name but may lack knowledge of other personal details.
- 3
- 4 Patient remembers his name only with some help.
- 5
- 6 Patient is completely disorientated as to personal details.

### 4 Impaired recent memory

- 0 Patient has no disturbance of recent memory, i.e. he/she knows what has happened during the last 24 hours.
- 1
- 2 Patient has some impairment of recent memory but this is evident only in more detailed conversation or testing.
- 3
- 4 Patient has such impairment of recent memory that this is evident in superficial conversation.
- 5
- 6 Recent memory has completely gone; patient cannot remember anything from one moment to the next.

### 5 Impaired distant memory

- 0 No disturbance of distant memory-in detailed conversation the patient remembers the names of persons important to him/her and important political or other events during the years of childhood and youth.
- 1
- 2 Patient cannot answer questions such as the above. He/she finds it difficult to remember important persons and important political events from earlier periods in life.
- 3
- 4 Patient has much impaired distant memory, which is evident in superficial conversation; for example the patient does not remember names, numbers, places of residence etc of members of the family.
- 5
- 6 Patient's distant memory has completely gone.

### 6 Impaired wakefulness

- 0 Patient is fully awake
- 1
- 2 From time to time the patient appears slightly drowsy.
- 3
- 4 Patient shows signs of drowsiness but only slight encouragement is required to keep him awake.
- 5
- 6 Patient is somnolent, i.e. drowsy. It is possible to wake patient but he/she soon lapses again into drowsiness.

### 7 Impaired concentration

- 0 There are no difficulties in concentration, i.e. patient has no difficulty in collecting his thoughts in the interview situation, in following a T.V. programme or in reading a written text.
- 1
- 2 From time to time the patient appears to lose concentration, i.e. he/she wanders from the subject of discussion now and then and has some difficulty in reading or in following a T.V. programme.
- 3
- 4 The patient has obvious disturbance of concentration, which makes it difficult for him/her to keep to the thread of the conversation or to find coherence in TV programmes, newspaper articles and the like.
- 5
- 6 The patient has such severe deficiencies in concentration power that no meaningful conversation can be conducted with him/her.

### 8 Inability to increase tempo

- 0 The patient can hurry when this is required of him/her.
- 1
- 2 When the patient is hustled his/her performance becomes obviously worse but he/she manages to do what is required.
- 3
- 4 When the patient is hustled, performance is so severely impaired that not even simple tasks can be carried out and the patient may become irritable, restless and/or confused.
- 5
- 6 Patient's reactions are so blunted that he/she does not react at all when the attempt is made to hurry him/her.

### 9 Absentmindedness

- 0 The patient is normally collected.
- 1
- 2 From time to time the patient may appear absent-minded.
- 3
- 4 The patient is moderately but constantly absentminded.
- 5
- 6 The patient is continuously so absentminded that he/she is incapable of purposeful and meaningful occupation.

### 10 Loquaciousness

- 0 The patient expresses himself/herself normally.
- 1
- 2 The patient may occasionally be wordy and overflow of detail in descriptions. He/she has, however, no difficulty at all in keeping to the subject.
- 3
- 4 The patient is constantly loquacious, with unending detail, has difficulty in "coming to the point" and makes many digressions from the subject.
- 5
- 6 The patient is incapable of expressing what he/she wants to say and completely loses himself/herself in wordy detail.
- 9 Patient is not testable.

### 11 Distractibility

- 0 The patient's attention can be normally held at stimulation.
- 1
- 2 The patient's attention is now and then captured by irrelevant stimuli.
- 3
- 4 The patient's attention is striking and constantly captured.
- 5
- 6 The patient's attention is so seriously captured, that meaningful activity is not possible.

## EMOTIONAL FUNCTIONS

### 1 Emotional blunting

- 0 No disturbance of emotional function: the patient is able to react appropriately in different situations, i.e. he/she is able to feel sorrow, joy, hate, fear, anger, etc.
- 1
- 2 There is occasional disturbance of function. The patient may show signs of emotional functions but the "fine" nuances previously characteristic of the patient have been lost....
- 3
- 4 The patient may show signs of joy, sorrow etc., but does so in a crude and superficial manner.
- 5
- 6 The patient's emotional functions have become completely extinguished, i.e. he/she is incapable of showing signs of sorrow, joy, hate, fear, anger, etc.

### 2 Emotional lability

- 0 The patient can control his/her emotional reactions normally.
- 1
- 2 With strong emotional stimulation the patient weeps or laughs in an uninhibited or exaggerated manner
- 3
- 4 Even with moderate emotional stimulation the patient reacts in an uninhibited manner
- 5
- 6 The patient's ability to control emotional reactions is completely abolished.
- 9 Patient is not testable.

### 3. Reduced motivation

- 0 The patient is in his/her situation normally motivated for activity and occupation.
- 1
- 2 The patient needs considerable encouragement to begin any task and usually shows only passive interest.
- 5
- 6 The patient is not motivated at all and never spontaneously begins any task. Even with very strong stimulation the patient cannot be induced to take part.

LONDON PSYCHOGERIATRIC RATING SCALE (L.P.R.S.)

ESCALA DE APRECIACION PSICOGERIATRICA DE LONDRES (L.P.R.S.)

ESPECIFICIDAD

\* \* \*

TIPO DE INSTRUMENTO

ESCALA ORDINAL DE  
36 ITEMS A 3  
GRADOS

REFERENCIA: HERSCH (E.L.), KRAL (V.A.), PALMER (R.B.). VALOR CLINICO DE LA ESCALA DE CLASIFICACION PSICOGERIATRICA DE LONDRES. J. OF THE AMERICAN GERIAT. SOC., 1978. 26, 8, 348 - 354.

IDIOMA: VERSION ORIGINAL PUBLICADA EN INGLES

PAIS: CANADA

ORIGEN: NUMEROSOS ANALISIS DE LA LITERATURA ESPECIALIZADA PARTICULARMENTE POR LA INVESTIGACION DE ARTICULOS AMERICANOS Y CANADIENSES POR COMPUTADORA.

OBJETIVO: APRECIAR DE FORMA RAPIDA Y PRECISA EL NIVEL GLOBAL DE FUNCIONAMIENTO DE LOS ENFERMOS PSICOGERIATRICOS, CON FINES A LA VEZ CLINICOS Y DE INVESTIGACION.

POBLACION: PACIENTES GERIATRICOS HOSPITALIZADOS EN TODAS LAS CATEGORIAS.

MODO DE APLICACION:

- . EVALUADOR: UNO O DOS ENFERMERAS POR PACIENTE.
- . TIEMPO DE APLICACION: 15 MINUTOS, CUANDO EL EVALUADOR ESTA FAMILIARIZADO CON EL INSTRUMENTO.
- . ENTRENAMIENTO: SE NECESITA UN ENTRENAMIENTO MINIMO . DE TODOS MODOS, ADEMAS DE LA LECTURA ENTERA DE LA ESCALA, ES POSIBLE PROCURARSE UN ARTICULO SOBRE SU UTILIZACION Y UN MANUAL.
- . EVALUACION: CADA ITEM SE CALIFICA CON 0, 1 o 2. A MAYOR PUNTAJE MAS GRANDE ES LA INCAPACIDAD DEL PACIENTE.  
LA EVALUACION DE CADA UNA DE LAS CUATRO PARTES DE LA ESCALA SE TRANSCRIBEN EN PORCENTAJES.

. VARIABLES: EL GRADO DE INCAPACIDAD GLOBAL SE EVALUA POR LAS CUATRO "SUB-ESCALAS":

- DESORGANIZACION MENTAL O CONFUSION
- INCAPACIDAD FISICA
- COMPORTAMIENTO PROVOCADOR
- AUSENCIA DE IMPLICACION

TRABAJOS DE VALIDACION: EFECTUADOS SOBRE UNA POBLACION HOSPITALIZADA EN PSICOGERIATRIA, A PROPOSITO DEL PUNTAJE GLOBAL Y DEL PUNTAJE DE CADA UNA DE LAS 4 SUB-ESCALAS, LAS CUALES HAN INCLUIDO:

ANALISIS FACTORIAL.

VALIDEZ EMPIRICA EN RELACION A LA UBICACION DE LOS PACIENTES DENTRO DE DIFERENTES UNIDADES DE CUIDADOS.

VALIDEZ PREDICTIVA DEL FUTURO DE LOS PACIENTES (REGRESO A LA PROPIA CASA, TRANSFERENCIA DENTRO DE UNA INSTITUCION DE CUIDADOS, HOSPITALIZACION PROLONGADA, FALLECIMIENTO O DEFUNCION), DE UNO A DOS ANOS DESPUES DE LA EVALUACION INICIAL Y DEL EXITO DE UN

**TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO.**

**SENSIBILIDAD DISCRIMINATIVA ENTRE DIFERENTES DIAGNOSTICOS**

**CLINICOS (DEMENCIA, ESQUIZOFRENIA, PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA).**

**FIDELIDAD INTERJUECES Y TEST-RETEST.**

**OTROS TRABAJOS MENCIONADOS POR LOS AUTORES: SELECCION, DENTRO DE ESTA ESCALA DE LOS 5 ITEMS QUE PUEDEN DIFERENCIAR A LOS PACIENTES DE QUE DEPENDE LA SALIDA DEL HOSPITAL PUEDA O NO EFECTUARSE DENTRO DE LOS 6 MESES. ESTUDIOS DE LA VALIDEZ PREDICTIVA DE ESTE INDICE PRONOSTICO.**

**APLICACIONES:**

**CLINICA: PERMITE APRECIAR EL PROGRESO O LA DETERIORIZACION DE UN PACIENTE EN EL TRANCURSO DEL TIEMPO.**

**INVESTIGACION: ESTUDIOS DE LAS CORRELACIONES ENTRE LOS NIVELES DE FUNCIONAMIENTO Y LOS TRAZOS ELECTROENCEFALOGRAFICOS (E.E.G.) Y LAS IMAGENES EN EL SCANNER (RASTREADOR).**

**ENSAYOS TERAPEUTICOS**

**EVALUACION DE PROGRAMAS DE CUIDADOS**

# LONDON PSYCHOGERIATRIC RATING SCALE (L.P.R.S.)

E.L. HERSCH

**7.1** \_\_\_\_\_  
 The patient will fall from his/her bed or chair unless protected by side rails or soft ties (day or night):

never  
 occasionally  
 frequently

**7.2** \_\_\_\_\_  
 The patient helps staff on the ward:

frequently  
 occasionally  
 never

**7.3** \_\_\_\_\_  
 The patient understands what you communicate to him/her (you may use speech, writing or gestures):

almost always  
 sometimes  
 almost never

**7.4** \_\_\_\_\_  
 The patient engages in behaviour which is objectionable to others (e.g., loud or constant talking, pilfering, soiling furniture, interfering in other's affairs):

never  
 occasionally  
 frequently

**7.5** \_\_\_\_\_  
 Close supervision is necessary to protect the patient (due to feebleness):

never  
 occasionally  
 frequently

**7.6** \_\_\_\_\_  
 The patient keeps him/herself occupied in constructive (or useful) activities (works, reads, plays games, has hobbies, etc):

frequently  
 occasionally  
 never

**7.7** \_\_\_\_\_  
 The patient communicates in any manner (by speaking, writing, or gesturing) well enough to make him/herself easily understood:

almost always  
 sometimes  
 almost never

**7.8** \_\_\_\_\_  
 The patient engages in repetitive vocal sounds (e.g., yelling, moaning, talking, etc.) which are directed at no one in particular:

never  
 occasionally  
 frequently

**7.9** \_\_\_\_\_  
 When bathing or dressing, the patient requires:

no assistance with either task  
 assistance with one of the tasks  
 assistance with both tasks

**7.10** \_\_\_\_\_  
 The patient has established a good relationship with:

more than one patient  
 one patient  
 no patient

**7.11** \_\_\_\_\_  
 The patient responds, (in any manner) to his/her own name:

always  
 sometimes  
 never

**7.12** \_\_\_\_\_  
 The patient threatens to harm others:

never  
 occasionally  
 frequently

113

With regard to walking, the patient

has no difficulty  
needs some assistance (e.g., needs cane,  
crutches, or someone by his/her side)  
is unable to walk

114

The patient without being asked, helps other patients:

frequently  
occasionally  
never

115

The patient is incontinent of urine/or faeces (day or night):

almost never (less than once per week)  
sometimes (once or twice per week)  
almost always (three times per week or more often)

116

When eating, the patient requires:

no assistance (eats himself)  
some assistance  
considerable assistance (spoon feeding, etc.)

117

The patient has a regular activity schedule:

away from the ward for both on and off the ward)  
on the ward only  
no regular schedule

118

The patient is destructive of materials around him/her (e.g., breaks furniture, tears up magazines, sheets, clothes, etc.):

never  
occasionally  
frequently

119

The patient is confused (e.g., unable to find his/her way around the ward, loses possessions, etc.)

almost never  
sometimes  
almost always

120

\* The patient knows the names of:

more than one staff member  
only one staff member  
no staff members

\* Score 1 for this item if it cannot otherwise be scored due to aphasia or muteness.

121

The patient engages in apparently useless repetitive movements (e.g., pacing, rocking, wringing of hands making random movements, etc.):

never  
occasionally  
frequently

122

The patient makes use of off-ward privileges:

frequently  
occasionally  
never

123

If not helped by others, the patient's appearance is disorderly:

never  
occasionally  
frequently

124

If the patient were allowed outdoors without supervision, he/she would be able to protect him/herself from the weather or from getting lost:

almost always  
sometimes  
almost never

25

The patient's sleep pattern at night is:

never awake  
occasionally awake  
frequently awake

26

The patient's diet consist of:

regular solid meals  
chopped food  
pureed food

27

The patient co-operates with staff:

almost always  
sometimes  
almost never

28

\* The patient makes sense when he/she talks:

\* Score 1 for this item if it cannot otherwise be scored due to aphasia or muteness.

29

The patient knows where he/she is:

almost always  
sometimes  
almost never

30

The patient takes his/her clothes off at the wrong time or place:

never  
occasionally  
frequently

31

The patient seems very restless:

almost never  
sometimes  
almost always

32

The patient requires safety supervision (for careless smoking, objects in mouth, self-injury, pulling catheter, etc.):

never  
sometimes  
always

33

\* When talking, the patient wanders off the subject:

almost never  
sometimes  
almost always

\* Score 1 for this item if it cannot otherwise be scored due to aphasia or muteness.

34

The patient has trouble remembering things:

never  
occasionally  
frequently

35

The patient talks out loud to himself/herself:

never  
occasionally  
frequently

36

When trying to get the patient's attention, he/she acts as if he/she is in a dream world:

never  
occasionally  
frequently

**GERIATRIC DEPRESSION SCALE (G.D.S.)**

**ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (G.D.S.)**

**ESPECIFICIDAD**

**\* \* \***

**TIPO DE INSTRUMENTO**

**LISTA DE VERIFICACION  
CON 30 ITEMS**

**REFERENCIA:** BRINK (T.L.), YESAVAGE (J.A.), LUM (O.), HEERSEMA (P.H.), ADEY (H.), ROSE (T.L). PRUEBAS DE TAMIZADO PARA LA DEPRESION GERIATRICA. CLINICAL GERONTOLOGIST, 1982, 1, 37 - 43.

**IDIOMA:** VERSION ORIGINAL PUBLICADA EN INGLES. TRADUCCION EN FRANCES, ESPANOL Y ALEMAN.

**PAIS:** ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA

**ORIGEN:** CIEN PREGUNTAS FUERON PREVIAMENTE SELECCIONADAS POR UN EQUIPO DE CLINICOS Y DE INVESTIGADORES EN PSICOGERIATRIA PARA CARACTERIZAR A LAS PERSONAS DE EDAD DEPRIMIDAS. SE REALIZO UN ESTUDIO IMPORTANTE QUE INCLUYO DOS POBLACIONES DE PERSONAS DEPRIMIDAS O DE BUENA SALUD Y 30 PREGUNTAS, ENTRE LAS 100 INICIALES, SE ELIGIERON LAS MEJORES CORRELACIONADAS CON EL PUNTAJE TOTAL.

**OBJETIVO:** INSTRUMENTO DESTINADO A DETECTAR LA DEPRESION EN LOS SUJETOS DE EDAD SIENDO CONSCIENTE DE SUS QUEJAS.

**POBLACION:** PERSONAS DE EDAD, DEPRIMIDAS.

**MODO DE APLICACION:**

- . **EVALUADOR:** AUTO EVALUACION (EN DEMENCIADOS; PSICOLOGO, MEDICO, ENFERMERA, TRABAJADORA SOCIAL)
- . **TIEMPO DE APLICACION:** 5 A 10 MINUTOS
- . **ENTRENAMIENTO:** BREVE
- . **EVALUACION:** CADA PREGUNTA REQUIERE DE 1 RESPUESTA DE TIPO SI-NO, RESPECTIVAMENTE CALIFICADAS DE 1 o 0. EL PUNTAJE TOTAL VARIA DE 0 - 30, LOS ITEMS MARCADOS CON NO SON LAS PREGUNTAS 1, 5, 7, 15, 19, 21, 27, 29, 30 EVALUAN LA DEPRESION.

**VARIABLES:** LA DEPRESION ESENCIALHENTE.

**TRABAJOS DE VALIDACION:** EFECTUADOS SOBRE TRES GRUPOS DE PACIENTES GERIATRICOS: NORMALES Y SUJETOS BAJO TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO, CLASIFICADOS EN FUNCION DEL "RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA" (CRITERIOS DE INVESTIGACION DE DIAGNOSTICO), O DEPRIMIDOS AFECTADOS DE UN SINDROME MODERADO O SEVERO. INCLUYERON:

**VALIDEZ:** CONCURRENTE CON LA ESCALA DE AUTO-APRECIACION DE ZUNG Y LA ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON.

**SENSIBILIDAD:** DISCRIMINATIVA ENTRE SUJETOS NORMALES, MEDIANA Y SEVERAMENTE DEPRIMIDOS, ESTIMADOS DE ACUERDO A LA "RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA", ENTRE DEBENTES DEPRIMIDOS O NO SEGUN LA APRECIACION DEL CLINICO; ENTRE PACIENTES ORGANICOS DEPRIMIDOS O NO, ENTRE ALCOHOLICOS DEPRIMIDOS O NO ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS.

**FIDELIDAD:** COHERENCIA INTERNA ENTRE LOS ITEMS, ENTRE CADA ITEM Y EL PUNTAJE GLOBAL, SPLIT HALF (POR HITADES) Y TEST

**RETEST A UNA SEMANA DE INTERVALO.**

**OTROS TRABAJOS MENCIONADOS POR LOS AUTORES: CONTRASTE EN 3 GRUPOS:  
SUJETOS NORMALES, MEDIANAMENTE DEPRIMIDOS Y MUY DEPRIMIDOS.**

**APLICACIONES: DETECCION, CONTRIBUCION AL DIAGNOSTICO. ENSAYO  
TERAPEUTICO.**

# GERIATRIC DEPRESSION SCALE (G.D.S.)

T.L. BRINK - J. A. YESAVAGE

### *Norms*

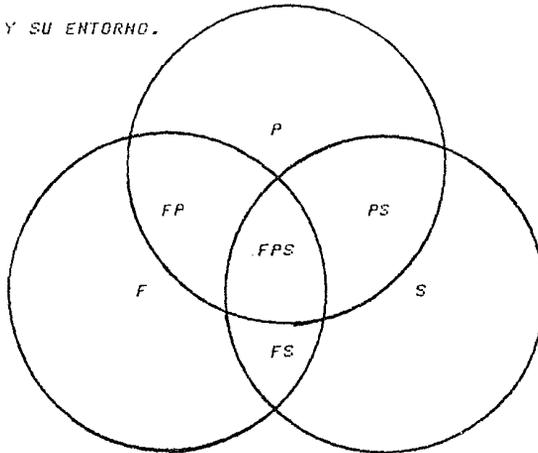
	m	s
Normal	5.75	4.34
Mildly depressed	15.05	6.50
Very depressed	22.85	5.07

*Choose the best answer for how you felt the past week*

1 Are you basically satisfied with your life?	YES	NO
2 Have you dropped many of your activities and interests?	YES	NO
3 Do you feel that your life is empty?	YES	NO
4 Do you often get bored?	YES	NO
5 Are you hopeful about the future?	YES	NO
6 Are you bothered by thoughts you can't get out of your head?	YES	NO
7 Are you in good spirits most of the time?	YES	NO
8 Are you afraid that something bad is going to happen to you?	YES	NO
9 Do you feel happy most of the time?	YES	NO
10 Do you often feel helpless?	YES	NO
11 Do you often get restless and fidgety?	YES	NO
12 Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things?	YES	NO
13 Do you frequently worry about the future?	YES	NO
14 Do you feel you have more problems with memory than most?	YES	NO
15 Do you think it is wonderful to be alive now?	YES	NO
16 Do you often feel downhearted and blue?	YES	NO
17 Do you feel pretty worthless the way you are now?	YES	NO
18 Do you worry a lot about the past?	YES	NO
19 Do you find life very exciting?	YES	NO
20 Is it hard for you to get started on new projects?	YES	NO
21 Do you feel full of energy?	YES	NO
22 Do you feel that your situation is hopeless?	YES	NO
23 Do you think that most people are better off than you are?	YES	NO
24 Do you frequently get upset over little things?	YES	NO
25 Do you frequently feel like crying?	YES	NO
26 Do you have trouble concentrating?	YES	NO
27 Do you enjoy getting up in the morning?	YES	NO
28 Do you prefer to avoid social gatherings?	YES	NO
29 Is it easy for you to make decisions?	YES	NO
30 Is your mind as clear as it used to be?	YES	NO

## CRITERIOS DE CLASIFICACION

LOS INSTRUMENTOS QUE SE PRESENTARON ANTERIORMENTE FUERON AGRUPADOS ALREDEDOR DE TRES DIMENSIONES: FISICA, SOCIAL Y PSIQUICA, LAS CUALES ESTUDIAN LAS DIFERENTES FUNCIONES DE CADA INDIVIDUO Y SU ENTORNO.



F= FISICO

FS= FISICO-SOCIAL

S= SOCIAL

FP= FISICO-PSIQUICO

P= PSIQUICO

PS= PSIQUICO-SOCIAL

FPS= FISICO-PSIQUICO-SOCIAL

**DOMINANANCIA FISICA.** LE CONCIERNE LOS ASPECTOS FUNCIONALES PRINCIPALMENTE LAS ACTIVIDADES CORPORALES Y LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA.

**DOMINANANCIA SOCIAL.** LE CONCIERNE EL CONTACTO DEL INDIVIDUO DE ESTE HACIA SU ENTORNO, SU RELACION CON OTRAS PERSONAS, LA INTERACCION CON SU MEDIO AMBIENTE Y LOS SUCESOS DE LA VIDA Y

APRECIANDO SOBRE TODO LAS ACTITUDES, LA ADAPTACION Y LA SOCIABILIDAD.

DOMINANCIA PSIQUICA. ENLOBA LOS ASPECTOS PSIQUICOS DEL INDIVIDUO TALES COMO SUS CONDUCTAS, SUS RECURSOS COGNITIVOS, EMOCIONALES (HUOR) Y COMPORTAMENTALES.

ESTAS TRES DIMENSIONES PUEDEN APRECIARSE AISLADA O COMBINADAMENTE DENTRO DE UNA PROPORCION VARIABLE OBTENIENDOSE ASI SIETE CLASES ESCALONADAS DE LAS MAS GLOBALES A LAS MAS ESPECIFICAS.

TRES DIMENSIONES

F P S

DOS DIMENSIONES

F P

F S

P S

UNA DIMENSION

F

P

S

LOS INSTRUMENTOS DE UNA DIMENSION SON ESPECIFICOS, EN ELLOS SE OBSERVA LOS ASPECTOS FISICO (F), PSIQUICO (P) O SOCIAL (S). EXISTE DENTRO DE ESTA CATEGORIA UNA CLASIFICACION PARA DETERMIHARLA O SEA SI EXISTE MAS DEL 80% DE UNA AREA Y 20% DE CUALQUIERA DE LAS OTRAS CAE DENTRO DEL AREA QUE TIENE MAS PESO. POR EJEMPLO: SI EN UNA ESCALA DE 20 ITEMS 16 HIDEH EL ASPECTO PSIQUICO Y 4 SE REFIEREN A LAS ACTIVIDADES FISICAS Y SOCIALES, EL INSTRUMENTO SERA DEL AREA PSIQUICA Y NO DE LA FISICA O SOCIAL.

LOS INSTRUMENTOS DE DOS DIMENSIONES SON MIXTOS, AGRUPAN DOS ASPECTOS: FISICO-PSIQUICO (FP), PSIQUICO-SOCIAL (PS) O FISICO-SOCIAL (FS). SE CONSIDERARA DE DOS DIMENSIONES CUANDO PREVALEZCAN

DOS DE ESTOS.

LOS INSTRUMENTOS DE TRES DIMENSIONES SON GLOBALES, AGRUPAN LOS ELEMENTOS PSIQUICO, FISICO Y SOCIAL (PFS). PARA PERTENECER A ESTA CATEGORIA LAS TRES DIMENSIONES DEBEN SER EVALUADAS DENTRO DE PROPORCIONES SEMEJANTES.

LA DIVISION DE LAS DIMENSIONES HECHA ANTERIORMENTE ES CON FINES DE CLASIFICACION PUES EN LA REALIDAD EL INDIVIDUO ES UN TODO Y NO SE PUEDE ESTUDIAR A ESTE SEPARANDO CADA UNO DE LOS ASPECTOS FISICO, SOCIAL Y PSIQUICO, YA QUE ESTOS SE ENCUENTRAN EN INTERACCION PERMANENTE. ADEMAS ESTA CLASIFICACION FACILITA LA PRESENTACION DE LOS INSTRUMENTOS. PERMITIENDO APRECIAR LAS DIFERENTES CATEGORIAS EN QUE ESTAN AGRUPADOS: ESPECIFICIDAD, TIPO DE INSTRUMENTO, IDIOMA, PAIS, ORIGEN, META, POBLACION, MODO DE APLICACION, VARIABLES, TRABAJOS DE VALIDACION, Y APLICACIONES.

#### CONSTITUCION DE LAS TABLAS DE ANALISIS:

##### TABLA 1:

ESTA CONSTITUIDA POR LOS SIGUIENTES PUNTOS: TITULO, AÑO, AUTOR, PAIS, IDIOMA, ORIGEN, POBLACION, EVALUADOR, No. DE ITEMS Y GRADOS, TIEMPO DE APLICACION, ENTRENAMIENTO, APLICACION Y VARIABLES.

##### TABLA 2:

CONTIENE LOS SIGUIENTES PUNTOS: AÑO, AUTOR, PAIS, ESTADO, GRADO DE ESPECIFICACION (\*\* Y \*\*\*), POBLACION (AMBULANTES E INSTITUCIONALIZADOS), EVALUADOR ( PERSONAL ESPECIALIZADO Y NO

ESPECIALIZADO).

**TABLA 3:**

TRABAJOS DE VALIDACION. ESTA CONFORMADA POR: DIMENSION, AÑO, AUTOR, TIPO DE INSTRUMENTO, VALIDEZ, CONFIABILIDAD Y SENSIBILIDAD.

**TABLA 4:**

CONTIENE: DIMENSION, AUTOR, VERSION ORIGINAL Y TRADUCCION.

TABLE I

TITULO	AÑO	AUTOR PAIS	COMPLICACION DE LA ESCALA Y TIPO DE INSTRUMENTO	IDIOMA	GRUPO	ORGANIZACION	EXAMINADOR	N.º ÍTEMS Y ESCALAS	TIEMPO DE APLICACION Y ENTREVISTA	APLICACIONES	COMENTARIOS
TEST DE INFORMACION, REACTIV Y CONCENTRACION (I. P. C. I.)	1948	BLESSED ASTA GRAN BRETANA	I I I TEST PSICOMETRICO	INGLES	GENERAL	INSTITUCIONALIZADOS AMBULANTES	PSICOLOGO, MEDICO, ENSEÑANZA Y TRABAJADORA SOCIAL.	27 PREGUNTAS	25 A 30 MINUTOS NECESARIO	CLINICA (DIAGNOSTICO) DIFERENCIAL E INVESTIGACION	DEFENSA, ADAPTACION GENERAL, CONCENTRACION
ESCALA DE INTELIGENCIA	1948	BLESSED ASTA GRAN BRETANA	I I I ESCALA TEST	INGLES	GENERAL	INSTITUCIONALIZADOS AMBULANTES	PSICOLOGO, MEDICO, Y ENSEÑANZA	22 ÍTEMS A 4 ESCALAS	25 A 40 MINUTOS NECESARIO	CLINICA (DIAGNOSTICO) DIFERENCIAL E INVESTIGACION	DEFENSA, GRUPOS ESCALA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA, PUNTOS Y PERSONALIZADO
ESCALA DE CLASIFICACION LA PLACENCIA	1974	BASEGARA JAPON	I I I CUESTIONARIO	JAPONES, INGLES Y FRANCES	AMERICANO, CHINESES, ARABES, BLESSED, MEXICANO	INSTITUCIONALIZADOS AMBULANTES	PSICÓLOGO Y MEDICO	11 ÍTEMS	10 A 20 MINUTOS NO NECESARIO	CLINICA (DIAGNOSTICO) INVESTIGACION ENCUESTAS EPIDEMIOLOGICAS E INVESTIGACION SOBRE LAS DEFENIDAS	DEFENSA, PERSONA INSTRUMENTO, GRUPOS INFORMACION GENERAL
TEST MENTAL ADECUACION (A. R. T.)	1974	GOHSEKI GRAN BRETANA	I I I CUESTIONARIO	INGLES	ARABES, ISRAELIS	INSTITUCIONALIZADOS	PSICOLOGO, MEDICO, ENSEÑANZA Y PERSONAL PARAFARMACICO	10 ÍTEMS	3 MINUTOS NO NECESARIO	CLINICA (DIAGNOSTICO) Y GRUPO DE DEFENSAS	DEFENSA, CONCENTRACION DE E. TESTING, RECONOCIMIENTO DE LUNA Y PERSONA.
EVALUACION DE LA CONFUSION MENTAL	1977	SLATER GRAN BRETANA	I I I CUESTIONARIO	INGLES	SLATER, ASTA	DEBILITADOS INSTITUCIONALIZADOS AMBULANTES	PERSONA NO CALIFICADO	21 ÍTEMS	10 MINUTOS NO NECESARIO	CLINICA (DIAGNOSTICO) FUNCIONAL	DEFENSA Y DEFENSA

TITULO	AÑO	PAIS	DESCRIPCION DE LA PRUEBA Y TIPO DE INSTRUMENTO	IDIOMA	ORIGEN	POBLACION	EXAMINADOR	N.º ÍTEMOS Y ESCALA	TIEMPO DE APLICACION Y RESPUESTA	APLICACIONES	VALIDACION
TEST DE ACOMODAMIENTO DE ESTIMULOS (E. A. E.)	1979	ESPAÑA	2 x 2 TEST PSICOMETRICO	INGLES	QUESTIONARIO DE ESTADOS ANIMALES TEST CARA-BIEN	ADULTANTES INSTITUCIONALIZADOS	PSICOLOGO	10 ÍTEMOS	12 MINUTOS FAMILIARIZADO	CLINICA (DIAGNOSTICO) INVESTIGACION	SELECCION RECONOCIMIENTO Y MEMORIA A CORTO PLAZO
ESCALA DE DEFICIA DE LA DEFENSA DE D. B. J.	1979	ESPAÑA	2 x 2 TEST PSICOMETRICO	INGLES	ESCALA DE DEFENSA Y R. A. P. S.	ADULTANTES INSTITUCIONALIZADOS	PSICOLOGO	20 SUB-TESTS	60 MINUTOS NECESARIO	CLINICA (DIAGNOSTICO Y EVALUACION) FUNCIONAL (INVESTIGACION TERAPIAS TERAPÉUTICAS, PROGRAMAS SOBRE DEFENSAS E INVESTIGACIONES SOBRE LA DEFENSA)	SELECCION Y DIVERSIDAD PARADIGMAS COGNITIVOS
ESCALA DE MEMORIA PARA LA DETECCION DE DEFICIENCIA EN LOS ADULTOS	1979	ESPAÑA	2 x 2 TEST PSICOMETRICO	INGLES, ESPAÑOL	PRUEBA DE AMPLIAR EL RANGHO DE SIGNIFICADO Y LA PRUEBA VERBA DE BALTIM	ADULTANTES INSTITUCIONALIZADOS	PSICOLOGO, MEDICO GENERAL Y TRABAJADOR SOCIAL	2 SUB-TESTS	15 MINUTOS 172 DIA CON REESTILO NEUTRAL	CLINICA (DIAGNOSTICO Y PRENOSTICO) E INVESTIGACION (EFECTOS TERAPÉUTICOS)	MEMORIA VISUAL A CORTO PLAZO (EVALUACION DE DEFICIENCIA)
LISTA DE INVESTIGACION PARA DIFERENCIAR LA DEFICIENCIA DE LA DEFENSA	1979	ESPAÑA	2 x 2 LISTA DE VERIFICACION	INGLES FRANCS	DEFINITIVA	INSTITUCIONALIZADOS	MEDICO	22 ÍTEMOS	15 MINUTOS DEFENSIVO	CLINICA E INVESTIGACION	SIGNIFICADO Y CONSERVACION DE DEFENSAS Y MEMORIA

ESCALA	AÑO	PAIS	ESPECIFICACION DE LA ESCALA Y TIPO DE INVESTIGACION	IDIOMA	ELABOR	INSTITUCION	EXAMINADOR	NO. ITEMS Y GRUPOS	TIEMPO DE APLICACION Y REVISION	ALICACIONES	VALIDEZ
ESCALA DE ORIENTACION PARA PACIENTES NEOLÓGICOS	1954	ESPAÑA	2 x 2 x 2 CUESTIONARIO	ESPAÑOL, INGLÉS	RAMA, GONZALEZ, LEFENITZ, WITKOS	INSTITUCIONALES	PSICOLOGO, MEDICO, ENFERMERA Y TRABAJADORA SOCIAL	10 ITEMS	5 MINUTOS NO NECESARIO	CLINICA (DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO) E INVESTIGACION (ENSAYOS TERAPEUTICOS)	DEPENDENCIA, ORIENTACION TEMPORAL - ESPACIAL Y PERSONAL
ESCALA DE ORIENTACION - TESTIGUERIA DE LA MEMORIA	1960	COLOMBIA	2 x 2 x 2 ESCALA Y LISTA DE VERIFICACION	INGLES	LORIA, PINEY, CONSTANTINIDIS, ALFONSOVARA	INDIVIDUALES (ENFERMERAS)	PSICOLOGO, MEDICO, ENFERMERA	20 ESCALAS 5 A 10 ITEMS POR ESCALA	20 MINUTOS NECESARIO	CLINICA (DIAGNOSTICO) E INVESTIGACION (ENSAYOS TERAPEUTICOS)	PRONOSTICO, ORIENTACION TEMPORAL, ESPACIAL Y PERSONAL
CUESTIONARIO DE EVALUACION DEL SUCESOR BIENESTAR	1967	ISRAEL, FRANCIA	2 x 2 x 2 CUESTIONARIO TEST	FRANCOIS	ORSHAN, ALFONSOVARA Y COLS.	INDIVIDUALES INSTITUCIONALES	PSICOLOGO, MEDICO, ENFERMERA Y OTROS	PRUEBA CLINICA CUESTIONARIO TEST	20 A 30 MINUTOS NECESARIO	CLINICA (RESPONSABILIZACION Y EVALUACION DEL CAMBIO) E INVESTIGACION	ORIENTACION PERSONAL, PERSONALES, PERSONALES, PERSONALES, ESPACIAL Y PERSONAL
ESCALA DE ORIENTACION DE CONCIENCIA Y MEMORIA	1962	ARGENTINA	2 x 2 x 2 ESCALA DUAL	INGLES	GUREL, LAUTON, REED, PARTIE, BERGMAN, BILLAGUSON	REALIZADOS VIVAN EN SU Domicilio	FAMILIARES, O TODA PERSONA QUE SE OCURE DEL PACIENTE	31 ITEMS A 5 GRUPOS	15 A 20 MINUTOS NO NECESARIO	CLINICA (RESPONSABILIZACION TERAPEUTICA, INDICACIONES DE ORIENTACION) E INVESTIGACION.	TRASTORNOS DEL SUCESOR, TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO E INVESTIGACION



TITULO	AÑO	ACTIV. PAIS	DESCRIPCION DE LA ESCALA Y TIPO DE INSTRUMENTO	IDIOMA	OBJETO	POBLACION	EXAMINADO	NO. ITEMS Y GÉNERO	TIEMPO DE RESPUESTA Y ENTRENAMIENTO	APLICACIONES	VALIDACION
ESCALA DE APRECIACION PSICOLÓGICA DE LA FAMILIA (EN U.S.A.)	1978	EEUU	2 X 2 ESCALA DIGITAL	INGLES	DIVERSOS TRABAJOS DE LA LITERATURA	INSTITUCIONALIZADOS	ENFERMERA	36 ITEMS A 3 GÉNEROS	15 MINUTOS NECESARIO	INVESTIGACION (ENSAYOS TERAPÉUTICOS) Y CLÍNICA	VALIDACION PSICOMÉTRICA Y FÍSICA
ESCALA DE DEPRESION MELANCOLICA (EN U.S.A.)	1962	EEUU	2 X 2 LISTA DE ITEMS VERIFICACION	INGLES FRANCES ESPAÑOL ALEMAN	GENÉRAL	DEPARTAMENTOS ASILARMENTE INSTITUCIONALIZADOS	AUTOEVALUACION (EN PERIODES: PSICÓLOGO, MÉDICO, TRABAJADORA SOCIAL Y ENFERMERA)	36 ITEMS	5 A 10 MINUTOS NECESARIO	DETECCION, CONTRIBUCION AL Y DIAGNOSTICO Y ENSAYOS TERAPÉUTICOS	DEPRESION

TABLE II

AÑO	AUTOR	PAIS	GRADO ESPECIALIZADO		POBLACION		EVALUADOR						
			I I I	I I	AMBULANTES	INSTITUCIONALIZADOS	ESPECIALIZADO REVISOR PSICOLOGO	NO ESPECIALIZADO PEES.	ESP.	TEAR.	SOC.	NO ESP.	FAMILIA
1968	BLESSED - ROTH	GRAN BRETANA	X	-	Y	Y	X	Y	Y	Y	-	-	-
	BLESSED - ROTH	GRAN BRETANA	X	-	Y	Y	Y	Y	Y	-	-	-	-
1972	WILKE	GRAN BRETANA	X	-	Y	Y	-	-	Y	-	-	-	-
1974	RASEGAWA	JAPON	X	-	Y	Y	Y	X	-	-	-	-	-
	QURESHI	GRAN BRETANA	X	-	-	Y	Y	Y	Y	-	-	-	-
1977	NORTON	ESTADOS UNIDOS	X	-	-	Y	-	-	Y	-	-	-	-
	SLATER	GRAN BRETANA	X	-	Y	Y	-	-	-	-	Y	-	-
1978	HERSCH	CANADA	X	-	-	Y	-	-	Y	-	-	-	-
1979	BRIJK	ESTADOS UNIDOS	X	-	Y	Y	-	Y	-	-	-	-	-
	HERSCH	CANADA	X	-	Y	Y	-	Y	-	-	-	-	-

AÑO	AUTOR	PAIS	GRADO ESPECIFICIDAD		POBLACION		EVALUADOR							
			X	X	AMBULANTES	INSTITUCIONALIZADOS	ESPECIALIZADO	NO ESPECIALIZADO	MEDIC	PSICOLOGO	PERS. ESP.	TRAB. SOC.	NO ESP.	FAMILIA
1979	KENDRICK	GRAN BRETAÑA	X	-	X	X	X	X	X	X	X	-	-	-
	BELLS	ESTADOS UNIDOS	-	X	-	X	X	-	-	-	-	-	-	
1980	BERG	SUECIA	X	-	-	X	X	X	X	X	-	-	-	
	COLE	CANADA	X	-	X	X	X	X	X	-	-	-	-	
1982	GOTTFRIES	SUECIA	X	-	X	X	X	X	X	-	-	-	-	
	GREENE	GRAN BRETAÑA	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	
	GREENE	GRAN BRETAÑA	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	
	ISRAEL	FRANCIA	X	-	X	X	X	X	X	-	-	-	-	
	BRINK	ESTADOS UNIDOS	X	-	X	X	X	X	X	X	-	-	X	

TAMA III  
 TEMPLAS DE VENERACION

DESCRIPCION	AÑO	ACTORES	TIPO DE INSTRUMENTO	VALORES					CONTRIBUIDOR	TIPO DE ACTIVO	CATEGORIAS				
				ESTADISTICA	CONCERNIABLE	FORMALICA	PRESCRIPTIVA	INTER. DIRECTOS			PAR ACTORES EXTEROS	INTERCULTURAS	INTERPERSONALES	FORMAS DE COMUNICACION EXTERNA	OTROS
INSTRUMENTOS INSTRUMENTACIONALES															
ESCRITOS - FOTOCOPIAS EGRATIAS	1948	BLESSED ARTH	T	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	1948	BLESSED ARTH	E	-	-	X	-	X	X	-	-	-	-	-	-
	1974	WASGAMA	O	X	X	X	-	-	-	-	X	-	-	X	-
	1974	DORESHI	O	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-
	1977	SLADIA	O	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	1979	BAJIK	T	-	X	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-
	1979	WESCH	T	X	X	-	-	-	X	X	X	-	-	-	-
	1979	GENWILEK	T	X	-	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-
	1979	WELLS	CL	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-
	1968	WEG	O	X	-	-	-	-	X	X	-	-	-	-	-

NOMBRE	COD	AUTORES	TIPO DE INSTRUMENTO	VALIDEZ					CONFIABILIDAD		GENERALIDAD			
				ESTRUCTURA	CONSTRUCTIVA	VALIDAZA	PSICOLÓGICA	ÍNDICE PUNTES	TEST - RETEST	POR NIVEL DE ESTUDIOS	INTELECTIVOS	INTERCULTURAL	ESCALA DE VERIFICACIÓN	ESCALA DE VERIFICACIÓN
PSICÓLOGO - FUNCIONES CREATIVAS.	1989	COLE	ER	-	X	-	-	X	X	-	-	-	-	-
	1982	ISAHEL	T	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
PSICÓLOGO - MÚSICA	1983	DAIKK	LV	-	X	-	-	-	X	X	X	X	-	X
PSICÓLOGO - CONDUCTA ABNORMAL	1982	GALENE	ED	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-
INSTRUMENTOS PSICOPEDAGÓGICOS														
PSICÓLOGO - SOCIAL	1962	GALENE	ED	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-
FÍSICO - PSICÓLOGO	1972	WILME	Q	X	-	X	-	X	X	-	-	-	-	-
	1977	WORTON	ED	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-
	1982	GUTTFRIES	ED	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-
INSTRUMENTOS PSICOPEDAGÓGICOS														
PSICÓLOGO - FÍSICO SOCIAL	1978	WERTON	ED	-	-	X	X	X	X	-	X	-	-	-
A TIPO DE INSTRUMENTO	T= TEST	LV= LISTA DE VERIFICACIÓN		E= ESCALA	EX= ESCALA NOMINAL			Q= CUESTIONARIO	EQ= ESCALA ORDINAL					

TABLE 4

<u>DIMENSION</u>	<u>AUTOR</u>	<u>VERSION ORIGINAL</u>	<u>TRADUCCION</u>
INSTRUMENTOS UNIDIMENSIONALES			
FUNCIONES HUMOR	BRINK	INGLES	FRANCES ESPANOL ALEMAN
FUNCIONES COGNITIVAS	BLESSED ROTH	INGLES	
	BLESSED ROTH	INGLES	
	HASEGAWA	JAPONES	INGLES, FRANCES
	QURESHI	INGLES	
	SLATER	INGLES	
	BRINK	INGLES	
	HERSCH	INGLES	
	KENDRICK	INGLES	ESPANOL

<u>DIMENSION</u>	<u>AUTOR</u>	<u>VERSION ORIGINAL</u>	<u>TRADUCCION</u>
FUNCIONES COGNITIVAS	WELLS	INGLES	FRANCES
	BERG	SUECO	INGLES
	COLE	INGLES	
	ISRAEL	FRANCES	
COMPORTAMENTALES	GREENE	INGLES	
INSTRUMENTOS BIDIMENSIONALES			
PSIQUICO - SOCIAL	GREENE	INGLES	
FISICO - PSIQUICO	MILNE	INGLES	
	NORTON	INGLES	
	GOTTFRIES	SUECO	INGLES
INSTRUMENTOS PLURIDIMENSIONALES			
FISICO - PSIQUICO			
SOCIAL	HERSCH	INGLES	

## C O N C L U S I O N E S

TODA DEFINICION GLOBAL DE LA VEJEZ TENDRA QUE BASARSE EN EL CONOCIMIENTO DE SUS CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES, DEL SUBSTRATO BIOLOGICO Y SER UN REFLEJO DE LA MENTE LOS CUALES DAN SENTIDO A LA VIDA. TOMANDO EN CUENTA LAS COMPLEJIDADES DE INDOLE HUMANA Y QUE LA NATURALEZA DEL MUNDO ES MULTIPLE Y CAMBIA RAPIDAMENTE RESULTA DIFICIL LLEGAR A UN ACUERDO SOBRE UN TIPO DE DEFINICION.

ES IMPORTANTE QUE COMPRENDEMOS QUE LAS DEFINICIONES DEL ENVEJECIMIENTO NO SOLO CAMBIAN SIGNIFICATIVAMENTE CON EL TRANSCURSO DEL TIEMPO, SINO QUE ADEMAS VARIAN EN LAS DISTINTAS CULTURAS.

PODEMOS ENTENDER MEJOR LA APARICION DE LA VEJEZ COMO UN FENOMENO PSICOLOGICO, SOCIAL, CULTURAL Y BIOLOGICO, SI LA REFERIMOS AL CONTEXTO DE LAS OTRAS ETAPAS DE LA VIDA.

CADA ETAPA DE LA VIDA DEPENDE DE LAS ANTERIORES, DE LAS EXPERIENCIAS VIVIDAS, LOS RECUERDOS, LA EDUCACION, EL TIPO DE ALIMENTACION RECIBIDA, LAS ENFERMEDADES SUFRIDAS Y DE OTROS FACTORES QUE EL AMBIENTE IMPOHE.

ALREDEDOR DE UNA CUARTA PARTE DE VIDA DEL SER HUMANO ESTA DEDICADA AL DESARROLLO DE LAS FACULTADES PROPIAS DE ESTE Y A LA ADQUISICION DE LA MADUREZ FISICA Y EMOCIONAL. CREEC EL CUERPO Y ADQUIERE HABILIDADES FISICAS E INTELECTUALES, ADEMAS ES CAPAZ DE PROCREAR A OTROS SERES DE SU MISMA ESPECIE Y DE ASUMIR LAS RESPONSABILIDADES QUE ELLO CONLLEVA. TAN PRONTO COMO SE ALCANZA LA MADUREZ, COHIENZA, SE QUIERA O NO, EL DECLIVE FISICO DE FORMA SUTIL PERG INHEDIATA. LA MEDIANA EDAD VA ACOHPANADA, SIN EMBARGO, DE NUEVAS SATISFACCIONES Y REALIZACIONES, QUE SOLAMENTE LA

## EXPERIENCIA Y LA SABIDURIA ACUMULADAS PROPORCIONAN.

EN LOS AÑOS DE DECLIVE, LA CAPACIDAD FISICA DISMINUYE INEVITABLEMENTE, PERO EL INTELLECTO MANTIENE A MENUDO SU VIGOR. LA TERCERA EDAD LLEVA CONSIGO SU PROPIA CARGA DE ORGULLO Y UN SENTIMIENTO DE RENOVADA ALEGRIA DE VIVIR. CON LA VEJEZ, LLEGA ASI HISHO UNA AGRADECIDA ACEPTACION DE LA INEXORABILIDAD DE LA HUERTE Y LA DESAPARICION DEL TEMOR HACIA ELLA.

ES EVIDENTE QUE EL ANCIANO TIENE MAS PROPENSION A LAS ENFERMEDADES PERO NO SIGNIFICANDO CON ESTO QUE ENVEJECIMIENTO SEA SINONIMO DE DEHENCIA.

CON DEMASIADA FRECUENCIA CLASIFICAR A UNA PERSONA COMO "DEHENTE SENIL" CONSTITUYE UNA EXPRESION DESCUIDADA E IGNORANTE, BASADA EN EL PREJUICIO. DIAGNOSTICAR A UNA PERSONA COMO "DEHENTE SENIL" ES EXACTO SOLO CUANDO SE REFIERE AL PATRON DE DETERIORO PROGRESIVO EN EL PENSAMIENTO Y EN EL COMPORTAMIENTO, ASOCIADO CON EL DAÑO IRREVERSIBLE DEL CEREBRO. EL USO DESCUIDADO DE ESTA EXPRESION SUGIERE QUE ES LO QUE ESTA MAL Y QUE NO HAY NADA MAS QUE ENTENDER O HACER. ESTA ACTITUD NI SIQUIERA SE JUSTIFICA CUANDO LA PERSONA ESTA, DE HECHO SUFRIENDO UNA ENFERMEDAD PROGRESIVA DEL CEREBRO. PERO LA ACTITUD ES PARTICULARMENTE DESTRUCTIVA CUANDO LA PERSONA ESTA PREOCUPADA Y AUN ESTA LEJOS DE SER "DEHENTE SENIL".

SE DIAGNOSTICA A MUCHOS ANCIANOS AFECTADOS POR DEHENCIA SENIL CUANDO EN REALIDAD SUS PROBLEMAS SON DE NATURALEZA FUNCIONAL Y SON EMPUJADOS A UNA SITUACION QUE FRUSTRASUS DESEOS, LES IMPIDE SER UTILES Y LOS PRIVA DE SU CATEGORIA DE PERSONAS AUTONOMAS, LO QUE LOS LLEVA A UNA DEPRESION QUE PUEDE SER CONFUNDIDA CON DEHENCIA SENIL.

LA MAYORIA DE LA GENTE NO TIENE UN NIVEL MENTAL OPTIMO CUANDO LE ASEDIA LA ENFERMEDAD, LA ANSIEDAD O LA FATIGA.

EL ANCIANO PUEDE ESTAR SUFRIENDO DE CANSANCIO CRONICO, RELACIONADO CON UNA O MUCHAS ENFERMEDADES O CON LA PREOCUPACION, LA DEPRESION O EL MIEDO. LA FALTA PROLONGADA DE SUEÑO PUEDE AFECTAR EL COMPORTAMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DE LA MENTE.

EL TRATAMIENTO MEDICO PUEDE TENER EFECTOS ADVERSOS EN LA ACTUACION DE UN INDIVIDUO COMO LA SOMNOLENCIA, CONFUSION Y/O AGITACION.

LOS EFECTOS PSICOSOCIALES DE LA RECLUSION EN ALGUNA INSTITUCION TAMBIEN PUEDEN SER MOLESTOS, TALES COMO SI UN INDIVIDUO QUE SIEMPRE HA SIDO BASTANTE RESERVADO Y DE REPENTE SE ENCUENTRA ENTRE DESCONOCIDOS, PUEDE RETRAERSE SOCIALMENTE Y PERDER CONTACTO CON EL MUNDO QUE LO RODEA.

SI EL TRATAMIENTO SE LLEVA A CABO DE TAL FORMA QUE LO DESPOJE DE SU IDENTIDAD Y AUTOESTIMA PUEDE LLEVARLO A UNA FUGA MENTAL MUY PARECIDA A LA DEMENCIA SENIL.

POR LO TANTO, EN EL DIAGNOSTICO DE LA DEMENCIA SENIL LAS PRUEBAS NEUROPSICOLOGICAS SE CONSIDERAN DE GRAN UTILIDAD, SIEMPRE Y CUANDO EL CLINICO TENGA EN CUENTA VARIOS FACTORES PARA SU INTERPRETACION:

1).- LAS LIMITACIONES METODOLOGICAS:

- a).- UNA PRUEBA NO MIDE LOS DIFERENTES ASPECTOS COGNOSCITIVOS EN UN JOVEN Y EN UN ANCIANO.
- b).- LOS ERRORES COMETIDOS PUEDEN TENER CAUSAS DISTINTAS, POR EJEMPLO: EL SENECTO PUEDE DEJAR DE CONTESTAR UNA PRUEBA POR DEFECTOS VISUALES O AUDITIVOS.
- c).- LAS NORMAS DE LAS PRUEBAS SE DERIVAN MUCHAS VECES DE POBLACIONES JOVENES.
- d).- LOS ITEMS POCAS VECES SE ADAPTAN A OTRAS GENERACIONES.

e).- LOS ESTUDIOS TRANSVERSALES NO TOMAN EN CUENTA TODAS LAS VARIABLES, EJEMPLO: NIVELES EDUCACIONALES Y AMBIENTES DISTINTOS. LAS DIFICULTADES METODOLOGICAS ENCONTRADAS EN LA UTILIZACION DE ESTE TIPO DE DISENOS HA INCREMENTADO EL INTERES DE LOS DISENOS LONGITUDINALES.

f).- LA ADMINISTRACION DE PRUEBAS PARA LA VALORACION DE LA ACTIVIDAD COGNITIVA REQUIERE NO SOLO DE NORMAS INTERSUJETOS, SINO TAMBIEN DE LOS CAMBIOS CUALITATIVOS OBTENIDOS A TRAVES DE UNA OBSERVACION SISTEMATICA DE LA EJECUCION DEL SUJETO Y DE LOS CAMBIOS CUANTITATIVOS QUE OCURREN EN UN MISMO SUJETO DE UNA VALORACION A OTRA, POR EJEMPLO: UN SUJETO CON UNA INTELIGENCIA QUE SE ENCUENTRE EN LOS LIMITES SUPERIORES A LA MEDIA, PUEDE PRESENTAR UN COEFICIENTE INTELECTUAL NORMAL Y ESTAR SUFRIENDO UNA DEMENCIA; PARALELAMENTE UN SUJETO CON EDUCACION LIMITADA PUEDE PARECER ERRONEAMENTE DEMENCIADO.

2).- EL GRADO DE DETERIORO VA A DEPENDER DE LA FORMA DE EVALUACION DE UNA HABILIDAD DADA; EN OTRAS PALABRAS DEL TIPO DE PRUEBA QUE SE UTILICE.

3).- OTRA VARIABLE ES QUE CON LA EDAD AUMENTA LA VARIABILIDAD DE LAS HABILIDADES COGNOSCITIVAS ENTRE LOS SUJETOS DE UNA MISMA EDAD.

4).- EL EMPLEO DE PRUEBAS NEUROPSICOLOGICAS EN EL DIAGNOSTICO DE DEMENCIA EXIGE LA CONSIDERACION DE OTROS ASPECTOS MOTIVACIONALES Y SITUACIONALES:

a).- LA ALTA INCIDENCIA DE DEPRESION EN PERSONAS ANCIANAS PUEDE DISMINUIR LA EFICIENCIA COGNOSCITIVA, YA QUE LAS PERSONAS DE EDAD TIENDEN A PERCIBIR AMENAZANTE Y ANGUSTIANTE LA SITUACION DE PRUEBA IMPIDIENDOLES UNA EJECUCION OPTIMA.

5).- LOS SUJETOS ANCIANOS Y LOS JOVENES PRESENTAN DISCREPANCIAS EN LOS TIEMPOS DE REACCION Y EN LA CAPACIDAD DE TRABAJAR SIN FATIGA, QUE PUEDEN INFLUIR EN LA EVALUACION PSICOMETRICA. ES FRECUENTE QUE LOS PROVECTOS NORMALES SE FATIGUEN FACILMENTE Y POR TANTO REQUIERAN DE PERIODOS LARGOS DE DESCANSO O VARIAS SESIONES PARA LOGRAR UNA VALORACION NEUROPSICOLOGICA COMPLETA. POCA VELOCIDAD EN LAS RESPUESTAS Y ALTA FATIGABILIDAD, NO ES NECESARIAMENTE CRITERIO DE DETERIORO INTELECTUAL.

6).- UN FACTOR ESPECIALMENTE IMPORTANTE QUE EL CLINICO DEBE TENER EN CUENTA AL VALORAR INDIVIDUIOS CON UNA EDAD SUPERIOR A LOS 65 ANOS ES LA ALTA INCIDENCIA DE DEFICITS SENSORIALES Y MOTORES QUE SE ASOCIAN CON EL ENVEJECIMIENTO.

7).- EL CLINICO CON EXPERIENCIA EMPLEA VARIOS CANALES SENSORIALES PARA EVALUAR UNA MISMA FUNCION, EVITANDO LA UTILIZACION DEL CANAL AFECTADO Y PREVIENIENDO ASI UN DIAGNOSTICO ERRONEO.

PODEMOS DECIR, QUE LA VALORACION PSICOMETRICA DEL PACIENTE ANCIANO CON O SIN DEMENCIA REQUIERE QUE EL CLINICO ESTE FAMILIARIZADO CON LOS CAMBIOS PRODUCIDOS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO Y CON LAS LIMITACIONES QUE TIENEN LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS.

EL USO ADECUADO DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS PUEDE CONVERTIRSE EN UNA EXCELENTE HERRAMIENTA QUE EN COMPANIA DE LAS OBSERVACIONES INFERIDAS DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE Y DEL ANALISIS DE LA HISTORIA CLINICA, AYUDAN AL ESTABLECIMIENTO DEL DIAGNOSTICO CLINICO DE DEMENCIA O DEL ESTADO MENTAL PARA DAR EL TRATAMIENTO OPORTUNO.

ESTAS PRUEBAS APLICADAS EN FORMA PERIODICA, NO SOLO CUANDO EXISTA SOSPECHA DE INICIO DE LA DEMENCIA O CONFUSION EN EL DIAGNOSTICO, PERMITIRAN INCIDIR EN UN NIVEL PREVENTIVO ( YA QUE ES

RELATIVAMENTE POCO LO QUE SE HA HECHO EN MATERIA DE PREVENCIÓN) QUE DARA PAUTA A UN SENTIMIENTO DE SEGURIDAD EMOCIONAL Y UNA SENSACION DE DIGNIDAD EN EL ANCIANO.

ASIMISMO, ES IMPORTANTE QUE EXISTA UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO ( PSICOLOGO, MEDICO, ENFERMERA, TRABAJADORA SOCIAL, ETC.) QUE SE ENCARGUE DE LA PREVENCIÓN, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL HISHO.

LA APORTACION DE ESTA INVESTIGACION SON 18 PRUEBAS QUE EVALUAN DEHENCIA Y UNA QUE EVALGA DEPRESION, LAS CUALES BUSCAN SATISFACER LA NECESIDAD DE ESTABLECER UN LENGUAJE COMUN ENTRE PSICOLOGOS Y TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE SE DEDICAN AL ESTUDIO DE LA GERUHTOLOGIA.

ESTA TESIS ES UNA INVITACION A TODOS AQUELLOS INVESTIGADORES QUE SE INTERESEN EN EL CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS DE EDAD Y HASTA CIERTO PUNTO ES UN TRABAJO INCONCLUSO, LA TERMINARAN Y LA ENRIQUECERAN LOS HISHOS. CONFIAMOS EN EL CRITERIO Y SENTIDO COMUN DE LOS QUE SE DEDIQUEN AL ESTUDIO DE LOS ANCIANOS, PARA QUE ESTE TRABAJO QUE SE ENTREGA CUMPLA SU COMETIDO.

## B I B L I O G R A F I A

- 1).- ABELOOS M. . (1961). EL CRECIMIENTO . BUENOS AIRES, ARGENTINA. EDITORIAL PAIDOS. 53 A 60 PAGS..
- 2).- ACANES ALBERTO. (ABRIL-JUNIO, 1986). ANHESIA GLOBAL TRANSITORIA. UNA ENTIDAD NEUROPSIQUIATRICA PROPIA DE LA TERCERA EDAD.REVISTA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LA HABANA VOLUMEN XXVII, No. 2. 241 A 247 PAGS.
- 3).- ALCAZAR MONTENEGRO HEBERTO. (1980). LA VEJEZ Y SU TRATAMIENTO. D.F., MEXICO. EDITORIAL ELARTCH. 3 A 29 PAGS..
- 4).- ALONSO FERNANDEZ FRANCISCO. (1979). FUNDAMENTOS DE LA PSIQUIATRIA ACTUAL. TOMO II, 4a. EDICION. MADRID, ESPAÑA. EDITORIAL PAZ MONTALVO, 857 A 914 PAGS..
- 5).- ALVAREZ GAYOU JURGENSON J.L.. (1986). SEXOTERAPIA INTEGRAL. D.F., MEXICO. EDITORIAL MANUAL MODERNO. 72 A 73 Y 115 A 116 PAGS..
- 6).- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. AGING. THIRD EDITION. PUBLICATION MANUAL. WASHINGTON, D.C. U.S.A.. 7 A 219 PAGS..
- 7).- AMEZCUA FRANCISCO. (1987). LA ARTEREOSCLEROSIS. SE PUEDE PREVENIR DESDE LA INFANCIA? D.F., MEXICO, REVISTA MEXICANA DE SEGURIDAD SOCIAL, No. 7. EDITORIAL I.H.S.S.. 46 A 51 PAGS..
- 8).- ANASTASI A.. (1982). TESTS PSICOLOGICOS. 3a. EDICION. MADRID, ESPAÑA. EDITORIAL AGUILAR. 3 A 8. 21 A 190 Y 565 A 570 PAGS..
- 9).- ARAMONI ANICETO. (1970). JOVENES Y VIEJOS. D.F., MEXICO. EDITORIAL EXTEMPORANEOS. 320 A 365 PAGS..

- 10).- BAHENA GUILLERMINA DRA., MONTERO SERGIO. (1988). TESIS EN 30 DIAS. D.F., MEXICO. EDITORES MEXICANOS UNIDOS. 1 A 60 PAGS.
- 11).- BARAHONA ABEL. BARAHONA FRANCISCO. (1984). METODOLOGIA DE TRABAJOS CIENTIFICOS. BOGOTA COLOMBIA. EDITORIAL IPLER. 1 A 61 PAGS.
- 12).- BELLAK LEOPOLD. (1979). EL USO CLINICO DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS DEL T.A.T., C.A.T. Y S.A.T. . 2a. EDICION. D.F., MEXICO. EDITORIAL MANUAL MODERNO. 342 A 383 PAGS..
- 13).- BENTON L. ARTHUR. (1971). INTRODUCCION A LA NEUROPSICOLOGIA. EDITORIAL FONTANELLA. 9 A 87 PAGS..
- 14).- BIBLIOTECA DE PSICOMETRIA Y PSICODIAGNOSTICO. (1979). TEST DE APERCEPCION PARA EDADES AVANZADAS (S.A.T.) . BUENOS AIRES. ARGENTINA. EDITORIAL PAIDOS. 1 A 23 PAGS..
- 15).- BIZE AR. P.R. Y C. VALLIER. (1973). UNA VIDA NUEVA, LA TERCERA EDAD. BILBAO, ESPANA. EDICIONES MENSAJERO. 11 A 255 PAGS..
- 16).- BORING EDWIN G.. (1980). HISTORIA DE LA PSICOLOGIA EXPERIMENTAL. 2a. EDICION. D.F., MEXICO, EDITORIAL BRILLAS. 297 A 571 PAGS..
- 17).- BROOKE E., ET. AL.. (1979). PSYCHOGERIATRIC CARE IN THE COMMUNITY. No. 10. PUBLIC HEALTH IN EUROPE. 119 PAGES..
- 18).- BROWN FREDERICK G.. (1980). PRINCIPIOS DE LA MEDICION EN PSICOLOGIA Y EDUCACION. D.F., MEXICO. EDITORIAL MANUAL MODERNO.
- 19).- BUHLER CHARLOTTE. (1973). PSICOLOGIA DE LA VIDA ACTIVA. POTENCIALIDADES Y ESPECTATIVAS. BUENOS AIRES, ARGENTINA. EDITORIAL PSIQUE. 254 PAGS..
- 20).- BURNET F. MACFARLANE. (1982). LA ENTEREZA DE VIVIR. D.F.,

- 21).- CAHACHO R. ROCIO., LAZCANO V. MARID. (1988). PROGRAMA EDUCATIVO DE SALUD Y AUTOCUIDADO EN SENECTOS INSTITUCIONALIZADOS. TESIS. UNAM. D.F., MEXICO.
- 22).- CARVEY DONALD. (1975). EXISTE LA SEXUALIDAD DESPUES DE LOS 50 AÑOS. BARCELONA, ESPAÑA. EDITORIAL HUNDILIBRO, S.A., 22, 44 A 48 PAGS..
- 23).- CASAHUEVA ESTHER. (1985, ENERO Y FEBRERO). NUTRICION Y SENECTUD. CUADERNOS DE NUTRICION. No. 1.S.P.I. 17 A 32 PAGS..
- 24).- CERDA E. (1972). PSICOMETRIA GENERAL. BARCELONA, ESPAÑA. EDITORIAL HERDER. 1 A 197 PAGS..
- 25).- COHEN JOZEF. (1982). EVALUACION DE LA PERSONALIDAD. 4a. EDICION. D.F., MEXICO. EDITORIAL TRILLAS. 9 A 89 PAGS..
- 26).- COLDTLA A. VICTOR, JURADO C. SAHUEL. (1983). DESARROLLO HISTORICO DE LA MEDICION PSICOLOGICA EN MEXICO. ACTA PSICOLOGICA MEXICANA. D.F., MEXICO, EDITORIAL FACULTAD DE PSICOLOGIA, U.N.A.M.. 89 A 101 PAGS.
- 27).- CONFORT ALEX. (1977) UNA BUENA EDAD, LA TERCERA EDAD. MADRID, ESPAÑA. EDITORIAL DEBATE. 11 A 279 PAGS..
- 28).- CONSEJO NACIONAL DE LA POBLACION. (1986). SOLEDAD Y SEXUALIDAD. D.F., MEXICO. COLECCION: LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD HUMANA. VOLUMEN 1. EDITORIAL CONAPO. 33 A 45 PAGS..
- 29).- CORNEJO WALTER, LAZO MARIO. (ENERO-MARZO. 1987) LA DEPRESION EN ANCIANOS DEL ENDE. REVISTA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LA HABANA. VOLUMEN XXVIII, No. 1, 7 A 18 PAGS.
- 30).- CORKIDI NACACH GRACIA. (1979). LA REHABILITACION FISICA Y SOCIAL DE INDIVIDUOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS. TESIS.

UNAM. D.F., MEXICO.

- 31).- CRUZ AGUILAR, ROLANDO. (ABRIL-JUNIO, 1986). LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS DE GERONTO-GERIATRÍA. REVISTA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA HABANA. VOLUMEN XXVII, No. 2. 255 A 259 PÁGS.
- 32).- C. S. TANISLAWSKI STANISLAO. (1986). EL RELOJ BIOLÓGICO Y SU EFECTO EN EL HOMBRE. D.F., MEXICO. REVISTA MEXICANA DE SEGURIDAD SOCIAL. No. 3. EDITORIAL I.M.S.S., 76 A 88 PÁGS..
- 33).- C. S. TANISLAWSKI STANISLAO. (1988). BIOQUÍMICA Y ENFERMEDAD MENTAL. D.F., MEXICO. REVISTA MEXICANA DE SEGURIDAD SOCIAL. No. 11. EDITORIAL I.M.S.S.. 53 A 59 PÁGS..
- 34).- D'HIVER DE LAS DESES CARLOS. (1988). ENVEJECER NO ES UNA ENFERMEDAD. D.F., MEXICO. REVISTA MEXICANA DE SEGURIDAD SOCIAL. No. 11. EDITORIAL I.M.S.S., 60 A 66 PÁGS..
- 35).- DE BEAUVOIR SIMONE. (1986). LA VEJEZ. 3a. EDICIÓN. D.F., MEXICO. EDITORIAL HERMES SUDAMERICANA. 7 A 677 PÁGS..
- 36).- DE RAMSAY BOYD AND CHARLES G. DAKES. (1972). FOUNDATION OF PRACTICAL GERONTOLOGY. 2a. EDICIÓN. COLUMBIA, SOUTH CAROLINA, U.S.A.. UNIVERSITY OF SOUTH CAROLINA PRESS. 12 A 296 PÁGS..
- 37).- DORSCH F.. (1976). DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA. 8a. EDICIÓN. BARCELONA, ESPAÑA. EDITORIAL HERDER.
- 38).- ERIKSON ERIK H.. (1981). LA ADULTEZ. D.F., MEXICO. EDITORIAL FONDO DE CULTURA ECONÓMICA. 294 A 319 PÁGS..
- 39).- FRAISSE PAUL, PIAGET JEAN. (1963). HISTORIA Y MÉTODO DE LA PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL. BARCELONA, BUENOS AIRES. EDITORIAL PAIDOS. 197 A 244 PÁGS..
- 40).- FENICHEL D.. (1986). TEORÍA PSICOANALÍTICA DE LAS NEUROSIS. D.F., MEXICO. EDITORIAL PAIDOS MEXICANA, S.A.. 437 A 441 Y

- 449 PAGES..
- 41).- FIALLO SANS ANTONIO DR. (ABRIL-JUNIO, 1988). PSICOLERIA TRIA Y ENFERMERIA. REVISTA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LA HABANA VOLUMEN XXVII, No. 2. 249 A 253 PAGES.
  - 42).- FIALLO SANS ANTONIO DR. Y HERNANDEZ MARTA LIC. (OCTUBRE-DICIEMBRE, 1988). ES LA GERIATRIA UN RETO SOCIAL? REVISTA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LA HABANA VOLUMEN XVII, No. 4. 603 A 607 PAGES.
  - 43).- FISKE MARJORIE. (1980). EDAD MADURA. LO MEJOR DE LA VIDA? D.F., MEXICO, LA PSICOLOGIA Y TU. EDITORIAL HARPER Y ROW LATINOAMERICANA, S.A. DE C.V..
  - 44).- FUENTES AGUILAR LUIS. (1978). SALUD Y VEJEZ. D.F., MEXICO. EDICIONES EL CABALLITO. 7 A 374 PAGES..
  - 45).- GEIST HAROLD. (1977). PSICOLOGIA DE LAS DIFERENCIAS HUMANAS. BUENOS AIRES, ARGENTINA. EDITORIAL PAIDOS. 11 A 149 PAGES..
  - 46).- GLORIA FUENTES. (1988, MARZO). SENECTUD ACTIVA. REVISTA SOLIDARIA No. 56. D.F., MEXICO. EDITORIAL I.H.S.S., 19 A 20 PAGES..
  - 47).- GODDY EMMA. (1977). ANTES DEL ALBA Y EL ATARDECER. D.F., MEXICO. EDITORIAL JUS. 7 A 71 PAGES..
  - 48).- GOMEZ ROMERO MARIA ALICIA, ORTEGA BAEZ ELIZABETH. (1987). LA INFLUENCIA DE LA ASOCIACION A UN GRUPO SOBRE EL GRADO DE DEPRESION EN LOS SEHESCENTES. TESIS. UNAM. D.F., MEXICO.
  - 49).- GONZALEZ HERNANDEZ ISABEL. (1984). LA ACTIVIDAD COMO TERAPIA EN LA VEJEZ. TESIS. UNAM. D.F., MEXICO.
  - 50).- GONZALEZ MARIA LUANDA DE GUADALUPE. (1987). LOS ESTEREOTIPOS ACERCA DE LAS CAPACIDADES Y PRODUCTIVIDAD DE LAS PERSONAS SENECTAS JUBILADAS COMO DETERMINANTES DE DISCRIMINACION LABORAL. TESIS. UNAM. D.F., MEXICO.

- 51).- GUERRERO SANCHEZ CIMAR DR. (1981). MANUAL DE GERONTOGERIATRIA. D.F., MEXICO. EDITORIAL DOMES, S.A.. 5 A 22 PAGES.
- 52).- HASSOL DENNIS. (1986). PSICOLOGIA EVOLUTIVA. D.F., MEXICO. EDITORIAL INTERAMERICANA. 312 A 347 PAGES..
- 53).- HAYFLICK LEONARD. (1980). AGING-ITS CHEMISTRY. THE AMERICAN ASSOCIATION FOR CLINICAL CHEMISTRY. 241 A 243 PAGES.
- 54).- HAYFLICK LEONARD. (1981). THE BIOLOGY OF HUMAN AGING. PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE. 536 A 546 PAGES.
- 55).- HENRY EY-P., BERNARD-CH., BRISSET. (1980). TRATADO DE PSIQUIATRIA. BARCELONA, ESPAÑA. EDITORIAL MASSON. 806 A 851 PAGES..
- 56).- HILGARD E.R.. (1972). INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA. TOMO II. MADRID, ESPAÑA. EDITORIAL MORATA, S.A.. 101 A 135 PAGES..
- 57).- I.M.S.S.. (1987). ASPECTOS PSICOSOCIALES. MODULO 1. D.F., MEXICO. JEFATURA DE SERVICIOS DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS.
- 58).- I.M.S.S.. (1987). ASPECTOS GERIATRICOS Y DE GERONTOLOGIA. MODULO 2. D.F., MEXICO. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA.
- 59).- I.M.S.S.. (1987). LA SALUD DEL JUBILADO NUTRICION. MODULO 3. D.F., MEXICO. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. COORDINACION DE DIETOLOGIA.
- 60).- I.M.S.S.. (1987). MEDICINA PREVENTIVA. MODULO 4. D.F., MEXICO. JEFATURA DE SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA.
- 61).- I.M.S.S.. (1987). SALUD MENTAL. MODULO 5. D.F., MEXICO. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA.
- 62).- I.M.S.S.. (1987). ASPECTOS ECONOMICOS Y SERVICIOS INTEGRALES. MODULO 6. D.F., MEXICO. COORDINACION GENERAL DE PRESTACIONES SOCIALES.

- 63).- ISRAEL LILIANE, KOZAREVIC DJORDJE, SARTORIUS NORMAN. (1984). EVALUATIONS EN GERONTOLOGIE, VOLUMEN 1 Y 2, GEVEVE, GRENDOLE, ET OMS.
- 64).- KASTENBAUM ROBERT. (1980). ANOS DE PLENITUD. D.F., MEXICO. LA PSICOLOGIA Y TU. EDITORIAL H. & R. L., S.A. DE C.V..
- 65).- KATZ D., PIAGET J., INHELDER B.. (1977). PSICOLOGIA DE LAS EDADES (DEL HACER AL MORIR). 5a. EDICION. MADRID, ESPANA. EDICIONES MORATA, S.A.. 123 A 129 PAGES..
- 66).- LEBERT NORBERT. (1975). LOS VIEJOS PECADORES VIVEN MAS. D.F., MEXICO. EDITORES EXTEMPORANEOS, S.A..
- 67).- LEVIN S.. (1973). LOS PROCESOS PSICOLOGICOS EN EL ENVEJECIMIENTO. BUENOS AIRES, ARGENTINA. EDITORIAL PAIDOS. 12 A 19 PAGES..
- 68).- LEHR URSULA Y CONTRERAS E. (MAYO-JUNIO, 1981). PSICOLOGIA DE LA SENECTUD. REVISTA ESPANOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA. TOMO XVI, No. 2
- 69).- LOPEZ IBOR J.. (1979). EL LIBRO DE LA VIDA SEXUAL. BARCELONA, ESPANA. EDITORIAL DANAE. 13, 181, 225, 430 PAGES..
- 70).- LYMAN HOWARD B.. (1963). TEST SCORES AND WHAT THEY MEAN. INC. ENGLEWOOD CLIFFS, N.J.. PRENTICE - HALL. 11 A 176 PAGES..
- 71).- MAYER GROSS W. E. SLATER, M. ROTH. (1974). PSIQUIATRIA CLINICA II. BUENOS AIRES, ARGENTINA. EDITORIAL PAIDOS. 270 A 404 PAGES..
- 72).- MARCH JAMES G.. (1979). AGING, STABILITY AND CHANGE IN THE FAMILY. NEW YORK, E.U.A.. EDITORIAL ACADEMIC PRESS.. 301 A 327 PAGES..
- 73).- MARCHORI HILDA. (1978). PERSONALIDAD DEL DELINCUENTE. D.F., MEXICO. EDITORIAL PORRUA. 113 A 138 PAGES..

- 74).- MARCIAL JUAN. (26 OCTUBRE, 1987). NO ENVEJECE LA CAPACIDAD SEXUAL. GACETA UNAH PAG. 20.
- 75).- HEZA CAST SEGUNDO. (ABRIL-JUNIO, 1986). LAS DEMENCIAS PRESENILES Y LOS VIRUS LENTOS. REVISTA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LA HABANA VOLUMEN XXVII, No. 2. 191 A 197 PAGES.
- 76).- MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. (1980). GLOSARIO DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES. DIRECCION DE SALUD PUBLICA, DIVISION DE HIGIENE MENTAL. D.F., MEXICO.
- 77).- MORALES NA. LUISA. (1983). PSICOMETRIA APLICADA. D.F., MEXICO. EDITORIAL TRILLAS. 19, 33 A 37 PAGES..
- 78).- NACIONES UNIDAS, CONSEJO ECONOMICO Y SOCIAL COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA (CEPAL). INFORME DE LA REUNION TECNICA LATINOAMERICANA SOBRE LA TERCERA EDAD. SAN JOSE COSTA RICA, 2 AL 15 DE DICIEMBRE, 1980. E/CEPAL/CONF. 74/L.3/REV., 18 ENERO, 1982 EN ESPANOL.
- 79).- NACIONES UNIDAS, CONSEJO ECONOMICO Y SOCIAL COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA (CEPAL). REUNION REGIONAL LATINOAMERICANA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION DE AMERICA LATINA. SAN JOSE, COSTA RICA. 9 A 13 DE MARZO DE 1982.
- 80).- NUHALLY Y JUM C.. (1973). INTRODUCCION A LA MEDICION PSICOLOGICA. BUENOS AIRES, ARGENTINA. EDITORIAL PAIDOS. 19 A 227, 549 A 566 PAGES..
- 81).- O.H.S.. (1969). PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DEL ENVEJECIMIENTO Y DE LA VEJEZ. BUENOS AIRES, ARGENTINA. EDITORIAL HUMANISTAS. 3 A 60 PAGES..
- 82).- O.H.S.. (1974). PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LOS

SERVICIOS GERIATRICOS. GINEBRA, SUIZA. SERIE DE INFORMES  
TECNICOS No. 549.

- 83).- O.M.S.. (1972). PSICOGERIATRIA. GINEBRA, SUIZA. SERIE DE  
INFORMES TECNICOS NO. 507.
- 84).- OTERO OJEDA ANGEL Y ALMEIDA L. JOSE H.. (ABRIL-JUNIO, 1986).  
NIVEL DE INFORMACION DE LA POBLACION SENIL, REPORTE  
PRELIMINAR, REVISTA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LA HABANA  
VOLUMEN XXVII, No. 2. 21 A 32 PAGS.
- 85).- OTERO OJEDA ANGEL Y SIMANO R. LIHO. (ENERO-MARZO, 1987).  
ALGUNOS ASPECTOS DE LA ATENCION PSICOGERIATRICA, CUESTIONES  
MAS GENERALES. REVISTA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LA  
HABANA. VOLUMEN XIII, No. 1. 31 A 44 PAGS.
- 86).- PAILLAT PAUL. (1971). SOCIOLOGIA DE LA VEJEZ. BARCELONA,  
ESPAÑA. EDICIONES DIKOS-TAU. 5 A 125 PAGS..
- 87).- PAPALIA E. DIANE, WENDKUS OLDS SALLY. (1985). DESARROLLO  
HUMANO. 2a. EDICION. D.F., MEXICO. EDITORIAL MCGRAW-HILL.  
570 A 639 PAGS..
- 88).- PICHOT P.. (1973). LOS TESTS MENTALES. 5a. EDICION. BUENOS  
AIRES, ARGENTINA. EDITORIAL PAIDOS. 11 A 19, 85 A 131 PAGS..
- 89).- RAMOS JIMENEZ, MA. MARTHA. ESTUDIO COMPARATIVO EN UNA  
POBLACION SENESCENTE A TRAVES DEL M.M.P.L. TESIS. 1980.  
D.F., MEXICO. UNAM.
- 90).- RAPAPORT RHONA Y ROBERT RAPAPORT. (1980). ENRIQUEZCA SU  
VIDA. D.F., MEXICO. LA PSICOLOGIA Y TU. EDITORIAL HARPER &  
ROW LATINOAMERICANA, S.A. DE C.V..
- 91).- RAYNER C. (1985). LA MENTE HUMANA. BARCELONA, ESPAÑA.  
EDITORIAL ORBIS. 150 A 159 PAGS.
- 92).- REY ANDRE. (1982). EL EXAMEN CLINICO EN PSICOLOGIA. BUENOS  
AIRES, ARGENTINA. EDITORIAL KAPELUSZ. 3 A 20 Y 77 A 124

PAGS..

- 93).- RODRIGUEZ G. ROSALIA. (1988). DETERIORO INTELECTUAL. VI CONGRESO NACIONAL DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA. D.F., MEXICO. SERVICIO DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA HOSPITAL REG. LIC. A. LOPEZ MATEOS. 1 A 4 PAGS.
- 94).- SANCHEZ CARO JESUS. (1982). LA VEJEZ Y SUS MITOS. BARCELONA, ESPANA. EDITORIAL AULA ABIERTA SALVAT. 5 A 64 PAGS..
- 95).- SARDINAS HERNANDEZ NORBERTO Y OTROS. (ABRIL-JUNIO 1980). DEMENCIAS PRESENILES. REVISTA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LA HABANA VOLUMEN XXVII, No. 2. 217 A 222 PAGS.
- 96).- SCHAVELSON, J. Y COL.. (1965). PSICOLOGIA Y CANCER. BUENOS AIRES, ARGENTINA. EDITORIAL PAIDOS. 5 A 140 PAGS..
- 97).- STREIB GORDON F. AND CLEMENT J. SCHNEIDER. (1971). RETIREMENT IN AMERICAN SOCIETY (IMPACT AND PROCESS). S.J. CORNELL UNIVERSITY PRESS ITHACA AND LONDON. 313 A 316 PAGS..
- 98).- TAYLER LEONA E.. (1984). PSICOLOGIA DE LAS DIFERENCIAS HUMANAS. MADRID, ESPANA. EDICIONES MADVA. 273 A 296 PAGS..
- 99).- UNIDAD DE CONGRESOS DEL CENTRO MEDICO NACIONAL. (1988). MEMORIAS VI CONGRESO NACIONAL DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA. D.F., MEXICO. EDITORIAL GEMAC. 2 A 42 PAGS.
- 100).- VALDES NIER HIGUEL DR.. (1983). PSICOGERIATRIA. LA HABANA, CUBA. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LA HABANA.
- 101).- VALLEJO-NAGERA JUAN ANTONIO. (1977). INTRODUCCION A LA PSIQUIATRIA. BARCELONA, ESPANA. EDITORIAL CIENTIFICO MEDICA DOSSAT MEXICANA, S.A.. 287 A 302 PAGS..
- 102).- VALLIN RICARDO. (1986). DEMENTIA. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS.
- 103).- VAZQUEZ SILVIA, HA. DE LA LUZ YOSIKO KAHINI OKUDA. (1985).

RELIGION Y ACTITUD HACIA LA MUERTE EN UN GRUPO DE ANCIANOS.

TESIS. U.N.A.M. D.F., MEXICO.

- 104).- VAZQUEZ RODRIGUEZ GUADALUPE. (1980). ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO. TESIS. U.N.A.M., D.F., MEXICO.
- 105).- VIGNOLA JUAN. (1972). LOS TESTS PSICOLOGICOS. BARCELONA, ESPANA. EDITORIAL DE VECEHI. 9 A 20 PAGES..
- 106).- VORONOFF SERGE. (S/F). ESTUDIO SOBRE LA VEJEZ Y EL REJUVENECIMIENTO EN EL HOMBRE Y EN LA MUJER. MADRID, ESPANA. EDITORIAL AGUILAR. 6 A 38 Y 45 PAGES..
- 107).- HELLS E. CHARLES. (1986). DEMENTIA. 2a. EDITION. CONTEMPORARY NEUROLOGY SERIES. PHILADELPHIA, U.S.A.. F.A. DAVIS COMPANY. 27 A 56 PAGES..
- 108).- HOLMAN E. BENJAMIN. (1968). TEORIAS Y SISTEMAS CONTEMPORANEOS EN PSICOLOGIA. BARCELONA, ESPANA. EDITORIAL MARTINEZ ROCA, S.A.. 333 A 351, 587 A 626, 635 A 637 PAGES..
- 109).- WORLD HEALTH STATISTICS QUARTERLY. (1982). PUBLIC HEALTH IMPLICATION OF AGING. VOL. 35. NO. 3-4.
- 110).- ZINBERG H.E. KAUFMAN (COMPS.). PSICOLOGIA NORMAL DE LA VEJEZ. BUENOS AIRES, ARGENTINA. EDITORIAL PAIDOS. 11 A 206 PAGES..