



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

PO 1392/96  
Ej. 2

UNA ALTERNATIVA DE EVALUACION INTEGRAL  
PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD SIN  
PATOLOGIAS CRONICAS DEGENERATIVAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :

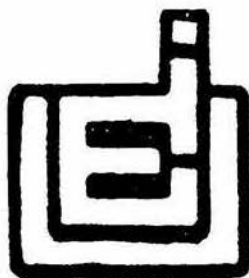
CRUZ HERRERA ISABEL

VICTORERO JORDANA GEORGINA ALICIA AMALIA

DIRECTOR DE TESIS: LIC. ROQUE JORGE OLIVARES VAZQUEZ  
SINODALES: LIC. ESTEBAN CORTES SOLIS  
LIC. MARGARITA CHAVEZ BECERRA

MEXICO, D. F.

1996





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

*Jaja:*

*Crec que ahir encara vaig sentir  
per aquells anys que mai tornaran*

*Ja han marxat  
però sempre hi ha un altra lloc  
i avui ja et fet una canço  
potser n'he fet molt  
par ara hi ha prou*

*Fins aviat*

*Jordia*

*A todos los que de alguna forma  
hicieron posible la culminación  
de uno de los objetivos  
principales en mí vida... y  
principalmente a tí, por ser como  
eres:*

*Isabel*

## INDICE

CAPITULO I	
<i>Historia de la Vejez</i> .....	1
CAPITULO II	
<i>Concepción de Vejez</i> .....	21
CAPITULO III	
<i>Elaboración de la propuesta de una Alternativa de Evaluación Integral para Personas de la Tercera Edad</i> .....	40
CONCLUSIONES .....	91
BIBLIOGRAFIA .....	97
ANEXOS .....	100

## RESUMEN

En la presente investigación se hace una revisión sobre el papel que los ancianos han tenido a lo largo de la historia retomando aspectos de las civilizaciones primitivas, El Mundo hebreo, Las Sociedades precolombinas de América, La Antigua Grecia, el Pueblo Romano, La Alta Edad Media, La Revolución Industrial hasta nuestros días.

También se abordan diversas teorías para dar una explicación del proceso de envejecimiento físico en base a una perspectiva biológica; además se hace una descripción de los cambios físicos típicos de la vejez; por otra parte, se hace mención de algunas teorías que describen el proceso de envejecimiento desde un punto de vista social.

Posteriormente, se hizo una recopilación de pruebas que evalúan a personas de la tercera edad y junto con la información anteriormente recabada se elaboró una propuesta de evaluación integral la cual contemplará un área psicológica con sus respectivas subáreas, un área médica, un área social y un área sexual.

La finalidad de esta tesis no era llevar a la práctica la evaluación, sin embargo, para poder verificar la viabilidad de la misma se solicitó a personas que laboran en el asilo para ancianos Mundet que revisaran la propuesta de evaluación, además que también fue aplicada por dicho personal a una muestra de quince sujetos ancianos divididos en tres grupos.

Finalmente, se recabaron los comentarios y sugerencias del personal del asilo en torno dicha evaluación para enriquecer dicha investigación.

## CAPITULO I

### HISTORIA DE LA VEJEZ

Desde el primer momento de su existencia el ser humano lucha por adaptarse a la serie de cambios que le impone su propio organismo, el medio ambiente, su sociedad y su cultura (1). De igual manera, conforme va transcurriendo su vida adquiere una mayor independencia.

Al nacer, depende para su supervivencia de los cuidados maternos ya que sin ellos no podría satisfacer sus necesidades de alimentación, asco, protección, desarrollo cognitivo, afectivo y sociocultural (2). A partir de que comienza a ir a la escuela, la dependencia que tiene hacia su madre va disminuyendo debido a las nuevas interacciones socio-afectivas que establece con otros adultos y niños. A medida que comienza a hacerse adolescente, pugna por tener una independencia personal con respecto a sus padres y otras figuras de autoridad y aunque en el aspecto económico su dependencia continúa, el adolescente manifiesta su independencia al formar parte de grupos con personas de su misma edad con quienes busca la mutua compañía para procurarse apoyo y guía.

Una vez que entra al ciclo de la edad adulta, que comienza a partir de los 20 años, dicha independencia se manifiesta de una forma más completa ya que es un período en que toma decisiones importantes en aspectos significativos de su vida como el matrimonio, el trabajo y el estilo de vida en general (3).

No obstante, en la vejez comienza a perder gran parte de la independencia que consiguió a lo largo de su vida, debido a que los cambios biológicos, psicológicos y socioculturales tienen un efecto cualitativamente diferente en esta etapa de su desarrollo, en comparación con las etapas anteriores.

Efectivamente, en el aspecto biológico el ser humano presenta, en esta etapa, una serie de cambios a nivel físico lo que significa un descenso progresivo del vigor y de la resistencia; en el aspecto psicológico vive una reestructuración de su personalidad debido a una serie de cambios en su funcionamiento intelectual y afectivo (4).

Con respecto al aspecto social, en la actualidad el anciano vive la marginación por ya no ser considerado un individuo productivo (5). Sin embargo, es importante mencionar que no siempre ha sido esto así, pues en el curso de la historia humana las sociedades han afrontado las situaciones de los viejos de muy diversas maneras que están relacionadas con las tradiciones, las costumbres, las creencias religiosas y las estructuras políticas y socioeconómicas.

Por ejemplo, para el hombre paleolítico, las carencias alimenticias y las enfermedades fueron los principales factores que impidieron que llegaran a viejos; esto puede corroborarse con fragmentos de esqueletos existentes que pertenecían a individuos de esta era, los cuales no sobrepasan los 30 años. Para el hombre del neolítico, las condiciones de vida cambiaron debido a la sedentarización y a una mejor alimentación, dándose con esto mayores probabilidades de llegar a una edad avanzada.

De esta manera en las sociedades primitivas, la vejez fue considerada como un fenómeno extraordinario atribuido a una protección sobrenatural; por tal motivo desde ese momento, el anciano pasó a ocupar un lugar muy importante en el mundo de lo divino.

Sin embargo, no se puede generalizar esta concepción de la vejez para todas las sociedades primitivas debido a que el lugar que ocupó el anciano dentro de estas sociedades varía de un pueblo a otro. Por ejemplo, cuando las condiciones de la tribu eran favorables y la supervivencia estaba asegurada, el anciano era honrado y respetado desempeñando un papel importante; este papel consistía en ser depositario de su sabiduría y por lo tanto de educador y juez.



Por otra parte, en algunas sociedades primitivas el simple hecho de tener alguna responsabilidad sobre el clan o ser soberano, le otorgaba al individuo el derecho de ser llamado "anciano" no importando el número de años que tuviera. Este concepto en el cual la edad no tiene nada que ver con el número de años se encuentra en la Biblia y en algunos de los escritos de los padres de la iglesia para los cuales la vejez significaba sabiduría.

Cabe mencionar que la mujer anciana también disfrutaba a menudo de un status privilegiado accediendo al poder gracias a su edad. Por ejemplo, en la tribu Lemba, después de la menopausia una mujer era admitida a menudo en el círculo masculino desempeñando un papel junto a los hombres en los asuntos de la tribu; en Afganistán, cuando la mujer se convertía en suegra tenía poder sobre su nuera y ejercía poder y control sobre las actividades de su hijo.

Otro ejemplo del papel que representaron los ancianos dentro de las sociedades primitivas, fue en la de los Turco-Mongoles quienes respetaban únicamente a los ancianos que contaban con buena salud; aquellos ancianos que se encontraban enfermos o débiles eran abandonados y algunas veces se les provocaba la muerte por medio de la asfixia. El anciano que se había vuelto inútil por sus deficiencias físicas y mentales también era eliminado. Como se puede observar, en las sociedades primitivas la suerte de los ancianos finalmente dependía de los recursos de la comunidad y de las condiciones físicas y mentales del individuo (6).

Por otra parte y siguiendo el curso de la historia, el mundo Hebreo también dedicó un lugar especial al individuo anciano. Según los escritos más antiguos en la época del nomadismo, los ancianos desempeñaban un papel fundamental y fueron considerados como los jefes naturales del pueblo, además de ser portadores del espíritu divino y los guías del pueblo. Se estableció la ley mosaica que garantizaba el respeto a los ancianos y a los padres de edad avanzada. La bendición que otorgaba el padre anciano era sagrada e irrevocable convirtiendo al hijo que era bendecido en heredero.

En comunidades como los Amenitas, el padre anciano podía tener relaciones sexuales con sus hijas poniendo de manifiesto el prestigio y el poder del anciano en la época, el comienzo de una pérdida de prestigio comenzó a partir del dolor físico y la disminución de su capacidad vital. En escritos del período babilónico se utilizó a menudo la figura del anciano para mostrar el horror de las matanzas entre los pueblos.

En las sociedades precolombinas de América, donde los ancianos eran personas muy respetadas, desempeñaban en la sociedad un papel muy importante, tanto en la vida familiar como en la vida política aún siendo simples plebeyos tomaban parte en los consejos de sus barrios aconsejando y amonestando a los miembros de la sociedad que cometían algún desacato.

Se tienen testimonios de que en la sociedad Maya, el respeto al anciano era bien inculcado entre los jóvenes, además que se le atribuía gran importancia en ceremonias y ritos ya que generalmente se le escogía por su respetabilidad. Entre los Aztecas, el individuo de edad avanzada llamado "Huehuetque" después de haber sobrevivido las guerras y problemas médicos era objeto de gran aceptación y su presencia era importante en toda ceremonia familiar, religiosa y política (7).

Los Nahuas rendían culto a sus viejos a quienes respetaban y de quienes recibían sabiduría y buen gobierno ya que quienes gobernaban no eran los "Tlatoani" -los reyes-, sino los ancianos escogidos para integrar los consejos de quienes emanaban nuevas directrices que el "Tlatoani" ponía en acción. Los Nahuas tuvieron plena conciencia que "el hombre sabe más por viejo que por sabio" y en honor a sus viejos inventaron a "Huehuetotl" -Dios viejo- (8).

Para el siglo V, la imagen del anciano empezó a perder reconocimiento y fuerza y reduciéndose así su poder político y judicial en la sociedad; se empieza a discutir una de las bases fundamentales de la importancia de la vejez: "Una larga vida no es una bendición divina, pues los malvados viven tanto como

los buenos": otros escritos de la misma época reflejan desdén hacia los ancianos: "Los ancianos son charlatanes, chochos y acaparadores de la palabra".

La situación del anciano en este siglo se modificó por completo debido a la rápida consolidación de instituciones que transmitían conocimientos y al rápido crecimiento de la escritura, originándose que el anciano perdiera por completo su papel de guía y transmisor del conocimiento: sin embargo, a pesar de la pérdida del prestigio ante la sociedad humana, el anciano seguía ocupando un lugar importante dentro de lo divino como personificación de la sabiduría (9).

Por otra parte en la Antigua Grecia, cuna de la civilización occidental que nos ha legado una herencia fascinante que ha constituido el punto de partida de nuestra concepción del mundo y de numerosas mitologías, la vejez siempre fue considerada como una maldición, los dioses olímpicos no aman a los viejos, los jóvenes se rebelan contra los ancianos, los expulsan o los matan. En cada generación los dioses ancianos eran destronados por sus hijos, la lucha entre Olímpicos y Titanes tienen todas las características de una lucha generacional que contempla finalmente el triunfo de una juventud. Los viejos dioses son malvados, perversos y siempre vencidos; la generación triunfante, la de los Olímpicos está siempre formada por dioses y diosas jóvenes.

En el mundo de los mortales, el mundo Homérico nos brinda una imagen de la época arcaica griega en la cual los viejos parecían ocupar un lugar envidiable; sin embargo, este privilegio no era para todos los ancianos debido a que el mundo Homérico no era un mundo de ancianos sino un mundo heroico y los héroes siempre eran jóvenes. A los ancianos se les escuchaba con respeto y atención debido a que habían sido héroes, siendo venerados precisamente por esto y no por su edad.

En cuanto a los ancianos de origen modesto era más fácil encontrarlos mendigando por los caminos que en puestos de honor en las ciudades. En esta sociedad rural, donde la tierra se adquiere y se defiende por la fuerza de las armas, los viejos son olvidados y relegados.

A finales del siglo VII, la vejez fue descrita como algo trágico donde cualquier cosa es preferible a ella, incluso la muerte: numerosos poetas como Colofón afirman que "son dichosos aquellos que mueren a los 60 años, ya que la vejez convierte al hombre en un ser feo e inútil, además de ser despreciado por niños y mujeres" (10).

Es importante mencionar y tomar en cuenta, que el testimonio de hombres de letras debe ponerse a menudo en tela de juicio debido a que moralistas y poetas pertenecieron siempre a las clases privilegiadas lo que representa una importante razón para restarles a sus palabras gran parte de su valor (11).

Otra de las características que se presentó en Grecia en este siglo dentro de la clase aristocrática, fue la de fomentar las relaciones entre ancianos y jóvenes, el joven noble es confiado a los ancianos quienes lo guiarán con sus consejos. Esta costumbre de relacionar al joven y al anciano dió como resultado una mejor comprensión entre generaciones.

Cabe mencionar que el anciano para poder ser considerado "digno" debía comportarse con prudencia, renunciar a los placeres y diversiones mundanas y amorosas. Frente a esta postura positivista en cuanto al trato del anciano, se encuentran también las figuras de ancianos decrepitos y dolientes. Sófocles en su obra nos muestra un ejemplo muy claro de esta posición al hacer la descripción de la vejez de la siguiente manera: "la vejez es la última maldición a la que los dioses nos condenan..., lo mejor que le podía suceder al hombre sería no nacer..., siendo la única actitud para sobrevivir, la resignación..." (12).

Para los autores cómicos, el anciano y la anciana se convirtieron durante siglos en el blanco predilecto del arte cómico: la vejez fue vista como una caricatura humana, cuya decadencia física y a veces mental les hizo objeto de burla fácil; en esta época todas las pasiones humanas tomaron un aspecto

grotesco con los viejos debido a que éstos ya no eran capaces de gozar de los placeres de la vida y porque la proximidad de la muerte volvía vanos todos sus proyectos. El único viejo no ridículo era aquél que ya no hacía nada, que ya no comía, no bebía y sobre todo que ya no tenía relaciones sexuales con mujeres.

Diversos autores de obras teatrales de esta época, nos muestran en sus escritos una descripción más detallada sobre la vejez; por ejemplo, Melandro en sus obras representa al anciano como una víctima "digna de compasión" describiendo a la vejez como enemiga del género humano, que arruina completamente la belleza de las formas, transforma el esplendor de los miembros en pesadez y transforma la rapidez en lentitud; no son los ancianos los que son odiosos sino la vejez.

Para Aristófanes, las representaciones de los ancianos en sus obras suelen ser ridículas y llenas de culpas hacia la vejez acentuando en gran medida sus características físicas (son seres humanos físicamente feos, calvos, desdentados y llenos de arrugas) y deficiencias (sordos, encorvados y con voz chillona); los ancianos fueron considerados celosos de su autoridad principalmente con sus hijos; por otra parte, para Aristófanes al igual que para la mayor parte de sus contemporáneos, el anciano ha pasado ya la edad del amor físico, especialmente porque su fealdad hace repugnante cualquier idea de contacto sexual; punto de vista que será compartido por casi toda la población griega, para quienes la belleza, la juventud y el amor eran indispensables para vivir.

Cabe destacar que dentro de la comedia griega, uno de los temas más aceptados fue aquél donde el anciano hace trampa con su edad, en particular los que se maquillaban para representar menos edad y poder casarse con una compañera más joven que ellos. En este terreno las mujeres ancianas estuvieron en desventaja, debido a que las mujeres envejecen más rápido que los hombres.

La vejez para los griegos fue considerada como algo contradictorio y ambiguo que no podía estar al alcance de sus conocimientos, la mayor parte de filósofos griegos que alcanzaban una edad

avanzada escribieron sobre la vejez no como algo exterior a ellos sino que retomaron sus propias vivencias para ejemplificarla y así hacer una filosofía de la vejez mucho más existencial. Por ejemplo, Epicuro afirmaba que nunca se es demasiado viejo para hacer filosofía, además que nunca es demasiado pronto ni demasiado tarde para ocuparse del alma, se debe hacer filosofía para rejuvenecer los días olvidados. Pitágoras fue uno de los primeros filósofos que elaboró una teoría de las etapas de la vida, de acuerdo a las estaciones del año. Platón es considerado uno de los filósofos más importantes debido a que fue el principal defensor de los ancianos; sin embargo, él no parte de la descripción de lo real, sino que consideró a los ancianos tal como podrían o deberían de ser, es decir, los ancianos deberían desempeñar un papel importante dentro de la sociedad para ser respetados; Platón también reconoce que algunos ancianos pueden caer en la locura y que la capacidad mental y física disminuyen.

Aristóteles por su parte, adopta una postura totalmente diferente a la mencionada por Platón, pues para él la vejez no es una garantía de sabiduría ni de capacidad política, a menudo no es más que una acumulación de errores en un espíritu endurecido por la edad; insiste en que por la unión del alma y del cuerpo, la decrepitud de uno alcanza indudablemente a la otra; el hombre alcanza el máximo de sus posibilidades a los 50 años y se debilita a continuación. El poder deben ejercerlo los hombres jóvenes, en vez de confiarlo a los viejos, los ancianos deben dedicarse a tareas sacerdotales. La vejez es la responsable de todos los males, el amor desaparece a causa del hastío o sólo se mantiene por costumbre, el carácter difícil del anciano convierte siempre el nacimiento de una nueva amistad en algo muy problemático, las críticas de Aristóteles parecen ser las más sinceras acerca del concepto de vejez que tenían los griegos.

Por otra parte cabe mencionar, que fue en Grecia donde se habla por primera vez de instituciones caritativas destinadas al cuidado de ancianos, así como de la primera hipótesis médica relativa a las causas del envejecimiento elaborada por Hipócrates, desarrollando de esta forma su teoría de los cuatro humores. Así es, Hipócrates consideró el proceso de envejecimiento como una pérdida de calor y de humedad, el cuerpo se vuelve frío y seco, afirmando que cada individuo recibe al nacer cierta cantidad

de energía llamada calor interno o espiritual vital que será consumida a lo largo de la existencia. La vejez es, así, un fenómeno puramente natural e irreversible que no constituye por sí misma una enfermedad, pero que sin embargo, predispone a las enfermedades ya que el cuerpo es menos resistente (13).

Otra de las sociedades clásicas fue el pueblo romano cuyos valores particulares se fundan con los de Grecia. El anciano no fue alabado por sus conocimientos debido a que la atención de esta civilización se centró principalmente en aspectos demográficos, políticos, sociales, psicológicos y médicos. El notable desarrollo del derecho ayudó a tomar conciencia real de la vida humana; un ejemplo de esta postura lo constituye "La Tabla de Ulpano" del siglo III a.C. documento que tenía por objeto evaluar la importancia de las leyes vitalicias asignadas por legados en función de la edad de los beneficiarios. De esta forma se puede mencionar que el peso de los ancianos en el Imperio Romano, era mayor que en el mundo griego.

Cabe destacar que dentro de este imperio, el mayor número de ancianos lo constituyeron un número de ancianos varones, esto debido a que había más fallecimientos de mujeres a consecuencia de partos mal atendidos, habiendo dos veces más hombres que mujeres de más de 60 años. La frecuencia de viudos y la desproporción entre sexos, llevó a la realización de matrimonios entre hombres ancianos y mujeres jóvenes. El derecho romano también consideró una autoridad muy particular a los ancianos en la figura "Pater Familias", el anciano se convierte en el jefe absoluto dentro de la familia, debiéndose a ello el importante papel que ejercieron los ancianos dentro de esta sociedad.

No obstante, esta situación traerá como consecuencia un creciente odio entre generaciones, debido a que el "Pater Familias" ejercerá su poder hasta su muerte y los hijos permanecerán sometidos a sus padres ancianos hasta una edad relativamente avanzada. La comedia romana tomó como tema principal este conflicto entre padre e hijo, ocupando un lugar importante dentro de la literatura. Cabe

mencionar que cuando los ancianos estaban desprovistos o carecían de estos derechos, eran despreciados por la sociedad.

Por otra parte, la mujer anciana tuvo un destino más oscuro, si ésta se encontraba sola era abandonada, despreciada y ridiculizada por su fealdad física. Toda esta concepción de la vejez empezó a cambiar con la evolución de la historia política romana, donde el anciano pierde su poder familiar y político.

La literatura de esta época nos muestra una imagen pesimista de la vejez y a su vez presta mayor atención a los ancianos con status, formándoles el ideal del anciano (rico, cultivado, discreto y con excelente salud); los ancianos plebeyos pasaron el tiempo en las plazas públicas jugando a los dados y emborrachándose, en cuanto a los esclavos de edad avanzada, demasiado viejos para prestar sus servicios eran liberados y abandonados en la calle. Estos acontecimientos sociales provocaron que muchos ancianos se suicidaran durante esta época.

Es a partir del siglo III de nuestra era cuando esta situación comienza a cambiar, los hospitales pasan a ser ocupados por ancianos considerados como "desdichados" y la vejez se empieza a considerar a partir de los 60 años. Otra de las características de los ancianos que se mencionan con más frecuencia dentro del mundo romano es la debilidad mental (caracterizándoseles como locos, obstinados, seniles y decrepitos), el estado de ánimo colérico, airado y depresivo. Dentro de la medicina romana el anciano a punto de morir no recibía ninguna atención médica debido a que su mal era considerado incurable; generalmente las enfermedades que con más frecuencia padecieron los ancianos fueron enfermedades crónicas, reumas, problemas urinarios, respiratorios, dolores de riñones, de articulaciones, insomnios, entre otros.

En esta época Galeno sirviéndose de la patología humoral y psicológica, llega a una conclusión acerca de la explicación del proceso de envejecimiento que se mantuvo hasta el renacimiento; la



descripción del proceso de envejecimiento hecha por Galeno es la siguiente: "los tejidos corporales son el producto de la mezcla húmeda de la sangre y el semen deshidratado por el calor interior. De esta manera se forma el embrión al principio y adquiere cierta consistencia, a medida que se va deshidratando toma los contornos y las formas vagas de cada una de las partes, más tarde al resecarse todavía más no sólo tiene las formas y los contornos sino la apariencia exterior exacta. Una vez nacido el individuo, continúa deshidratándose y fortaleciéndose hasta alcanzar su máximo desarrollo. En este momento cesa el crecimiento, los huesos secos ya no crecen, los vasos sanguíneos se ensanchan, de esta manera, todas las partes del cuerpo se fortalecen y alcanzan un mayor grado de capacidad, sin decaer, hasta que la persona comienza a arrugarse y a adelgazar". A esta descripción Galeno la llama vejez. En otras palabras, nuestro cuerpo está programado para crecer, envejecer y morir. La enfermedad para Galeno va en contra de la naturaleza y por consiguiente la vejez no es una enfermedad. A partir de la conclusión hecha por Galeno, podemos mencionar que fue el primero en aportar una teoría completa y consistente del proceso de envejecimiento (14).

Dejando atrás el contexto de las sociedades clásicas, es importante retomar el contexto de la época de la Alta Edad Media, donde el Cristianismo se fue fortaleciendo al mismo tiempo que los Bárbaros amenazaban a un bajo imperio romano atormentado por las guerras civiles. Fue a principios del siglo V cuando se impone definitivamente el Cristianismo. Y a partir de entonces y finales del siglo X la "Alta Edad Media", es llamada la edad oscura debido a que la justicia se reducía a su mínima expresión al igual que el juicio de Dios; los poderosos tuvieron como única misión matar y robar, el arte se encontró limitado a la producción de espadas, cintos y alhajas; la literatura es reducida a copias de manuscritos de los monasterios; la única ley que se aceptó en esta época fue "La ley del más fuerte" física y militarmente, donde los más débiles se encomendaban a los más poderosos.

Ante esta situación los ancianos fueron despreciados por la sociedad a consecuencia de sus debilidades e ineptitudes en el manejo de las armas. Por otra parte dentro de la venta de esclavos, los ancianos estaban muy mal cotizados. El Cristianismo de esta época no hizo mucho por los ancianos,

debido a que en esta sociedad todos estaban mezclados: los pobres, las viudas, los huérfanos, los lisiados, los enfermos y los ancianos. Es notorio que el problema de la vejez no interesó a los autores cristianos, prueba de este hecho es que los ancianos casi no son mencionados en sus escritos.

A comienzos del siglo XII dentro del pensamiento medieval, Isodoro de Sevilla retomó de nuevo la idea de la división de la vida humana en siete partes, la cual había sido mencionada en el siglo VII a.C. por filósofos jóvenes; donde la infancia comenzaba a partir de los 0 a los 7 años, la pueritia de los 7 a los 14 años, la adolescencia de los 14 a los 28 años, la juventud de los 28 a los 50 años, la madurez de los 50 a los 60 años y cuya última etapa corresponderá a la decrepitud y antes a la senilidad, esta idea se mantuvo hasta el Renacimiento.

Por otra parte los autores cristianos de esta época, caracterizaron a la vejez como la imagen del pecado; es decir, el hombre viejo es el pecado que debería regenerarse por medio de la penitencia, a diferencia de la juventud, la cual ejemplificará la lozanía del hombre nuevo y salvado por Cristo. El anciano servirá como imagen del testimonio de la decrepitud de la creación y la vanidad del mundo terrenal. El hombre que ha envejecido es víctima de la miseria; debería preocuparse en buscar su salvación, fortalecer su alma y hacer buenas obras.

Como se puede observar, el Cristianismo de esta época tuvo una visión pesimista hacia la vejez; ésta sólo podía ser vista como un castigo divino, como una maldición que pesa sobre el hombre a causa de sus pecados formando parte de la dolorosa herencia de Adán. Desde el pecado original, el hombre padecerá el doble mal: el de la vejez y el de la enfermedad. Para los ancianos que gozaban de buena salud existían dos explicaciones de este fenómeno: habían tenido una intervención diabólica o habían sido escogidos por Dios para que éste les hiciera un favor especial.

Todos estos cambios que hizo el Cristianismo sobre la concepción de la vejez provocaron que la autoridad del "Pater Familias" se sometiera a la autoridad divina, transformándose en deber la

desobediencia hacia el padre: las escrituras ordenan "... que el que obedezca y ame más a sus padres que a Cristo perderá su alma" (15). Cabe aclarar que la iglesia otorgó un lugar especial a las mujeres ancianas, con la condición de que fueran viudas de más de 60 años, que sólo se hubiesen casado una vez y que practicasen buenas obras. Ante la nueva postura del Cristianismo, el individuo empezó a preocuparse más por alcanzar la felicidad eterna en el otro mundo, dándose principalmente entre grupos dominantes. El anciano que poseía una buena posición económica tendrá los medios para asegurar su salvación retirándose a un monasterio; mientras que para los ancianos pobres no tendrán otra opción que la de seguir trabajando mientras sus fuerzas se los permitan, durante mucho tiempo el anciano pobre no tendrá edad.

La práctica del retiro voluntario a monasterios siguió a partir del siglo VII marcando de esta forma un hecho importante dentro de la historia de la vejez; la vejez será relacionada con el cese de las actividades laborales y con la ruptura del mundo profesional, iniciándose así la concepción moderna del aislamiento de los ancianos (16). A partir del siglo XI d.C. se marca una nueva era para Europa y para el Cristianismo, manejándose con este cambio una de las principales ideas sobre el envejecimiento del mundo; en donde la humanidad ha llegado a su decadencia y avanza hacia su fin; donde el mundo ha conocido la infancia, la adolescencia, la juventud, la edad madura y la vejez; etapas que fueron representadas por La Creación de Adán, La Ley de Noé, La Vocación de Abraham, La Monarquía de David, El Exilio de Babilonia y El Nacimiento de Cristo y por consiguiente el fin está próximo; esta idea estuvo acompañada de una visión pesimista de la época, el mundo viejo se encoge como un anciano.

El tiempo es causa de la decadencia y de la decrepitud; por otra parte, cabe destacar que en esta época (Edad Media) la vejez ocupará tres de las siete partes de la vida humana, situando su comienzo a partir de los 50 años, inmediatamente después de la juventud, no hay tiempo para la mediana edad debido a que el individuo fue considerado como joven mientras conservara su fuerza física y cuando ésta ya no existía, inmediatamente era visto como viejo. La iglesia ante este panorama creó una concepción del hombre inmortal, en el mundo no se envejece, las reglas monásticas no hablaron de la vejez ni de las

edades de la vida, los retiros en los conventos tomaron significado de la "entrada a la eternidad", convirtiéndose éstos en un medio para escapar de la vejez (17).

En los siglos XIV y XV d.C. ocurrió otro acontecimiento en la Edad Media que provocó un incremento en la población anciana. La población en general fue acosada por el virus de la peste negra matando a más de un tercio de la población en un año, siendo en su gran mayoría niños y jóvenes adultos. En la primera mitad del siglo XV, la proporción de personas de más de 54 años de edad creció en un 24% y junto con este crecimiento aumentó el número de familias pobres, siendo los ancianos los más afectados quienes se vieron condenados a mendigar para sobrevivir o reagruparse con otras familias que fueron desintegradas a causa de la peste. En este siglo de cada individuo se confirmará con más exactitud, debido a que se hicieron registros de nacimientos y muertes por cada habitante, es aquí donde la Edad Media dió una gran salto hacia lo que se puede llamar la civilización del número: ejemplo de este avance lo son las primeras estadísticas que confirmaron el incremento de la población anciana.

Por otra parte, en diversos lugares del país como Limousin, Pirineos y Bordelais se empezaron a dar acuerdos entre familias principalmente entre hermanos para mantener a los ancianos, sin embargo, a pesar de que la existencia material de los ancianos quedaba asegurada, su poder y prestigio se perdieron; este nuevo movimiento dió origen a que la convivencia entre generaciones fuera más estrecha estableciéndose así un nuevo vínculo entre abuelos y nietos.

El siglo XV fue sin duda un hecho importante en el arte de ser abuelo sin embargo, la mayor duración de la vida de los ancianos y la presencia en el hogar de los más jóvenes, más que fortalecer la ternura lo que hizo fue facilitar una renovación de la tensión y un renacimiento de los conflictos entre generaciones, que se había atenuado tras la desaparición del imperio romano; otro acontecimiento que también contribuyó a la rivalidad entre generaciones fueron los matrimonios entre ancianos y mujeres jóvenes. La mujer anciana fue la más criticada dentro de esta sociedad, ya que si se casaba con un hombre joven se consideraba que sería posesiva y celosa, teniendo la creencia de que la convivencia

prolongada con una mujer vieja acortaba la vida de un hombre joven. De acuerdo a Chaucer (18) la anciana sola y pobre se encontraba en el punto más bajo de la escala social. En los siglos XIV y XV la equiparación de la mujer anciana con las fuerzas del mal fueron muy comunes, rasgos característicos del arte religioso.

A comienzos del siglo XV Dante hizo una división de la vida en cuatro etapas: la adolescencia, caracterizada por el calor y la humedad; la edad adulta período de calor y sequedad; la madurez que empieza a partir de los 45 hasta los 60 años fría y seca; y la decrepitud de los 60 hasta los 80 años fría y húmeda. Cabe mencionar que en esta época se da un acontecimiento importante en la sociedad, se crea la primera casa de retiro para los caballeros servidores políticos, este proyecto sólo contempló un número muy limitado de personas, sin embargo, tiene un valor simbólico para la sociedad ya que por primera vez el poder político aparta la idea de mantener a sus viejos servidores; no obstante, también comerciantes y artesanos se organizan para asegurar su retiro cotizado hasta la muerte; para ayudar al mantenimiento de una casa de reposo algunos hospitales y hospicios se transformaron en casas de reposo. Se empieza ya a reconocer la necesidad y legitimidad de un período de descanso en la última etapa de la vida (19).

Para el siglo XVI se vuelve a dar mucha importancia a la juventud, dejando de lado a la vejez. La juventud es caracterizada como la vida en toda su plenitud, belleza y lozanía; sintiéndose horror por todo lo que presagia la decadencia, la decrepitud y la muerte. La vejez representa todos los aspectos repugnantes. El Renacimiento empleará todos los medios posibles para prolongar la juventud y la vida (medicinas, magia, brujería, elixir de la eterna juventud, entre otros). En Italia, los comediantes representaron a la vejez bajo tres prototipos: el viejo enamorado, el viejo pedante y el viejo explotador.

Los pintores del Renacimiento tomaron de nuevo el tema del contraste entre la juventud y la vejez; dentro de las pinturas se manifiesta también un enojo entre las mujeres ancianas, debido a que el envejecimiento parece producir en ellas un efecto todavía más devastador que en los hombres. La mujer

vieja vuelve a ser imagen de la fealdad, el odio y el sufrimiento. Los pintores de Alemania y Francia no dudaron en mostrar el horror que les inspira la mujer anciana. Por otra parte, las mujeres viejas e inútiles fueron las primeras en ser expulsadas de las ciudades; el único que defendió a éstas fue Parantome quien encuentra "normal" que la mujer anciana busque el amor, afirmando que algunas de ellas son bellas y amadas en los 60 años. En esta época las personas ancianas pensaban que los años que transcurrían les iban quitando la mayor parte de los atributos que tiene la vida, por ejemplo: con los años a la sangre del organismo se le va desapareciendo la vitalidad y como consecuencia de esto cambia la constitución física; por otra parte, los órganos mediante los que el alma ejercita su poder también se debilitan. El alma se debilita igual que el cuerpo.

Es de suma importancia mencionar que la corriente del humanismo colocó en primer plano, que la sabiduría y la erudición son cualidades que el sentido común otorga sin dificultad a los ancianos. A diferencia del humanismo, la vejez no fue bien vista por los pensadores más importantes del siglo XVI, ocupándose éstos únicamente en hacer una descripción del papel que desempeñaban los ancianos en la sociedad. Por ejemplo, Montaigne menciona que hay tantas clases de defectos en la vejez como impotencia, y lo mejor que pueden hacer los ancianos es dedicarse a conseguir el amor y el afecto de los suyos; la autoridad y el temor ya no son sus armas, siendo la única tarea para éstos el prepararse para su muerte; esta hipótesis es compartida por diversos políticos de la época y por el canciller de Inglaterra Francis Bacon, quien consideró que los ancianos no eran aptos para cargos políticos, por ser poco emprendedores además que son pocas las veces en las que llevan los proyectos hasta el final, conformándose únicamente con éxitos mediocres.

Dentro del ámbito de la filosofía y la medicina, la vejez fue vista como objeto de estudio, buscando con impaciencia las causas que originaban el envejecimiento con el objeto de eliminarlas o aplazarlas; dentro de este punto destaca la teoría de Santorio donde se menciona que el envejecimiento se produce por la progresiva descomposición de los espíritus, cuyos residuos recargan y endurecen los tejidos, impidiendo de esta forma la respiración insensible. El envejecimiento es un endurecimiento de

las fibras. La búsqueda de la eterna juventud concluye al encontrar la forma de evitar los resfriados después de los setenta años (20).

Por otra parte, en Inglaterra a partir del siglo XVI la esperanza de vida comenzó a aumentar debido a un descenso en el número de muertes violentas a consecuencia de la finalización de las guerras civiles, razón por la cual muchos hombres llegaron a los 60 años; cabe mencionar que la proporción de mujeres ancianas seguirá siendo baja en comparación con la de los hombres ancianos (21).

Para el siglo XVIII, los acontecimientos que se desarrollaron en Europa fueron múltiples y variados; uno de estos acontecimientos que alcanzó un lugar muy importante entre los caballeros de la clase alta, lo constituyó la ciencia, siendo reconocida hasta 1800 como el gran factor condicionante del futuro; la ciencia también se incluyó en los programas de las universidades de Alemania e Italia. En este año también se reconoce el estudio de la anatomía humana como un estudio científico. Durante el transcurso del siglo XVIII hasta el siglo XIX, la población europea en general siguió aumentando; a este fenómeno también se le conoce como Revolución Vital o Demográfica. Uno de los factores que contribuyó a que se acelerara el incremento de la población lo fue sin duda el descenso de la tasa de mortalidad infantil. Es importante mencionar que el descenso de esta tasa se dio únicamente en las sociedades desarrolladas, en sociedades no desarrolladas las expectativas para que un niño llegara a una edad adulta eran escasas (22).

A medida que fueron sobreviviendo más niños aumentó el número de adultos capaces de trabajar, alimentando de esta forma el sistema económico; este acontecimiento social trajo también como consecuencia el incremento de la población anciana, junto con el progreso de la medicina y de la higiene; iniciándose así la era de las vacunas dentro de la rama de la medicina (finales del siglo XVIII) (23). Otro factor que también originó el incremento de la población fue la producción agrícola, lo cual se convirtió en la base de la vida industrial y comercial de este siglo. La comercialización e industrialización de los

productos agrícolas hicieron posible el incremento en el número de empleos tanto en el campo como en las ciudades.

En medio de todo este movimiento social, no faltó un sentimiento de gratitud siendo los ancianos pobres los más beneficiados. un ejemplo de esto lo constituyó José II quien procuró que cada municipio contribuyese al sostén del trabajador anciano y del soldado retirado que hubiese servido a la patria, cabe mencionar que para que el anciano disfrutara de esta ayuda él no debería tener ningún vicio (bebedor, jugador, mujeriego, por mencionar algunos) ni haber envejecido en medio de éstos. El siglo XVIII fue un período de contrastes donde se refleja una sociedad dividida entre ricos y pobres (24).

A medida que la sociedad empezó a industrializarse cada vez más, el papel del anciano se modificó por completo de tal manera que en nuestra sociedad contemporánea el anciano se ha convertido en un ser marginado y decadente a consecuencia de ya no ser productivo en el sentido capitalista del concepto. Esta nueva actitud comenzó a finales del siglo XIX, con el movimiento de la Revolución Industrial con el psicólogo George Beard quien formuló preguntas en cuanto a las limitaciones de la vejez y realizó un análisis de la historia de los logros humanos, para establecer que el período óptimo de la vida era entre los 35 y los 45 años de edad. Con este análisis se hizo el primer estudio "científico" entre la edad y la eficiencia. La sociedad Norteamericana comenzó a aceptar el envejecimiento como un proceso natural, después pasó a concebirlo como un período distinto de la vida caracterizado por la declinación, la debilidad y la caducidad. El estar viejo era considerado como una manifestación de la supervivencia de los aptos; sin embargo, comenzó a designarse como una condición de dependencia y de deterioro.

A comienzos del siglo XX, la preocupación y el interés de la vejez convergieron desde varias direcciones, ya que no sólo médicos, psicólogos y escritores populares se dedicaron a ella, sino que también los expertos en eficiencia y los reformistas sociales contribuyeron a atraer la atención de la gente hacia la vejez como un problema social. El significado del envejecimiento en las primeras décadas



del siglo XX, tomó gran auge ya que se relacionaba con las cuestiones acerca de las limitaciones de la utilidad y la eficiencia en el trabajo: esto surgió a raíz de la industrialización y del movimiento a favor que se les proporcionará a las personas mayores Seguro Social.

En la segunda década del siglo XX, comenzó el reconocimiento de la vejez por parte del gobierno aunque no se había instituido cierta forma de legislación para la vejez, los programas tenían alcances limitados por lo que fueron inconstitucionales por el Tribunal Supremo; sin embargo, se siguió luchando a favor para la seguridad de los ancianos y fue hasta 1935 cuando se aprobó la Ley de Seguridad Social. Este movimiento se generó a partir de la poca atención que habían estado recibiendo los ancianos desde el siglo XIX, ya no se les consideraba peligrosos para la sociedad, además ya se había perdido el miedo a la vida del más allá y el contacto con la muerte, considerando que un anciano después de ésta no vendría a vengarse.

Es importante mencionar que el término "Gerontología" fue introducido en el año de 1920 por el investigador ruso N. A. Rybnicov quien define el término de la siguiente manera: "La investigación del comportamiento en al edad propecta ha de convertirse en una rama de especialización dentro de las ciencias del comportamiento. La finalidad de esta ciencia es la investigación de las causas y condiciones del envejecimiento, asi como el estudio y desempeño cuidadoso de los cambios del comportamiento regularmente progresivo y que se hallan relacionados con la edad". Las condiciones psicológicas, sociales y culturales de la segunda mitad del siglo XX contribuyeron a agudizar la separación de la edad adulta y la vejez. Científicos sociales establecieron diferencias entre otras categorías de la existencia adulta, tales como la vejez "joven" y la vejez "anciana". Hoy en día, la sociedad Norteamericana reconoce a la vejez como un periodo concreto de la adultez (25).

En la actualidad, con respecto a América Latina, México fue el pionero en asuntos gerontológicos, considerando aspectos biológicos, clínicos y socioeconómicos sin tomar en cuenta las características del aspecto psicológico que se manifiestan en la vejez (26). Efectivamente, actualmente en México se han elaborado instrumentos que han intentado integrar aspectos psicológicos, sociales y

médicos como es el caso del DIF (27), que sin embargo, se han centrado más en aspectos sociales; en el área de salud se han hecho encuestas sobre las necesidades de los ancianos en México, abocándose al aspecto médico.

Una de las instituciones que se ha interesado y dedicado en el estudio más profundo de la senectud ha sido el Instituto Nacional de la Senectud, el INSEN, que tiene como finalidad ayudar, proteger, atender y orientar a la vejez mexicana. Esta institución fue creada en 1979 y desde esa fecha con la finalidad de sustituir a los asilos se crearon una serie de albergues con la idea que fueran un verdadero hogar en donde se desarrollaran actividades recreativas, artesanales; además de brindarles atención médica y psicológica. También se cuenta con la Tarjeta INSEN que sirve para otorgar descuentos en ciertos servicios, ésta es proporcionada a personas que justifiquen su edad (28).

No obstante, las investigaciones que se han hecho en su seno han sido incompletas en el aspecto psicológico, pues toman en cuenta sólo algunos factores relacionados con el aspecto motor y motivacional del anciano y muchas veces estereotipan a la vejez como una etapa problemática, degenerativa del desarrollo humano.

## CITAS DEL CAPITULO

- (1) Wolterec Heinz, (1962).
- (2) Idem.
- (3) Masters y Johnson, (1987).
- (4) Guerrero y Lopez (s/f).
- (5) Fernandez Ballesteros Rocio y cols, (1992).
- (6) Minois George, (1991).
- (7) Guerrero López (1988).
- (8) Minois op. cit.
- (9) Idem.
- (10) Idem.
- (11) Idem.
- (12) Idem.
- (13) Idem.
- (14) Idem.
- (15) Idem.
- (16) Idem.
- (17) Idem.
- (18) Idem.
- (19) Idem.
- (20) Villacampa, V (1985).
- (21) Cobran, A. y cols (1974).
- (22) Woodward, E. (1974).
- (23) Erikson, E. (1981).
- (24) Zenteno, A. (1989).
- (25) Idem.
- (26) Grimrac, H. (1977).
- (27) Alvarez Gutierrez, R; Brown, G. M. (1983).
- (28) Guerrero López, E. (1988).
- (29) Idem.

## CAPITULO II

### CONCEPCION DE VEJEZ

A medida que nuestro cuerpo se modifica percibimos los cambios físicos que en nosotros se producen, así como los cambios psicológicos que influyen en nuestros pensamientos, sentimientos, creencias y conductas y en la forma como nos comportamos con los demás; también cambia la forma en que percibimos el mundo que nos rodea. Es por ello que la vejez es una etapa del desarrollo humano digna de considerar ya que en ella nos enfrentamos de una forma quizá más sensible a dichos cambios, dado que nuestro cuerpo, necesariamente tiene cambios físicos los cuales conllevan a un proceso de pensamiento diferente hacia el exterior como hacia nosotros mismos. Es por ello que para hablar de la vejez se deben de tomar en cuenta varios aspectos, los cuales nos ayuden a tener una concepción más objetiva de dicho estadio.

Para algunos autores es más fácil definir la vejez desde un punto de vista cronológico, es decir, contar los años transcurridos desde el nacimiento. Algunas estadísticas manejan la edad de los 65 años como la entrada de la vejez; sin embargo, esto no puede generalizarse ya que para algunas personas el proceso de envejecimiento pudo haberse dado en una forma brusca, cuando a los 65 años se vieron obligados a jubilarse; en otras pudo haberse dado suavemente cuando los cabellos comienzan a tomarse grises, cuando los hijos abandonan el hogar, la muerte de los amigos, entre otros.

Para otros, la concepción de vejez se basa en el reconocimiento del transcurso del tiempo y de qué forma ha producido efecto en la persona la cual entra a una etapa distinta a las vividas previamente. Según este punto de vista la vejez constituye un periodo semejante a otras etapas vitales; sin embargo, esta etapa posee una realidad propia limitada únicamente por condiciones objetivas externas y por subjetivas del propio individuo. Además, con el paso del tiempo se han agudizado ciertas limitaciones,

especialmente en los últimos años de su vida; pero tiene por otra parte, unos potenciales únicos y distintivos: serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de historia personal y social (1).

En cada persona es diferente la forma como comienza a manifestarse el paso de una edad a otra, ya que los cambios pueden ser diversos; no obstante, la importancia de éstos reside en su valor indicativo, es decir, cómo a partir de los cambios se generan nuevas reacciones y por lo tanto en algunos puede modificarse la forma de vivir. Por ejemplo, para las mujeres la menopausia marca una etapa importante en la vida ya que es el indicio del final de la vida reproductiva. Al reconocer esta incapacidad, es posible que la mujer sienta que ha comenzado a entrar a la vejez. En algunas ocasiones hay cambios en el carácter: es posible que la mujer climatérica esté irritable, angustiada y agresiva; estos estados de ánimo coinciden con el hecho de estar más tiempo sola ya que es frecuente que los hijos ya hayan construido su propia vida o pasen la mayor parte del tiempo fuera de casa (síndrome del nido vacío).

Retomando de nuevo el aspecto cronológico, en nuestra sociedad las edades de 65 a 70 años marcan el comienzo simbólico de la vejez ya que coincide frecuentemente con el momento de la jubilación; no obstante, hay que tomar en cuenta que debido a la gran dispersión de edades comprendidas en el periodo llamado vejez podemos distinguir dos grupos de personas de edad: los viejos jóvenes y los ancianos.

En la actualidad es común encontrar personas de 70 años quienes se muestran muy activos y están libres de problemas asociados con el envejecimiento. Los primeros estudios sobre envejecimiento mostraron que las personas tienen conciencia de ser primero jóvenes, después adultos, después de individuos de edad y finalmente viejos (2). Algunos estudios indican que la identificación con el grupo de los jóvenes, de los adultos, de las personas de edad madura o de los viejos no depende exclusivamente de la edad del sujeto, sino también de su estado de salud y de la raza, así como su

manera de comprender los términos empleados para designar los estadios de su vida y esto se encuentra determinado por diversas causas como son la clase socioeconómica, la instrucción y el grupo étnico.

El envejecimiento es generalmente un proceso evolutivo gradual donde las transformaciones físicas son lentas, por lo que resulta arbitrario precisar el momento en que una persona es físicamente vieja; si bien la palabra envejecimiento nos evoca cambios físicos como son la pérdida de la fuerza, disminución de la coordinación y del dominio del cuerpo, entre otros; no hay que dejar de lado que no todas las personas envejecen al mismo ritmo ni de la misma manera. Muchas personas de edad tienen mejor salud que otras más jóvenes, no todos los cambios que ocurren en la vejez son negativos algunos de los males crónicos desaparecen con el tiempo y a cualquier edad la enfermedad puede deberse al entorno y a las condiciones sociales las cuales existen independientemente de la voluntad del sujeto (3).

También la edad psicológica y emotiva puede variar en función de los acontecimientos; el hecho de ser una persona de 70 años o más y sentir que se aproxima a la muerte, puede tener ciertos efectos psicológicos ya que a partir de un determinado momento la vida se reorganiza en función del tiempo que queda por vivir, más que del tiempo transcurrido desde el nacimiento (4). Otro factor importante es la edad social que es la que marca el papel de lo que se debe, pretende y desea hacer. Algunas personas se ven obligadas a determinada edad a abandonar su trabajo el cual les era agradable y les brindaba un importante sentimiento de identidad.

Algunos autores para poder explicar la vejez centran su atención en la acumulación de experiencias en el curso de la vida; otros prefieren la actitud de las personas de edad ante los cambios que sobrevienen en el mundo, estas actitudes son reflejo de las experiencias personales. De acuerdo a Riegel (5), la influencia de diversos factores de orden social, personal, intelectual e histórico contribuyen a la evolución del individuo. La psicología dialéctica insiste en la necesidad de admitir el hecho de que el hombre vive en un "perpetuo" estado de evolución y los cambios son el resultado de las contradicciones inherentes a toda situación. Este autor critica a los investigadores que tratan de

describir a las personas según ciertos momentos de su existencia ya que esto presupone que son captados en una situación de estabilidad. Otro factor importante para comprender el proceso de envejecimiento es basarse en los fenómenos transitorios ligados a la diferencia de generaciones y de los entornos.

En síntesis, el envejecimiento puede ser considerado como una serie de estadios que se organizan en torno a ciertas características de orden físico, psicológico, social y material. La jubilación, el matrimonio, el divorcio, la muerte de los padres o amigos íntimos así como el comienzo de una enfermedad debilitante pueden señalar la entrada brusca a lo que se puede considerar un nuevo estadio de la vida. El estadio supone una condición o situación diferente de aquella que la precede o la sigue inmediatamente; también supone una progresión o dirección en el seno de un modelo que comporta diversas previsiones. El estado también es diferente del que le precede o los que siguen pero no supone una sucesión ordenada; es posible retornar a un estado anterior pero a un estadio es imposible, salvo algunas excepciones. Se cree que ciertas personas al aproximarse al final de la vida regresan a los estadios iniciales del desarrollo cognitivo.

Ahora bien, para poder comprender los factores que intervienen en el proceso de envejecimiento tomemos primeramente las explicaciones de unas teorías con respecto al envejecimiento físico. Existen diversas teorías debido a que los autores no se han puesto de acuerdo, la mayoría de los gerontólogos creen que el envejecimiento se encuentra asociado al tipo de entorno en el que vivimos, así como nuestra manera de vivir.

La primera de ellas es la Teoría de Debilitamiento del Sistema Inmunológico la cual sostiene que éste destruye ciertas partes sanas de nuestro cuerpo: "El sistema de defensa del cuerpo parece volverse contra sí mismo y atacar algunas de sus partes, como si fueran invasores extranjeros. Puesto que es probable que con el tiempo aparezca un cierto material imperfecto y que sea tratado como una amenaza, aumenta en consecuencia, el peligro para los tejidos normales" (6). Con el tiempo el sistema

inmunológico se vuelve menos eficaz en su lucha contra la enfermedad; las personas de edad pueden sucumbir más fácilmente a las enfermedades debido a que el sistema inmunológico ya no sabe distinguir entre las partes sanas del organismo y los invasores. Esta teoría aporta sólo una respuesta parcial al proceso de envejecimiento.

Por otra parte, las Teorías del Envejecimiento Celular se interesan por la pérdida de información que sufren las células del cuerpo en el nivel de la molécula de ADN. Esta teoría sostiene que el envejecimiento es el resultado de la muerte de un creciente número de células de nuestro cuerpo. Como el ADN es el responsable de ciertos procesos del metabolismo y de la reproducción de las células, toda pérdida de información o toda codificación deficiente de las células determinada por un defecto de la molécula de ADN puede provocar la muerte de las células. Las células se vuelven incapaces de desembarazarse de sus desechos y en cuanto más se acumulan éstos en la célula, más se acentúa el proceso de degradación. Es posible que estas modificaciones fuesen sólo el resultado de otros procesos físicos asociados a él.

En cuanto a las Teorías de las Modificaciones del Sistema Endócrino, éstas sostienen que tras la menopausia los ovarios dejan de producir una hormona llamada estrógeno. Se considera que estas transformaciones y otras del sistema endócrino son las que contribuyen al envejecimiento; según esta teoría, el envejecimiento podría ser el resultado de una modificación de la producción o de la liberación de los cuerpos químicos en el organismo.

Las Teorías Genéticas se basan en el hecho bien demostrado que los animales procedentes de ciertos troncos genéticos viven más que otros. En los seres humanos, la edad en la que fallecieron los padres y los abuelos constituye un índice de la esperanza de vida de los descendientes. Por eso se cree que para poder comprender el proceso de envejecimiento es preciso entender el "código" genético que determina nuestra longevidad.



Finalmente la Teoría del Desgaste señala que las partes del cuerpo acaban sencillamente por acabarse. No obstante, los ejercicios físicos pueden influir en la salud y en la longevidad puesto que ejercen un efecto sobre la duración de las partes del cuerpo. Y la Teoría de los Desechos supone que la vida produce desechos y los elimina por medio de procesos normales. Algunos investigadores creen que la vejez viene acompañada por una disminución de la capacidad de la eliminación, seguida de una acumulación de desechos que perjudican no sólo la actividad celular normal, sino el mismo proceso de purificación. El funcionamiento normal del cuerpo se debilita debido a la acumulación de subproductos inútiles emanados por nuestras propias funciones corporales.

Aparte de tener en cuenta estas teorías anteriormente descritas, cabe destacar que existen cambios físicos típicos en la vejez que no son contemplados en éstas y por supuesto no podemos dejar de lado: a continuación los describiremos punto por punto.

### *Los Cambios en la Apariencia.*

Con la vejez la apariencia de los seres humanos cambia y dado que este cambio se produce lentamente es difícil percatarse de él. Los cambios que se producen en el sistema piloso repercuten en la distribución, el color, el espesor y la fuerza del vello y de los cabellos. Con mayor frecuencia los hombres se ven afectados por la calvicie que las mujeres, tanto hombres y mujeres advierten cambios en el color de sus cabellos. La vejez también llega acompañada de una disminución de la talla, los huesos se vuelven más porosos; en sí, la talla comienza a disminuir entre los 30 y 40 años (7).

### *Los Cambios Estructurales.*

En la vejez el cuerpo experimenta transformaciones en su estructura metabólica y celular así como en la distribución de sus diversos elementos. Las causas de estos cambios son poco conocidas debido a que los trabajos en esta área son descriptivos y correlacionales y aunque se ligan a los hábitos alimenticios, al entorno y al ejercicio aún no se ha logrado descubrir sus causas.

La aparición de arrugas en la piel está ligada a ciertas modificaciones de los tejidos subcutáneos así como a una pérdida de elasticidad. ésta se relaciona a la lipofuscina y al colágeno; sin embargo, la mayoría de los autores señalan que actualmente no se puede determinar si la lipofuscina y el colágeno son la causa o el efecto del envejecimiento o bien el resultado de lesiones y de enfermedades diversas cuya frecuencia aumenta con la edad (8). De manera simultánea, se genera una hipertrofia de las células de pigmentación del sistema histológico, la causa de esto aún no es conocida pero se piensa que está ligada a las transformaciones de la piel debidas a la edad. También las glándulas sudoríparas y sebáceas se atrofian. La lipofuscina no sólo tiene efectos en la piel sino también en otros tejidos como los del Sistema Nervioso Central, el cual una vez dañado ya no se puede regenerar. Con la edad no cambia la producción de los huesos, generalmente éstos mantienen su forma pero se vuelven menos sólidos; la osteoporosis que se refiere a la porosidad de los huesos se encuentra muy relacionada con el envejecimiento.

### *Los Cambios Funcionales y el Envejecimiento.*

Las funciones sensoriales no se limitan a los cinco sentidos tradicionalmente conocidos como el de la vista, el oído, el gusto, el olfato y el tacto, también abarca la posición cinestética del cuerpo, el equilibrio, el movimiento y las sensaciones internas; sin embargo, las modificaciones sensoriales se manifiestan primeramente a nivel de oído y vista y éstos al deteriorarse con la edad llegan al punto de modificar las relaciones interpersonales y el ritmo de la vida cotidiana.

### *Las Alteraciones de la Vista.*

Con el envejecimiento, la córnea del ojo pierde una parte de su elasticidad y de sus capacidades de enfoque, esta anomalía se conoce como presbiopía. Los ojos pierden gradualmente capacidad de localizar objetos muy próximos o muy alejados, esto obliga a que se use gafas bifocales. La mayoría de las dificultades oculares han sido detectadas y corregidas a partir de los 20 años. La visión se estabiliza después entre los 25 y 44 años; a los 40, más de la mitad de la población lleva gafas; a los 60 años el 90% de las personas llevan lentes. También con la edad de la aparición de las cataratas aumenta, esto se refiere al amarillamiento o la decoloración de la córnea que reduce proporcionalmente la cantidad de luz que alcanza la parte sensible de la retina.

### *Las Alteraciones del Oído.*

Con la edad la incidencia de alteraciones en el oído aumenta, generalmente estas manifestaciones se dan más en los hombres que en las mujeres provocadas por infecciones y enfermedad. La continua exposición a sonidos intensos provoca la pérdida permanente del oído, estas fuentes de ruido se clasifican en dos categorías: las fuentes voluntarias y las fuentes involuntarias.

En las personas ancianas el umbral de audición de sonidos de alta frecuencia (sonidos agudos) es el más afectado en comparación con los sonidos de baja frecuencia (sonidos graves). Estas pérdidas generan como consecuencia la modificación de la voz, llamándose presbiacusia.

### *Las Alteraciones de la Motricidad Fina y Global.*

La motricidad se halla estrechamente ligada a las capacidades sensoriales; ésta se ve afectada por un declive de la fuerza muscular, el incremento de los tejidos grasos, de la osteoartritis y de otros procesos deficientes. Cuando se es anciano, los movimientos motores globales se toman más lentos, los músculos se fatigan más rápidamente y de una tensión se recuperan con mayor lentitud. También los movimientos de motricidad fina se vuelven más lentos y menos precisos por razones idénticas.

### *Las Modificaciones de los Sistemas Pulmonar y Cardiovascular.*

Con el envejecimiento la capacidad y la eficacia de los pulmones y del sistema cardiovascular disminuye. La capacidad torácica se ve afectada por la osteoporosis, también el volumen del aire que puede ser absorbido disminuye. Con mayor frecuencia con la edad, sobrevienen más enfermedades crónicas como el enfisema y bronquitis; el corazón, las arterias, las venas y los vasos capilares de igual manera se degeneran.

### *Los Cambios en la Nutrición, la Digestión y la Eliminación.*

Con el tiempo las dietas alimenticias se ven afectadas ya sea por la disminución de las actividades y de los ejercicios físicos por lo que el cuerpo necesita menos alimentación para mantenerse en un peso conveniente. El envejecimiento viene acompañado generalmente por un incremento en el peso, esto debido a que por costumbre desde joven no se modifican las dietas alimenticias. Por otra parte, la disminución del peso se encuentra asociada a una deficiencia de vitaminas y minerales así como por el aumento de las enfermedades; por todo lo anterior es recomendable conservar siempre un buen peso para poder llegar a una vejez sana.

### ***Disminución y Modificación de la Ración Alimenticia.***

Las alteraciones que se manifiestan en la vejez en cuanto a los hábitos alimenticios pueden tener diversas causas, ya sea una depresión, aumento en los precios de los alimentos, dificultad para obtenerlos y aún el hecho de prepararlos. También puede deberse a que algunas personas ancianas vivan solas y se sientan incapaces de salir a la calle por lo que la variedad de platillos se ve reducida.

### ***Los Efectos Secundarios de los Medicamentos.***

La mayoría de las personas de edad por lo menos toman un medicamento ya que en el curso del envejecimiento cambia la eliminación de los sólidos y los fluidos. La pérdida de la elasticidad de la vejiga determina la reducción de su capacidad y origina dificultades de evacuación.

### ***El Sueño.***

Por lo general las personas de edad duermen tanto tiempo como los jóvenes ya que con el tiempo disminuye la capacidad de dormir profundamente. En algunos casos, la administración de ciertos medicamentos y el abuso de ellos puede provocar en los ancianos insomnio.

En general, es muy importante recalcar que el deterioro físico constituye una grave amenaza para la salud del anciano; sin embargo, suele haber ciertas diferencias individuales de acuerdo a la edad, las transformaciones particulares de cada grupo y la evolución de una generación a otra. En sí las dificultades físicas consecuentes del envejecimiento suelen ser en su mayoría más crónicas que agudas. Una gran opción para las personas en general, puede ser el hecho de practicar algún ejercicio ya que éste ayuda notablemente a retrasar los cambios en la apariencia, la estructura y el funcionamiento del cuerpo.

Otros factores que también repercuten para un envejecimiento precoz, son el uso de tabaco y el abuso del alcohol; ambos aumentan la probabilidad que se generen ciertas patologías que comúnmente sin ellos tardarían en aparecer.

Como ya mencionamos, en el proceso de envejecimiento intervienen diferentes factores dentro de éstos también está la concepción que la sociedad tiene sobre los ancianos ya que para la mayoría de las sociedades, el grupo de la tercera edad no deja de ser un grupo social con ciertas pautas de comportamiento, las cuales repercuten en la vida social de las comunidades en las cuales están inmersos. Tanto psicólogos, sociólogos y gerontólogos han tratado de explicar el proceso de envejecimiento por medio de varios modelos teóricos los cuales incluyen factores culturales y sociales. Existen varias teorías que tratan de explicar bajo diferentes puntos dicho proceso; a continuación mostraremos algunas de ellas.

### ***TEORIA DEL RETRAIMIENTO***

Esta teoría maneja que el envejecimiento se acompaña de un retraimiento recíproco de la sociedad y del individuo anciano; poco a poco éste deja de incorporarse en la vida de la sociedad y también ésta cada vez le ofrece menos posibilidades de todo género. Algunas personas mencionan que son los ancianos los que optan por aislarse, otras sostienen que es la sociedad la que en forma gradual obliga a los ancianos a retirarse de la vida activa (9).

### ***TEORIA DE LA ACTIVIDAD***

En un primer momento, la teoría de la actividad fue elaborada para completar algunos factores que la teoría del retraimiento no abarcaba. Esta teoría trata de explicar la inadapatación de las personas de

edad debido a problemas sociales. El hecho que a los ancianos se les prive de ciertos papeles en la sociedad genera que los que quedan no estén bien definidos, todo esto conduce a un estado de anomia, es decir, el individuo carece ya de propósito y de identidad. De acuerdo a esta teoría, si los papeles nuevos no reemplazan a los anteriores la anomia tiende a interiorizarse en el individuo provocando que éste se vuelva inadapto no sólo de la situación sino de sí mismo. Esta teoría sostiene que una vejez lograda supone el descubrimiento de nuevos papeles o de nuevos medios para conservar los antiguos (10).

La mayoría de los programas de actividades destinados a las personas de edad sirven para ocuparlas; sin embargo, la remuneración es inferior al mínimo previsto por las normas nacionales y sería ilegal si se aplicara a otros trabajadores. Algunos autores mencionan que a medida que se envejece tiende a disminuir la actividad y a partir de esto lograron identificar cuatro tipos de sujetos distintos entre las personas de edad en función de las actividades y la moral. Llegaron a la conclusión que la tasa de actividad no se halla necesariamente asociada con la elevación de la moral; no obstante, una moral elevada se encuentra asociada a un nivel alto de actividad y esto depende de la situación económica del sujeto y de las posibilidades que se le ofrecen a éste (11).

### ***TEORIA DEL MEDIO SOCIAL.***

El comportamiento de la vejez depende de ciertas condiciones biológicas y sociales. En el medio en el que vive la persona de edad engloba no sólo el contexto social, sino también los obstáculos de orden material y las posibilidades que se le ofrecen. Sobre el nivel de actividad de un individuo de edad influye la salud, el dinero y los apoyos sociales.

La salud es el factor quizá más importante ya que muchas personas de edad se encuentran limitadas por el efecto de sus enfermedades crónicas que limitan sus actividades. También la existencia de apoyos sociales, como un marido o una esposa, la familia o unas relaciones sociales contribuyen al

nivel de actividad. Los factores procedentes del medio social que son susceptibles de influir en el grado de actividad resultan desfavorables a la vejez (12).

### ***TEORIA DE LA CONTINUIDAD***

Esta teoría mantiene que la vida prolonga los estadios anteriores. Los hábitos, los gustos y los estilos personales adquiridos y elaborados durante la vida persisten durante la vejez y el mejor índice de predicción de los comportamientos de un sujeto en una determinada situación continua siendo su conducta anterior. La adaptación social a la vejez, a la jubilación y a los acontecimientos del mismo género está determinada principalmente por el pasado (13).

Una vez mencionadas algunas de las teorías del envejecimiento también es importante mencionar que en toda sociedad cada persona pertenece a un grupo social determinado. Los sociólogos han empleado el término de "capa" para poder definir la estratificación social. Estas capas evolucionan de acuerdo a la maduración de sus miembros. En el pasado las capas de edad eran menos numerosas y cada una abarcaba un mayor número de años. La vejez dura más tiempo y el grupo de personas de edad es más numeroso. El bloque de los viejos, algunas veces llamado el poder gris, aumenta en número y fuerza, esto hace que se incremente el peso de las cuestiones relacionadas con la edad, como la jubilación forzosa, las atenciones médicas, la seguridad social y los programas gubernamentales que constituyen cuestiones sociales.

Algunas investigaciones han identificado que en una sociedad moderna existen cuatro tendencias que contribuyen al descenso de la condición de los ancianos entre sus ciudadanos como es el perfeccionamiento de la tecnología sanitaria, el desarrollo y eficacia de la tecnología económica, la urbanización y los progresos de la instrucción.



En una sociedad evolucionada, la tradición es menos importante que la flexibilidad y el progreso de los conocimientos; el valor de las personas de edad se encuentra disminuido y aumenta en proporción el de los jóvenes. La necesidad de renovar sus conocimientos para poder realizar determinadas funciones, coloca a las personas de edad en una posición de inferioridad dentro del mercado de trabajo y debilita su posición económica.

El hecho que las personas de edad se jubilen puede traer consecuencias tanto positivas como negativas; por un lado, es importante que cierta parte de la población activa pueda abandonar el mercado de trabajo y ser mantenida por la productividad de quienes continúan trabajando; por el otro, es un tanto perjudicial abandonar el medio laboral con la inevitable reducción simultánea de los ingresos y del prestigio del individuo (14).

Es importante considerar también qué repercusiones puede tener para las personas ancianas su trabajo ya que una parte considerable de la vida transcurre en él. El trabajo nos fuerza a estructurar el tiempo, a elegir la indumentaria, el lugar donde habitamos, así como la clase socioeconómica a la cual pertenecemos; por eso la jubilación es un evento importante en la vida de cualquier persona que siempre ha trabajado ya que ésta posee una serie de connotaciones que van más allá del cese del empleo. El valor que se le otorga al trabajo varía de acuerdo a los grupos de edad, es decir, los más jóvenes ven que sea interesante en sí mismo; en cambio las personas de edad consideran el trabajo como un medio de ganar dinero.

Los años activos ocupan alrededor de dos tercios de nuestra vida, por lo que el trabajo es una de las fuerzas que denominan casi todas nuestras actividades, ya sean familiares, sociales e incluso personales. El aumento de la productividad y de la eficacia en la sociedad occidental ha hecho nacer una sociedad capaz de atender a las necesidades de los que no pueden producir como son los niños, los indigentes, los minusválidos y los ancianos. Sin embargo, no se ha tomado en cuenta que a pesar de que hay un conjunto de características estereotipadas que menosprecian al trabajador anciano, algunas

investigaciones muestran que éstos en su mayoría, se muestran más satisfechos que los jóvenes con su empleo así como con su desarrollo personal: estos datos no se pueden generalizar ya que existen numerosas diferencias individuales debido al grado de instrucción, la clase socioeconómica, entre otros (15).

Para Atchley (16) la jubilación es un proceso que supone una preparación y el paso de un papel (el del trabajador) a otro (el del jubilado), que comporta sus propias normas. La jubilación es la separación de algo con un papel, después de ésta ya no hay obligación de hacer lo que quieren los demás sino que puede hacerse lo que se quiera. No siendo ya guiado por las exigencias externas, el individuo que no tiene la costumbre de hacer lo que quiere puede sentirse desorientado y angustiado y algunas veces deprimido más que liberado.

Algunos autores mencionan que con la edad el ocio disminuye, por eso la inactividad es una de las dificultades de la jubilación. Se entiende por ocio aquellas actividades personales y discrecionales en las que la expresividad se impone a la instrumentalidad: estas actividades engloban tanto las letras y las artes consideradas como distracciones sanas. El término de ocio se volvió peyorativo como consecuencia de los progresos de la industrialización en la segunda mitad del siglo XX, por su asociación con el consumo ostentoso. Actualmente, se entiende como una serie de actividades libres cuyo objetivo consiste en procurar una satisfacción inmediata más que tender a una finalidad estrictamente utilitaria y lejana.

Finalmente, los cambios que ocurren en el organismo en la vejez, así como los patrones de conducta que la sociedad marca conllevan al individuo a adoptar ciertos estilos de vida que antes no se tenían dadas las limitaciones físicas y el hecho de seguir ciertas normas sociales todo esto necesariamente produce un efecto en el proceso de pensamiento y de un individuo a otro las experiencias son distintas: todas nuestras conductas así como nuestras experiencias se encuentran

determinadas por los Procesos Psicológicos Superiores y en la vejez no se hace la excepción; a continuación haremos mención de los más importantes.

### ***Los Cambios en la Percepción Sensorial.***

Las capacidades senso perceptivas se ven disminuidas como consecuencia del envejecimiento ya que se observa una reducción en la capacidad de recibir y tratar las informaciones concernientes al entorno. La vista y el oído tienen una función primordial para poder desenvolvernos en un determinado medio.

A la primera, le debemos gran parte de la información que nos llega del mundo y un gran número de nuestros placeres. el hecho de ya no poder leer puede tener un efecto de aislamiento cada vez mayor y los ancianos pueden volverse indiferentes y carentes de interés; la deficiencia del segundo puede tener como efecto una incapacidad de comprender bien las palabras y dar como resultado niveles de desconfianza e incluso tendencias paranoides.

En realidad, no quiere decir que las personas de edad sean incapaces de seguir adelante, por el contrario, la mayoría resultan capaces de proseguir sus actividades o de compensar los efectos de las pérdidas que hayan podido sufrir de suerte que éstas queden reducidas a un mínimo; varios de estos déficits no están necesariamente relacionados con el envejecimiento y pueden ser prevenidos.

### ***La Memoria.***

De acuerdo a varias investigaciones se ha elaborado un modelo acerca de la memoria la cual consta de tres etapas: la entrada de datos, la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo. En la vejez, las pérdidas más importantes de la memoria parecen sobrevenir en la etapa de la entrada de datos o en la

fijación de las impresiones sensoriales. Se ha descubierto que cuando aumenta el tiempo de presentación (velocidad reducida), las personas de edad se benefician más que los jóvenes de esta circunstancia (17).

Los errores de omisión, es decir responder, no sé, corresponden en parte importante, a los efectos negativos debidos a la aceleración de la presentación en el caso de los sujetos de edad. También se ha visto que la memoria a corto plazo se ve afectada como causa del envejecimiento, mientras que la memoria a largo plazo se menos afectada; se ha observado que los acontecimientos del pasado están más frescos en los ancianos que en los jóvenes, sin embargo, este fenómeno puede deberse a la práctica y a la diferencia de edad en el momento de la experiencia.

Para otros investigadores, la pérdida de la memoria tanto a corto como a largo plazo disminuye en la vejez. La memoria disminuye con la edad para todos los parámetros: entrada de datos, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo (18). De cualquier forma la pérdida de la memoria se puede demostrar y la mayoría de las veces está asociada con la edad, no obstante, la utilización de medios mnemotécnicos simples como son agendas, entre otras cosas; pueden hacer que las personas de edad se dediquen a sus cosas sin demasiados inconvenientes.

### ***La Inteligencia.***

De acuerdo a los test, la inteligencia con la edad disminuye. Sin embargo, las diferencias que se pueden apreciar en sujetos jóvenes y sujetos ancianos van ligadas con diversos factores externos. Entre los factores externos se encuentran las diferencias de escolarización entre generaciones, la rapidez de las respuestas en los tests, el conservadurismo, las privaciones de todo género, los deficits sensoriales, entre otros.

Los trabajos de Schaie (19) tratan de distinguir la influencia del grupo, del momento de la recogida de datos y de la edad, así como precisar la parte que corresponde a cada uno de estos factores; los planes como él los llama secuenciales, combinan los elementos propios de los métodos transversal, longitudinal y regresivo; sin embargo, estos métodos tienen un inconveniente: los efectos del tiempo, de la edad y del grupo. Este investigador llega a la conclusión que es posible aprender durante toda la vida y que las personas de edad aún conservan esta capacidad.

Otro autor propone que existen dos formas de inteligencia, una fluida y otra cristalizada. La primera representa la forma capaz de resolver los problemas nuevos y la segunda es la que aplica a la situación presente la acumulación de las experiencias anteriores. La inteligencia fluida depende de la capacidad de evolucionar y de adaptarse rápida y eficazmente a las situaciones nuevas y se considera que disminuiría con la edad; por otra parte, la inteligencia cristalizada que está ligada a la acumulación de la experiencia, aumentaría con los años (20).

Horn (21) menciona un aumento, a lo largo de la vida, de las formas cristalizadas de la inteligencia, acompañado de la disminución de las formas fluidas. Supone que la reducción de las capacidades fluidas está ligada a ciertas dimensiones neuropsicológicas subyacentes y que éstas se hallan determinadas por la genética; y la inteligencia cristalizada se encuentra ligada a la experiencia que se encuentra relacionada no sólo con el tiempo vivido sino también con las ventajas de las que el sujeto haya podido beneficiarse.

### ***La Afectividad.***

La afectividad también ocupa un lugar importante dentro de la psicología y sobre todo en la vida de los ancianos. De la misma manera, es frecuente en las personas de edad la depresión la cual es un estado afectivo como un síndrome y el humor lábil que es un humor cambiante. Elias (22) definió la emoción

como estado de excitación fisiológica; no obstante, este término no corresponde a lo que generalmente entendemos como emoción ya que ésta puede ser el amor, el odio, entre otros. Con esto suponemos que no sea hecho una diferencia cualitativa entre los sentimientos.

Algunas de las dificultades que se han visto en cuanto a la relación de las pruebas y el envejecimiento son la evolución de los tests, los cambios de personal y los acontecimientos históricos, por lo que algunos investigadores se han visto orillados a tomar decisiones muy difíciles; una de las variables en la que se ha centrado la atención es el desgaste selectivo, esto quiere decir que algunos sujetos han dejado de participar en la experiencia. Otra variable de suma importancia es el peso de los sujetos ya que éste se encuentra relacionado proporcionalmente con la longevidad y los sujetos obesos tienen una tasa de mortalidad más alta que los demás.

Finalmente, la posición de la escuela de psicología cognitiva trata de definir cómo un individuo percibe el mundo que le rodea y de qué manera la conciencia es determinante para poder comprender el comportamiento de cada persona. Todo acontecimiento es un cambio que sobreviene del ambiente y se considera como objetivo en el hecho de asumir ciertos papeles. La motivación de cada sujeto sus preocupaciones y sus expectativas del momento, determinan su percepción y el cambio es lo que explica el comportamiento, ya sea manifiesto o implícito (23).

## **CITAS DEL CAPITULO**

- (1) Moragas, Ricardo (1991).
- (2) Burgess, Cavan y Havinghurts (1948), citados en Mishara, B. L. (1986).
- (3) Busse, Jeffers y Brist (1962), citados en Mishara, B. L. (1986).
- (4) Neugarten (1968), citado en Mishara, B. L. (1986).
- (5) Riegel Klaus (1971), citado en Mishara, B. L. (1986).
- (6) Eisdorfer (1971), citado en Mishara, B. L. (1986).
- (7) Mishara, B. L. (1986).
- (8) Brody y Vijayashankar (1977), citados en Mishara, B. L. (1986).
- (9) Commings y Henry (1961), citados en Mishara, B. L. (1986).
- (10) Atchley (1977), citado en Mishara, B. L. (1986).
- (11) Maddox y Eisdorfer (1962), citados en Mishara, B. L. (1986).
- (12) Gubrium (1973), citado en Mishara, B. L. (1986).
- (13) Atchley (1971 y 1972) citados en Mishara, B. L. (1986).
- (14) Cowgill (1974), citado en Mishara, B. L. (1986).
- (15) Aldag y Brief (1975) citado en Mishara, B. L. (1986).
- (16) Atchley (1977), *op. cit.*
- (17) Eisdorfer, Axrod y Wilkie (1963), citados en Mishara, (1986).
- (18) Bahrck y cols. (1975), citados en Mishara, B. L. (1986).
- (19) Schaie (1974), citado en Mishara, B. L. (1986).
- (20) Catlell (1963), citado en Mishara, B. L. (1986).
- (21) Horn (1967), citado en Mishara, B. L. (1986).
- (22) Elias (1977), citado en Mishara, B. L. (1986).
- (23) Thomae (1970), citado en Mishara B. L. (1986).

## **CAPITULO 3**

### **ELABORACION DE LA PROPUESTA DE UNA ALTERNATIVA DE EVALUACION INTEGRAL PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD SIN PATOLOGIAS CRONICAS DEGENERATIVAS**

Este capítulo comprende la propuesta de una alternativa de Evaluación Integral para personas de la Tercera edad sin patologías crónicas degenerativas, así como la forma en que ésta fue estructurada.

Primeramente, se tomaron en cuenta aspectos vinculados con la vejez los cuales ya han sido mencionados en los capítulos anteriores así como la revisión de varias pruebas y cuestionarios, la mayoría relacionados con la vejez.

Posteriormente se seleccionaron las más representativas en base a un criterio personal y se hizo un análisis crítico de cada una de ellas, apoyándonos también en un formato de descripción de pruebas. Una vez elegidas se procedió a definir cuáles serían las áreas a considerar en la propuesta y después se realizó la construcción de los ítems por cada área.

Las áreas contempladas como las más importantes fueron: la psicológica que abarca aspectos como orientación, lenguaje y construcción, memoria, autoconcepto, estado de ánimo y locus de control; la médica que está desarrollada a manera de historia clínica; la social que revisa aspectos familiares/sociales, económicos y laborales y la sexual que se remite a aspectos de vida sexual y concepción hacia la sexualidad. Consideramos conveniente que antes de abordar dichas áreas recabáramos ciertos datos generales en cuanto a la conducta autosuficiente del anciano.

Ahora bien, es importante mencionar que nuestra propuesta, más que hacer una evaluación del anciano lo que pretende primero es integrar diversas áreas y a partir de ello focalizar algún área



deficiente, para que de esta forma se proceda un tratamiento el cual ira de acorde al marco teórico del evaluador (a excepción del área médica que en caso de encontrar algún problema se remitirá al anciano al personal especializado), también detectar la posible interrelación que se pudiera dar entre un área y otra, es decir, el hecho que exista una deficiencia en una podría estar determinada por algún problema en otra.

Finalmente, esta propuesta tiene el objetivo de hacer una revisión e integración de los aspectos antes mencionados relacionados con la vejez de una manera total y no parcial lo que facilitará la planeación de un tratamiento adecuado en caso de requerirlo, ya que hacer un evaluación parcial del anciano, implica dejar afuera diversos tópicos que de alguna manera también tienen influencia sobre un estado bueno o no de salud a nivel integral.

## DESCRIPCION DE PRUEBAS

Para la elaboración del Instrumento de Evaluación Integral, se revisaron varias pruebas que evalúan aspectos relacionados con el anciano en áreas: psicológica, médica y sexual, además de retomar aspectos teóricos de los capítulos I y II para el área social.

Las pruebas que fueron revisadas se describen bajo los aspectos que a continuación se mencionan (1).

a) **Especificidad.**-Que la prueba esté concebida para utilizarse con personas de la tercera edad.

b) **Tipo de instrumento.**- La técnica utilizada para la medición y que puede contener varios aspectos:

-Test: Puede ser proyectivo, psicométrico, verbal o de ejecución.

-Cuestionarios: Entrevistas semiestructuradas, balanceadas y de total apreciación abierta.

-Escala: La clasificación está compuesta de diversos grados, ordinal y nominal que se refieren a aspectos cualitativos de la medición y la de intervalos que mide aspectos cuantitativos.

c) **Objetivo.**-El propósito del autor en el momento de elaborar el instrumento.

d) **Población.**-Personas para las cuales fue elaborado el instrumento.

e) **Modo de Aplicación.**-Formas de aplicar las pruebas bajo ciertos casos.

-Evaluador: Persona encargada de aplicar y evaluar los datos obtenidos.

-Tiempo de Aplicación: Tiempo promedio utilizado en la aplicación de la prueba.

-Forma de Aplicación: Obtención de datos en forma directa o indirecta.

-Evaluación: De acuerdo al tipo de instrumento se hará su clasificación tanto cualitativa como cuantitativamente. Se mencionará la cantidad de ítems y el puntaje obtenido.

f) **Variables.**- Son los diferentes aspectos apreciados para la evaluación del instrumento.

g) **Aplicaciones.**-Agrupación de los posibles campos de aplicación, investigación, estudios epidemiológicos, descubrimiento y prevención de trastornos, programas de cuidado, práctica clínica hospitalaria, clínica, ensayos terapéuticos, diagnóstico, diagnóstico diferencial, diagnóstico funcional, pronósticos, indicaciones de colocación, pronóstico de comportamiento y programa terapéutico.

## **PRUEBAS**

### ***INDICE DE KATZ DE INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA***

-Especificidad: Evaluación física básica del anciano.

-Tipo de instrumento: Escala de evaluación.

-Objetivo: Identificar áreas deficitarias por medio de un índice de respuestas de opción múltiple, señalando aquellas más necesitadas de recursos sanitarios y sociales para hacer posible una mejor organización y coordinación. (Mide los niveles más elementales de función física como: comer, control de esfínteres, asearse, moverse, entre otros).

-Población: Ancianos, preferentemente hospitalizados, institucionalizados y en rehabilitación.

-Modo de aplicación:

\*Evaluador.-Psicólogo, Médico, Enfermero.

\*Tiempo de aplicación.- 30 Minutos.

\*Forma de aplicación.- Entrevista personalizada con el anciano.

\*Evaluación.- Los ítems se calificarán como positivos en función de lo que se señala en la escala como independencia.

-Variables:

\*Alimentación

\*Uso del retrete

**\*Bañarse**

**\*Movilidad**

**\*Vestirse**

**\*Continencia**

-Aplicaciones: Detección más precisa de conductas disfuncionales que no son tan evidentes en una evaluación tradicional y que los diagnósticos médicos no las justifican (2).

## **INDICE PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA**

-Especificidad: Evaluación física del anciano que requiere mayor independencia para realizar sus actividades de la vida diaria.

-Tipo de instrumento: Escala de evaluación.

-Objetivo: Identificar áreas deficitarias más complejas para la detección de los primeros grados de deterioro del anciano. (Usar el teléfono, manejar el dinero propio, preparar la comida, entre otras), por medio de una escala con respuestas de opción múltiple.

-Población: Ancianos, preferentemente hospitalizados, institucionalizados y en rehabilitación.

-Modo de aplicación:

\*Evaluador.- Psicólogo, Médico, Enfermero.

\*Tiempo de aplicación.- 30 minutos.

\*Forma de aplicación.- Entrevista personalizada con el anciano.

\*Evaluación.- Cada respuesta tiene un valor de 1 ó 0, considerándose como funcional una puntuación mínima de 8 aciertos.

-Variables:

\*Capacidad para usar el telefono.

\*Capacidad para ir de compras.

\*Capacidad para preparar la comida.

\*Capacidad para cuidar su casa.

\*Capacidad para lavar la ropa.

\*Capacidad para transportarse (calle).

\*Capacidad para la responsabilidad de la medicación.

\*Capacidad para utilizar el dinero.

-Aplicaciones: Detección más precisa de conductas disfuncionales que no son tan evidentes en una evaluación tradicional, con el fin de dar un tratamiento para crear una mejor funcionalidad e independencia personal a nivel social (3).

## **ESCALA DE LA CRUZ ROJA ESPAÑOLA DE INCAPACIDAD**

-Especificidad: Evaluación física y psíquica del anciano.

-Tipo de instrumento: Escala de evaluación.

-Objetivo: Identificar áreas deficitarias para la detección del deterioro en las áreas físicas y psíquicas de los ancianos.

-Población: Ancianos en general.

-Modo de aplicación:

\*Evaluador.- Psicólogo, Médico, Enfermero.

\*Tiempo de aplicación.- 30 Minutos.

\*Forma de evaluación.-Entrevista personalizada con el anciano.

\*Evaluación.-Enunciados con respuesta cerrada.

-Variables:

\*Area física.- Motricidad gruesa (caminar, subir escaleras, sentarse sin ayuda, acostarse, entre otras).

Incontinencia (Control en la micción).

Cuidados intensivos de enfermería.

\*Area psíquica.- Desorientación. Espacio-Tiempo.

Niveles de conversación congruente.



Memoria.

Cambios en el estado de ánimo.

Demencia senil.

-Aplicaciones: Rápida y oportuna detección de posibles deficiencias y/o trastornos físicos y psíquicos para una atención inmediata (4).

### **MINI-EXAMEN COGNITIVO (LOBO)**

-Especificidad: Evaluación cognitiva en ancianos.

-Tipo de instrumento: Cuestionario.

-Objetivo: Detectar de manera sencilla y rápida el deterioro cognitivo del anciano (Funciones intelectuales como pensar, recordar, percibir, comunicar, calcular, resolver problemas, entre otros).

-Población: Ancianos en general.

-Modo de aplicación:

\*Evaluador.- Psicólogo, Médico.

\*Tiempo de aplicación.- 60 Minutos.

\*Forma de aplicación.- Entrevista personalizada con el anciano.

\*Evaluación.- Cada área a evaluar está constituida de varias preguntas, cada acierto equivale a un punto, el total de aciertos equivale a 35 puntos.

-Variables: Orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción.

-Aplicaciones: Herramienta funcional para recabar más información del área cognitiva del anciano para conseguir un mejor diagnóstico (5).

## **ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA**

-Especificidad: Detección a nivel primario de estados depresivos en ancianos.

-Tipo de instrumento: Cuestionario.

-Objetivo: Detectar y diagnósticar conductas depresivas en ancianos.

-Población: Ancianos en general (excepto pacientes con demencia).

-Modo de aplicación:

\*Evaluador.- Psicólogo, Psiquiatra, Médico.

\*Tiempo de aplicación.- 15 Minutos.

\*Forma de aplicación.- Entrevista personalizada con el anciano.

\*Evaluación.- Preguntas con respuestas cerradas. Total de aciertos 30. 0 - 10 = Normal; 11 - 14 = Depresión; Más de 14 = Depresión 100%.

-Variables: Estado de ánimo en general.

-Aplicaciones: Util para la detección de una posible depresión en ancianos (6).

## ***ESCALA DE CONDUCTAS ADAPTATIVAS FUNCIONALES EN EL ANCIANO***

-Especificidad: Provee medidas precisas de conductas adaptativas en ancianos, para quienes exhiben deficiencias en éstas.

-Tipo de instrumento: Escala de evaluación.

-Objetivo: Evaluar conductas adaptativas funcionales en pacientes geriátricos.

-Población: Ancianos en general que no tengan historia de deshabilidades desarrolladas.

-Modo de aplicación:

\*Evaluador.- Profesionales de salud mental especializados en cuidados geriátricos: Psicólogos, Psiquiatras, Trabajadores Sociales y Enfermeros.

\*Tiempo de aplicación.- 15 Minutos para administrarlo y medirlo.

\*Forma de aplicación.- Entrevista personalizada con el anciano.

\*Evaluación.- La más baja puntuación es de 0 y la más alta es de 21. Cada ítem contiene 4 niveles de competencia que van desde 0.0 hasta 1.5. Por ítem se indica un sólo nivel de competencia.

-Variables: Comer (alimentación), ambulación, aseo, vestido, área de manejo personal, socialización, orientación ambiental, orientación de la realidad, comprensión receptiva del lenguaje, comunicación expresiva, memoria, manejo del dinero y manejo de necesidades de salud.

-Aplicaciones: Util para la medida de conductas adaptativas de poblaciones geriátricas para aquellos que proveen servicios de salud mental (7).

## **ESCALA DE ORIENTACION PARA PACIENTES GERIATRICOS**

-Especificidad: Afecciones geriátricas (detección).

-Tipo de instrumento: Cuestionario.

-Objetivo: Diferenciar a sujetos ancianos atacados de demencia senil (Alzheimer y/o arterioesclerosis cerebral) de los pacientes indemnes de estas afecciones.

-Población: Ancianos hospitalizados en recintos geriátricos y psicogeriátricos por lo menos 14 días.

-Modo de aplicación:

\*Evaluador.-Psicólogo, Médico, Trabajador Social, Enfermero.

\*Tiempo de aplicación.- 5 Minutos.

\*Forma de aplicación.- Entrevista personalizada con el anciano.

\*Evaluación.- Cada pregunta equivale a un punto. Respuesta incorrecta es diferente a sujeto desorientado.

-Variables: Demencia, orientación del tiempo, el lugar y en relación con otras personas.

-Aplicaciones: Para el diagnóstico y pronóstico de afecciones propias de una etapa senil (8).

## **ESCALA QUE CLASIFICA LA DEMENCIA**

-Especificidad: Demencia senil.

-Tipo de instrumento: Cuestionario.

-Objetivo: Diferenciar a los pacientes dementes de los no dementes.

-Población: Ancianos hospitalizados y ambulatorios.

-Modo de aplicación:

\*Evaluador.- Psicólogo, Médico.

\*Tiempo de aplicación.- 10 a 20 Minutos.

\*Forma de aplicación.- Entrevista personalizada con el anciano.

\*Evaluación.- Variable por cada ítem. Respuesta correcta 2.5, 3 ó 3.5 según dificultad, puntaje total 32.5.

-Variables: Orientación, memoria de evocación, retención de memoria, cálculo, información general.

-Aplicaciones: Contribución al diagnóstico en pacientes geriátricos (9).

## **ESCALA TENNESSEE DE AUTOCONCEPTO**

-Especificidad: Autoconcepto en general.

-Tipo de instrumento: Escala Licker.

-Objetivo: Evaluar el autoconcepto.

-Población: Sujetos de 12 años o más que tengan un nivel escolar primaria. también es aplicable a todo rasgo de ajuste psicológico, es decir, desde sujetos sanos y bien ajustados hasta pacientes psicóticos.

-Modo de aplicación:

\*Evaluador.- Psicólogo clínico.

\*Tiempo de aplicación.- 10 a 20 Minutos.

\*Forma de aplicación.- Se le entregará al usuario le escala con 100 afirmaciones descriptivas, así como una hoja de respuestas, donde anotará la correspondiente a su forma de pensar.

\*Evaluación.- La escala tiene tres puntajes por hilera los cuales se encuentran en: Hilera 1 (Identidad), Hilera 2 (Autosatisfacción), Hilera 3 (Conducta). Así como 5 puntajes por columna: Columna A (yo físico); Columna B (yo ético-moral); Columna C (yo personal); Columna D (yo familiar) y Columna E (yo social).

-Variables: Autoimagen en función del yo físico, del yo ético-moral, del yo personal, del yo familiar y del yo social.

-Aplicaciones: Prueba de gran utilidad en la evaluación del autoconcepto. Se puede administrar en forma individual, colectiva o en autoadministración. La prueba se encuentra disponible en dos formas: formas de orientación psicológica y forma clínica y de investigación (10).



## **CUESTIONARIO DE SALUD FISICA Y MENTAL**

-Especificidad: Evaluación física y mental en ancianos.

-Tipo de instrumento: Cuestionario.

-Objetivo: Medir la salud física y mental de personas añosas de manera breve, precisa y que no incomode a los sujetos examinados.

-Población: Ancianos excluyendo pacientes con demencia.

-Modo de aplicación:

\*Evaluador.- Enfermero.

\*Tiempo de aplicación.- 30 Minutos.

\*Forma de aplicación.- Entrevista personalizada con el anciano.

\*Evaluación.- El observador transcribirá las respuestas del sujeto palabra por palabra. La evaluación se hace a partir de dichas respuestas por un psiquiatra.

-Variables:

\*Salud física.- Artritis de miembros inferiores, bronquitis crónica, tabaquismo, úlcera duodenal, hernia hiatal, infección urinaria, artropatía, presión arterial, estatura, peso, pliegue cutáneo.

\*Salud mental.-Demencia y desórdenes del humor.

-Aplicaciones: Diagnóstico y prevención de problemas o programación de los cuidados (11).

## ***HAY ALGUN PROBLEMA***

-Especificidad: Detectar problemas en el área sexual.

-Tipo de instrumento: Cuestionario.

-Objetivo: Identificar posibles problemas sexuales en hombres y mujeres de manera individual.

-Población: Cualquier individuo que tenga vida sexual activa.

-Modo de aplicación:

\*Evaluador.- Psicólogo Clínico o Médico relacionado con tópicos sexuales.

\*Tiempo de aplicación.- 20 Minutos.

\*Forma de aplicación: Se le entrega el cuestionario al sujeto para que lo conteste de forma individual.

\*Evaluación: El cuestionario está formado por 22 preguntas. Por cada respuesta "si" a cualquiera de las preguntas indicará un área posible de problema.

-Variables: Comunicación, autoaceptación física, conducta sexual.

-Aplicaciones: Util para detección de problemas en el ámbito sexual del individuo, así como para la complementación de un diagnóstico (12).

## ***COMO ME SIENTO CON MI PAREJA***

-Especificidad: Sentimientos hacia la pareja en el ámbito sexual.

-Tipo de instrumento: Cuestionario.

-Objetivo: Identificar cuáles son los sentimientos que se experimentan en torno a la pareja que pueden afectar la seguridad, comportamiento y satisfacción sexual.

-Población: Cualquier individuo que tenga vida sexual activa.

-Modo de aplicación:

\*Evaluador.- Psicólogo Clínico o Médico con experiencia en tópicos sexuales.

\*Tiempo de aplicación.- 30 Minutos.

\*Forma de aplicación.- Se le entrega el cuestionario al sujeto para que lo conteste en forma individual.

\*Evaluación.- La evaluación se hará de acuerdo al criterio del evaluador en función de las respuestas abiertas del evaluado.

-Variables: Comportamiento sexual, sentimientos hacia la propia sexualidad y la de la pareja y comunicación.

-Aplicaciones: Útil para la detección de sentimientos, preferencias, intereses hacia la pareja en torno a una relación coital (13).

## **HOMBRE/MUJER ¿QUE ME PROVOCA ANSIEDAD?**

-Especificidad: La ansiedad como factor de una disfunción sexual.

-Tipo de instrumento: Cuestionario.

-Objetivo: Identificar diversos aspectos que puedan originar ansiedad en el comportamiento sexual del individuo.

-Población: Cualquier individuo que tenga una vida sexual activa.

-Modo de aplicación:

\*Evaluador.- Psicólogo clínico o médico relacionados con tópicos sexuales.

\*Tiempo de aplicación.- 20 Minutos.

\*Forma de aplicación.- Se le entrega el cuestionario al sujeto para que conteste respuestas abiertas y complementación de frases individualmente.

\*Evaluación.- La evaluación se hará de acuerdo al criterio del evaluador.

-Variables: Sentimientos de culpa, turbación, inhibición y temor de incapacidad.

-Aplicaciones.- Tanto para el hombre como para la mujer útil para evitar o reducir situaciones que provoquen ansiedad en una relación coital (14).

## **PROPUESTA DE UNA ALTERNATIVA DE EVALUACION INTEGRAL PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD SIN PATOLOGIAS CRONICAS O DEGENERATIVAS**

### *DATOS PERSONALES*

Estos datos sirven como ficha de identificación de la persona a la cual se le va a aplicar dicho instrumento.

Nombre completo:

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Estado Civil:

Religión:

Escolaridad:

Procedencia:

Desempeño laboral:

Institucionalizado:        SI        NO

### *DATOS GENERALES*

Los siguientes datos se consideraron importantes para detectar deficiencias en aspectos relacionados únicamente con la conducta autosuficiente en actividades cotidianas del anciano, de manera que dichos resultados puedan complementar o corroborar resultados en las siguientes áreas: psicológica, médica, social y sexual. Este apartado se basó en la Escala de Conductas Adaptativas Funcionales en Personas Ancianas, AFABS (15); el Índice de Katz de Independencia en las Actividades de la vida diaria (16) y el Índice para las actividades Instrumentales de la vida diaria (17).

INSTRUCCIONES.- Señalar con una "X" el enunciado que más se aproxime a las condiciones actuales del anciano, bajo una entrevista personalizada.

#### VESTIDO

- a) Incapaz de vestirse solo \_\_\_\_\_
- b) Se viste parcialmente \_\_\_\_\_
- c) Necesita ayuda para vestirse \_\_\_\_\_
- d) Puede vestirse solo \_\_\_\_\_

#### BAÑO

- a) Incapaz de bañarse solo \_\_\_\_\_
- b) Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo \_\_\_\_\_
- c) Necesita ayuda para lavarse sólo una parte del cuerpo \_\_\_\_\_
- d) Puede bañarse solo \_\_\_\_\_

#### ASEO GENERAL

- a) Incapaz de lavar, bañarse, lavarse los dientes, peinarse, rasurarse \_\_\_\_\_
- b) Se baña, lava sus dientes, se peina y se rasura con asistencia \_\_\_\_\_
- c) Sólo en una área anteriormente mencionada necesita ayuda ¿cuál? \_\_\_\_\_
- d) No necesita ayuda para realizar las actividades antes mencionadas \_\_\_\_\_

#### MANEJO DE AREA PERSONAL

- a) Incapaz de hacer en la área en la que duerme \_\_\_\_\_
- b) Necesita ayuda para hacer cama y arreglar sus cosas personales \_\_\_\_\_
- c) Sólo para algunas actividades necesita ayuda ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- d) No necesita ayuda \_\_\_\_\_

## USO DEL RETRETE

- a) Incapaz de ir al retrete solo \_\_\_\_\_  
b) Necesita ayuda para ir al retrete sin ayuda de aseo \_\_\_\_\_  
c) Necesita ayuda para que lo lleven y lo asean \_\_\_\_\_  
d) Puede ir solo y sin la ayuda para el aseo \_\_\_\_\_

## CONTINENCIA

- a) No control de micción y de defecación \_\_\_\_\_  
b) Incontinencia urinaria y fecal parcial por el uso de sondas urinales, enemas, entre otros \_\_\_\_\_  
c) No frecuente la incontinencia \_\_\_\_\_  
d) Control total en la micción y en la defecación \_\_\_\_\_

## ALIMENTACION

- a) Incapaz de llevar la comida del plato a la boca \_\_\_\_\_  
b) Incapaz de cortar, untar y preparar alimentos \_\_\_\_\_  
c) Capaz de comer solo (llevar alimentos a la boca) sin poder prepararlos \_\_\_\_\_  
d) Capaz de llevar alimentos a la boca y poder prepararlos \_\_\_\_\_

## EVALUACION DE RESPUESTAS

Respuestas "a" valor 0 puntos    21 puntos = Ideal

Respuestas "b" valor 1 punto    14 - 20 puntos = Ciertas deficiencias

Respuestas "c" valor 2 puntos    7 - 13 puntos = Deficiente

Respuestas "d" valor 3 puntos    0 - 7 puntos = Totalmente deficiente

## AREA PSICOLOGICA

### ORIENTACION

Las siguientes preguntas fueron elaboradas con el propósito de identificar si el anciano tiene la noción de espacio-tiempo, es decir, del momento y el lugar donde se encuentra y/o se le está aplicando el cuestionario. Para esta elaboración se revisó el Mini-Mental State Examination en la versión española Mini-Exámen Cognitivo (18); La Escala de la Cruz Roja Española (19) y en la Escala de Orientación para pacientes Geriátricos (20).

INSTRUCCIONES.- Se aplicarán las siguientes preguntas de forma personalizada (psicólogo, médico, psiquiatra.-anciano) anotando las respuestas correspondientes.

- 1.- ¿Sabe usted qué día es hoy? (fecha y día)
- 2.- ¿Podría decirme cuál es su edad?
- 3.- ¿En qué estación del año estamos?
- 4.- ¿En qué ciudad nos encontramos?
- 5.- ¿En qué año estamos?
- 6.- ¿En qué piso estamos?
- 7.- ¿Qué día es su cumpleaños?
- 8.- ¿Cuál es su dirección actual?

Evaluación:  $\geq 50\%$  error = deficiencia



## LENGUAJE Y CONSTRUCCION

Las siguientes preguntas y reactivos se elaboraron para conocer cómo el anciano percibe la información contextual y por ende cómo es la elaboración cognitiva de esta información. Este apartado se basó en el Mini Exámen Cognitivo (21).

INSTRUCCIONES.-Se indicará por cada inciso las actividades a realizar.

- 1.- ¿Qué es esto? (Mostrar varios objetos, mínimo diez, que estén relacionados con el contexto del anciano)
  
- 2.- Repetición de frases. (el anciano repetirá cada frase inmediatamente después de que el evaluador se la haya mencionado).
  - a)"En una escuela se encuentran jugando varios niños y niñas"
  - b)"El Universo está compuesto de estrellas, planetas y meteoritos".
  - c)"En el frutero hay peras manzanas y melones".
  
- 3.-Asociación de Ideas. (El evaluador mencionará parte del enunciado y el anciano completará éste ante la relación que haga)
  - a)"Un perro y un gato son animales; un hombre y una mujer" ¿que son?
  - b)"Aretes, anillos y pulseras son joyería; rojo, azul y verde" ¿qué son?
  - c)"Olla, estufa, refrigerador son cocina; cama, ropero y tocador" ¿Qué son?

Evaluación: 1)  $\geq$  50% error = deficiencia;

2)  $\geq$  60% error = deficiencia. 3)  $\geq$  60% error = deficiencia

## MEMORIA

Las siguientes preguntas se elaboraron para detectar alguna deficiencia en la Memoria a Corto Plazo y en la Memoria a Largo Plazo. Para la elaboración de esta subárea se retomó al Mini-Exámen cognitivo (22) y La escala que clasifica la Demencia (23).

INSTRUCCIONES.- Se aplicará el siguiente cuestionario de forma personalizada (psicólogo, médico, psiquiatra - anciano) anotando las respuestas abiertas personalmente.

- 1.- ¿Me puede decir qué desayuno hoy?
- 2.- ¿Qué hizo antes de desayunar?
- 3.- Mencione los siguientes números en forma invertida: 358, 4107
- 4.- Mencione cómo estaba vestido ayer.
- 5.- ¿Cuál fue la primera persona que vió ayer?
- 6.- ¿Qué hizo el fin de semana pasado?
- 7.- ¿Cómo era el clima el día de ayer?
- 8.- ¿Cuál es el nombre de sus medicamentos? (en caso de tomarlos)
- 9.- ¿Cuál es el nombre de su médico?
- 10.-¿Cuál es el nombre de su vecino? (Hogar o institución).
- 11.-¿En qué año nació?
- 12.-¿Cuántos años tenía cuando se casó?
- 13.-¿Cuál fue su primer empleo?
- 14.-¿Cómo se llamaba su mejor amigo de la infancia?
- 15.-¿Cuál es el título del último libro que leyó?
- 16.-Describame cómo era la casa en donde vivió su infancia.
- 17.-Mencione un evento histórico que le haya tocado vivir.
- 18.-Cuando era niño, ¿qué es lo que más le gustaba jugar?

19.-¿Cuál ha sido el regalo más significativo que ha recibido?

20.-Mencione el nombre de sus abuelos.

Evaluación:

1 a 10. Memoria a Corto Plazo =  $\geq 50\%$  error = deficiencia

11 a 20. Memoria a Largo Plazo =  $\geq 50\%$  error = deficiencia

## AUTOCONCEPTO

Los siguientes reactivos fueron elaborados con el fin de conocer cuál es el autoconcepto y el autoestima del anciano en las áreas: salud, física, personal y social. Para la elaboración de estos reactivos se revisó la Escala Tennessee de Autoconcepto (24).

INSTRUCCIONES.- Señalar con una "X" el enunciado que más se aproxime a la forma de pensar del anciano.

- 1.- a)Gozo de buena salud \_\_\_\_\_  
b)Tengo pequeñas molestias que pueden ser controladas (por  
descanso o por asistencia médica) \_\_\_\_\_  
c)Tengo molestias que nunca pueden ser controladas \_\_\_\_\_
- 2.- a)Me agrada mi apariencia física \_\_\_\_\_  
b)No me agrada alguna(s) parte(s) de mi cuerpo, sin  
embargo estoy satisfecho con mi apariencia física \_\_\_\_\_  
c)No me agrada para nada mi apariencia física \_\_\_\_\_
- 3.- a)Siempre hago ejercicio \_\_\_\_\_  
b)Procuro hacer ejercicio casi siempre que tengo tiempo \_\_\_\_\_  
c)No hago ejercicio \_\_\_\_\_
- 4.- a)Me agrada estar siempre limpio(a) y arreglado \_\_\_\_\_  
b)En ocasiones suelo no arreglarme \_\_\_\_\_  
c)No me interesa estar siempre limpio(a) y arreglado(a) \_\_\_\_\_
- 5.- a)Me considero una persona sin achaques \_\_\_\_\_  
b)En ocasiones suelo ser una persona con achaques por algún  
padecimiento físico (enfermedad) social (económico, familiar o trabajo) \_\_\_\_\_  
c)Me considero una persona totalmente llena de achaques \_\_\_\_\_

- 6.- a) Me considero un persona alegre \_\_\_\_\_  
b) Procuro estar siempre de buen humor aún teniendo algún problema  
(patológico, económico, familiar, entre otros) \_\_\_\_\_  
c) Nunca estoy alegre \_\_\_\_\_
- 7.- a) Nunca me aburro \_\_\_\_\_  
b) Casi nunca me encuentro aburrido \_\_\_\_\_  
c) Siempre estoy aburrido \_\_\_\_\_
- 8.- a) Estoy satisfecho con mi vida \_\_\_\_\_  
b) Considero que hay algunos eventos de mi vida que estuvieron  
incompletos o pudieron ser mejores \_\_\_\_\_  
c) Considero que me he equivocado toda mi vida \_\_\_\_\_
- 9.- a) Me siento conforme con lo que soy \_\_\_\_\_  
b) Hay algunas partes de mi forma de ser que me gustaría cambiar \_\_\_\_\_  
c) Me gustaría ser otro tipo de persona \_\_\_\_\_
- 10.- a) Siempre estoy pensando que voy a hacer cada día \_\_\_\_\_  
b) De vez en cuando planeo el futuro \_\_\_\_\_  
c) No me interesa hacer planes para el futuro \_\_\_\_\_
- 11.- a) Me considero capaz de tomar mis propias decisiones \_\_\_\_\_  
b) Necesito la opinión de alguien para poder tomar mis decisiones \_\_\_\_\_  
c) Me siento incapaz de tomar decisiones \_\_\_\_\_
- 12.- a) Yo decido que hacer con mi vida \_\_\_\_\_  
b) Escucho siempre las opiniones de los demás sin que éstas afecten  
mis decisiones \_\_\_\_\_  
c) Siempre cedo a las exigencias de los demás \_\_\_\_\_

- 13.- a) Mi vida no está en función de lo que dicen los demás pero procuro no afectarlos \_\_\_\_\_  
 b) Tomo en cuenta algunas de las opiniones de otros que me pudieran servir \_\_\_\_\_  
 c) Me afecta mucho lo que los demás digan de mí \_\_\_\_\_
- 14.- a) Estoy conforme con lo que hago \_\_\_\_\_  
 b) No estoy conforme con determinados eventos de mi vida \_\_\_\_\_  
 c) Estoy totalmente inconforme con lo que hago \_\_\_\_\_
- 15.- a) Estoy conforme con lo que soy \_\_\_\_\_  
 b) No soy mejor ni peor que otros \_\_\_\_\_  
 c) Soy un "don nadie" \_\_\_\_\_
- 16.- a) Resuelvo mis problemas con facilidad \_\_\_\_\_  
 b) Me cuesta trabajo pero siempre encuentro una solución a mis problemas \_\_\_\_\_  
 c) No sé enfrentarme a mis problemas \_\_\_\_\_
- 17.- a) Aún con mis padecimientos, mi edad no es un problema \_\_\_\_\_  
 b) Mi edad nunca ha sido un factor importante para sentirme mal \_\_\_\_\_  
 c) Mi edad en todos los sentidos es un problema \_\_\_\_\_
- 18.- a) Mi edad no es un factor importante para sentirme mal ante otras personas \_\_\_\_\_  
 b) Algunas veces por mi edad no me siento cómodo(a) con otras personas \_\_\_\_\_  
 c) Debido a mi edad me siento incómodo(a) con otras personas \_\_\_\_\_
- 19.- a) Me gusta integrarme a actividades con otros grupos \_\_\_\_\_  
 b) Procuro integrarme a actividades con otros grupos \_\_\_\_\_  
 c) Me desagrada integrarme a actividades con otros grupos \_\_\_\_\_

- 20.- a)No me es difícil emprender una nueva actividad \_\_\_\_\_  
 b)Me cuesta trabajo emprender actividades nuevas \_\_\_\_\_  
 c)Me cuesta trabajo emprender actividades nuevas y finalmente desisto \_\_\_\_\_
- 21.- a)Procuro que todo lo que hago esté bien hecho \_\_\_\_\_  
 b)Trato de cambiar cuando sé que hago algo que no debo \_\_\_\_\_  
 c)Sé que todo lo que hago está mal \_\_\_\_\_
- 22.- a)Considero que hay personas que están peor que yo \_\_\_\_\_  
 b)Considero que soy una persona con problemas, sin embargo,  
 no creo que yo esté peor que otros \_\_\_\_\_  
 c)Considero que hay personas que están mejor que yo \_\_\_\_\_
- 23.- a)Me considero una persona inteligente \_\_\_\_\_  
 b)Suelo equivocarme \_\_\_\_\_  
 c)Soy un tonto \_\_\_\_\_
- 24.- a)Me siento agusto con mi carácter \_\_\_\_\_  
 b)En ocasiones no me siento tan bien como debiera \_\_\_\_\_  
 c)Me desprecio a mí mismo \_\_\_\_\_
- 25.- a)No necesariamente tengo que estar con alguien para sentirme bien \_\_\_\_\_  
 b)Estando con alguien me siento bien, pero puedo estar solo \_\_\_\_\_  
 c)Estando solo no me siento bien \_\_\_\_\_

Evaluación de Respuestas:

50 puntos = óptimo

Respuestas "a" valor 2 puntos

38 - 49 puntos = Casi óptimo

Respuestas "b" valor 1 punto

25 - 37 puntos = Ciertos problemas

Respuestas "c" valor 0 puntos

13 - 24 puntos = Casi deficiente

0 - 12 puntos = Deficiente

## ESTADOS DE ANIMO

Las siguientes preguntas cerradas fueron elaboradas para identificar posibles cambios en el estado de ánimo del anciano y que no necesariamente estén vinculados con un cuadro depresivo. Basándose esta elaboración en La Escala de Depresión Geriátrica (25) y en los criterios del DSM-III para detectar depresión mayor (26). A continuación se describen los criterios.

- 1.- Mal humor la mayor parte del día, casi todos los días.
- 2.- Marcada pérdida de interés o de satisfacción.
- 3.- Cambios significativos en el peso y en el apetito.
- 4.- Insomnio o hipersomnio.
- 5.- Agitación psicótica o apagamiento.
- 6.- Astenia o pérdida de energía.
- 7.- Sentimientos de falta de mérito o de culpabilidad excesiva.
- 8.- Pérdida de capacidad para concentrarse o para pensar o indecisión.
- 9.- Pensamientos reiterados de muerte o ideas de suicidio.

INSTRUCCIONES.-Marque con una "X" según corresponda.

	SI	NO
1.- En esta semana su estado de ánimo ha cambiado	si	no
2.- Casi todo el tiempo está de mal humor	si	no
3.- Todo lo que hace, lo hace con desgano	si	no
4.- Generalmente está de buen humor	si	no
5.- Sólo determinadas situaciones lo ponen de mal humor	si	no
6.- A menudo siente ganas de llorar	si	no
7.- La soledad le produce tristeza	si	no



8.- Prefiere quedarse en casa, en lugar de salir y hacer cosas nuevas	si	no
9.- Se siente lleno de energía	si	no
10.-Recuerda con nostalgia su pasado	si	no
11.-Considera que su vida y lo que hace es estimulante	si	no
12.-Tiene usted interés por nuevos acontecimientos	si	no
13.-Con frecuencia reprueba lo que usted mismo hace	si	no
14.-Considera que sus situación actual es mejor que la de antes	si	no
15.-Disfruta usted la comida	si	no
16.-Ha perdido peso últimamente	si	no
17.-Le cuesta trabajo terminarse su comida	si	no
18.-Ha sido bueno su apetito últimamente	si	no
19.-Procura usted comer lo que le agrada	si	no
20.-Come usted tres o al menos dos veces al día	si	no
21.-Se siente usted feliz y/o agusto cuando come	si	no
22.-Le cuesta trabajo dormir	si	no
23.-Se despierta inquieto con frecuencia por las noches	si	no
24.-Se pasa la mayor parte del día durmiendo	si	no
25.-Ha usted dormido bien durante los últimos meses	si	no
26.-En la mañana al levantarse se siente mejor	si	no
27.-Necesita usted algún medicamento para dormir	si	no
28.-Es confortable el lugar donde usted duerme	si	no
29.-Frecuentemente, se preocupa por cosas pequeñas	si	no
30.-Actualmente, se siente nerviosos sin una causa específica	si	no
31.-Se siente a menudo desanimado	si	no
32.-Se enoja sin una causa justificada	si	no
33.-Últimamente se ha sentido usted agotado y/o cansado	si	no
34.-Tiene miedo de que algo malo le esté pasando	si	no

35.-Le han estado dando algún medicamento (cápsulas, tabletas) para sus nervios o para que se sienta menos deprimido	si	no
36.-Se siente usted con energía para realizar sus actividades	si	no
37.-Le cuesta trabajo levantarse de la cama	si	no
38.-Toma algún medicamento ultimamente para realizar actividades físicas	si	no
39.-Antes de terminar alguna actividad se siente ya cansado	si	no
40.-Siente inquietud ante su cansancio físico	si	no
41.-Hace usted actualmente ejercicio	si	no
42.-A menudo considera que lo que usted hace no está bien hecho	si	no
43.-Siente usted que lo que ahora tiene no lo merece	si	no
44.-Cree usted que nadie lo quiere	si	no
45.-Sólo usted es culpable de lo que le está pasando	si	no
46.-Considera que su opinión ante algún hecho está de más	si	no
47.-Se siente usted culpable de no haber logrado algo en su vida	si	no
48.-Cree usted que hay personas que dicen o hacen cosas mejor que usted	si	no
49.-Sus ideas suelen ser claras como antes	si	no
50.-Tiene problemas para concentrarse	si	no
51.-Se ha usted percatado de algunas fallas en su memoria	si	no
52.-Le cuesta trabajo tomar decisiones	si	no
53.-Ultimamente se distrae con frecuencia	si	no
54.-Cuando no está de acuerdo con algo, manifiesta su desacuerdo	si	no
55.- Analiza usted cierta situación antes de proceder	si	no
56.-Cree usted que su vida es maravillosa	si	no
57.-Tiene esperanza en el futuro	si	no
58.-Siente que su vida está vacía	si	no
59.-A menudo tiene pensamientos que le generan malestar	si	no

- |  |    |           |
|--|----|-----------|
| 60.-Cree usted que ya no tiene aspiraciones en su vida         | si | <b>no</b> |
| 61.-Ha pensado en el suicidio alguna vez                       | si | <b>no</b> |
| 62.-Considera que la muerte sería el fin a todos sus problemas | si | <b>no</b> |

Cada respuesta (**negrita**) = 1 punto

62 puntos = **Óptimo**

47 - 61 = **Casi óptimo**

31 - 46 = **Problema**

16 - 30 = **Probablemente depresión**

0 - 15 = **Depresión**

## LOCUS DE CONTROL

Los siguientes reactivos se elaboraron para detectar el control que el anciano sobre sus propios pensamientos y actos. Para la elaboración de este apartado se tomaron en cuenta algunos aspectos de la Terapia Racional Emotiva (TRE) debido a que muchas de las complicaciones de las enfermedades, así como la forma de pensar y actos son originados por reacciones emocionales que el mismo individuo elabora de acuerdo a su realidad; y la TRE es una de las técnicas que ha sido diseñada para la detección e intervención inmediata de sentimientos de ansiedad, depresión, inadaptación, hostilidad y baja tolerancia a la frustración (27).

**INSTRUCCIONES.-** Marque con una "X" el enunciado que más se aproxime al pensamiento del anciano.

1.- La enfermera (institucionalizado), familiar me gritó:

a) No soy yo el culpable de su enojo aunque me haya gritado \_\_\_\_\_

b) Seguramente por mi culpa y mi forma de ser se enoja \_\_\_\_\_

2.- Mis amistades y/o familiares no han venido a verme:

a) Tal vez han tenido cosas que hacer, cuando puedan vendrán \_\_\_\_\_

b) De seguro la última vez que vinieron hice o dije algo que los incomodó y por eso ya no han venido \_\_\_\_\_

3.- Mis enfermedades son:

a) Tengo una edad en la cual son más frecuentes este tipo de padecimientos \_\_\_\_\_

b) Un castigo divino por lo malo que he hecho \_\_\_\_\_

4.- En caso de ser desempleado:

a) Por disposición legal al llegar a mi edad tienen que jubilarme \_\_\_\_\_

b) Soy un inútil, ya no sirvo para trabajar \_\_\_\_\_

5.- No bailo:

a) Suelo cansarme con frecuencia y/o no me gusta \_\_\_\_\_

b) De seguro se van a burlar de mi, van a decir qué ridículo \_\_\_\_\_

6.- Entré a una tienda de ropa y las empleadas se rieron:

a) Probablemente tenían una conversación divertida \_\_\_\_\_

b) Han de haber pensado qué podría yo comprar ahí, por eso se rieron \_\_\_\_\_

7.- Le di los Buenos Días a mi vecino y no me saludó:

a) Seguramente venía distraído y no me escucho \_\_\_\_\_

b) Fingió distraerse para no saludarme \_\_\_\_\_

8.- Llegué a consulta con mi médico y él no había llegado:

a) Tuvo algún contratiempo \_\_\_\_\_

b) De seguro se le olvidó \_\_\_\_\_

9.- No felicité a mi (esposo, amiga, hermana,) por su cumpleaños:

a) Se me olvidó estuve ocupado(a) \_\_\_\_\_

b) Va a pensar que lo hice a propósito, que no me importa \_\_\_\_\_

10.- Le dije a mi hijo que me llevara de compras:

a) Debido a que me canso y él me lleva en coche \_\_\_\_\_

b) Porque si me voy solo(a) de seguro me va a pasar algo \_\_\_\_\_

11.- En la reunión de ayer comí pastel y me hizo daño:

a) No acostumbro comerlo y se me recargó el estómago \_\_\_\_\_

b) Mi (nuera, vecina, hija) no sabe cómo se hace un pastel \_\_\_\_\_

12.- Me vieron conversando con mi vecino(a):

a) Pensarán que somos buenos amigos \_\_\_\_\_

b) Pensarán que tenemos un romance \_\_\_\_\_

13.- Yo nunca lavo la ropa:

a) Porque se me resecan mucho las manos \_\_\_\_\_

b) Porque me enfermo \_\_\_\_\_

14.-Viene el cartero:

a)Voy a preguntarle si hay correspondencia para mí \_\_\_\_\_

b)No hubo correspondencia para mí, de seguro la perdió \_\_\_\_\_

15.-Mi cabello blanco no me gusta:

a)Por eso me lo pinto \_\_\_\_\_

b)Y me lo pinto para que no me digan que me veo viejo(a) \_\_\_\_\_

16.-No me pienso casar:

a)Me siento muy agusto como estoy \_\_\_\_\_

b)A mi edad eso ya no está bien visto \_\_\_\_\_

17.-No encuentro mis medicinas:

a)Creo que me distraje, no sé donde las dejé \_\_\_\_\_

b)Creo que estoy perdiendo la memoria \_\_\_\_\_

18.-Los ancianos:

a)Son personas como cualquier otra, con ciertas limitaciones  
pero no con incapacidad para realizar varias actividades \_\_\_\_\_

b)Por su edad son como personas incapacitadas, lo mejor sería  
que se quedaran en (casa o institución) \_\_\_\_\_

19.-Me canso cuando camino mucho:

a)Lo que sucede es que ya no tengo la condición física de antes \_\_\_\_\_

b)Es un síntoma de que mis pulmones no andan bien \_\_\_\_\_

20.-A mi edad compro ropa de colores oscuros:

a)Porque me agrada \_\_\_\_\_

b)Porque a mi edad son los únicos colores que se me ven bien \_\_\_\_\_

Evaluación: 20 puntos = Racional , 15 - 19 puntos = Casi racional

Respuestas "a" valor = 1 punto 10 - 14 puntos = Fluctuante

Respuestas "b" valor = 0 puntos 5 - 9 puntos = Casi irracional, 0 - 4 puntos = Irracional

## AREA SOCIAL

Las siguientes preguntas abiertas fueron elaboradas con el propósito de conocer el concepto que el anciano tiene sobre sí mismo y sobre la vejez en diferentes áreas: la familia, la laboral, la económica, la sociedad y el tiempo libre.

Para la elaboración de estas preguntas, se retomaron aspectos que se explicaron dentro de los capítulos I y II.

INSTRUCCIONES.-Conteste brevemente las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Cuántos hermanos tiene y cuál es el lugar que ocupa usted en relación a ellos?
- 2.- En caso de estar casado, ¿cómo es la relación con su esposo(a)?
- 3.- ¿Tiene hijos?, ¿cómo es la relación con ellos?
- 4.- ¿Lo visitan con frecuencia? (institucionalizado o no)
- 5.- ¿Lo ayudan económicamente?
- 6.- ¿Ha habido cambios estructurales en su familia? (muertes, separaciones, divorcios, matrimonios, nacimientos, adopciones, abandonos, entre otros).
- 7.- ¿Cómo reaccionó usted ante alguna(s) de esta(s) situación(es)?
- 8.- ¿Con quién vive?
- 9.- ¿Se siente usted agusto en el lugar donde vive?, ¿por qué?
- 10.- ¿Cómo es la relación con las personas con las que vive?
- 11.- ¿Tiene nietos?
- 12.- ¿Lo visitan o los ve frecuentemente?
- 13.- ¿Cómo es la relación con ellos?
- 14.- ¿Ante algún acontecimiento se reúnen todos sus familiares con usted?
- 15.- ¿Convive usted con algún otro pariente?

- 17.-¿Trabaja usted actualmente?
- 18.-¿Hace alguna actividad por su cuenta para obtener otro tipo de ingresos?
- 19.-¿Hace usted alguna aportación económica al lugar donde vive?
- 20.-¿Cubre usted sus gastos?
- 21.-¿Recibe de otra(s) persona(s) que no sean familiares ayuda económica?
- 22.-¿Se encuentra actualmente jubilado?. En caso afirmativo: ¿desde cuándo?
- 23.-¿Cuántos años permaneció o ha permanecido en el trabajo?
- 24.-En caso de ser activo en el trabajo: ¿cómo se siente ante el hecho de tener empleo?  
En caso de ser jubilado: ¿cómo considera el hecho de su jubilación?
- 25.-En caso de ser activo en el trabajo: ¿de qué manera el tener empleo todavía ha influido en su vida?  
En caso de ser jubilado: a raíz de su jubilación, ¿cómo cree que ha cambiado su vida?
- 26.-¿Actualmente considera que tiene más tiempo libre?
- 27.-¿Organiza su tiempo de manera que pueda usted hacer alguna actividad que le agrade?
- 28.-¿Cuáles son las actividades que realiza o le gustaría aprender en su tiempo libre?
- 29.-¿Con quién comparte su tiempo libre?
- 30.-Para realizar alguna actividad recreativa ¿necesita de algún ingreso económico?  
En caso afirmativo ¿de dónde proviene?
- 31.-¿Qué es para usted la vejez?
- 32.-¿Cómo considera que la sociedad define a las personas de la tercer edad?
- 33.-¿Cuál es el papel que juega el anciano en esta sociedad?
- 34.-¿Hasta qué años considera usted que una persona es productiva para el trabajo, familia, amigos,  
entre otros?
- 35.-¿Considera usted que a mayor edad menor es la productividad?
- 36.-¿A qué edad cree usted que un ser humano es anciano?
- 37.-¿Ha pensado usted que la sociedad lo margina?
- 38.-¿Es verdad que las personas de la tercera edad tienen menos probabilidades de establecer  
interrelaciones con otras personas?



38.-¿Es verdad que las personas de la tercera edad tienen menos probabilidades de establecer interrelaciones con otras personas?

39.-¿Considera usted que una persona que se ha mantenido activa toda su vida se adaptará mejor a la vejez?

40.-¿Es igual la definición de vejez tanto para hombres como para mujeres?. ¿por qué?

41.-¿Considera usted óptimo el hecho de que un anciano sea institucionalizado?

42.-¿Cuál sería su propuesta para que el papel del anciano en esta sociedad mejore?

Evaluación: Ésta se hará de acuerdo al criterio del evaluador contextualizando al anciano.

## AREA MEDICA

Para una evaluación integral también es necesario hacer una revisión de aspectos médicos ya que generalmente en los pacientes geriátricos pueden presentarse enfermedades en forma atípica, es decir, cuando una entidad se manifiesta mediante síntomas inespecíficos o referidos a otros organismos o sistemas. Los síntomas inespecíficos de presentación de enfermedades pueden ser cansancio, confusión, deterioro cognitivo, dificultad para deambular, incontinencia de esfínteres, pérdida de esfínteres, pérdida de apetito, pérdida de peso, entre otros.

También el hecho de que los ancianos padezcan con frecuencia ciertas enfermedades agudas o crónicas concomitantes, hace que varias de ellas se confunden entre sí. A continuación daremos una breve explicación de dichas presentaciones atípicas en distintos sistemas y posteriormente el diseño de una historia clínica para la recabación de datos.

En el sistema cardiovascular es bastante común el infarto al miocardio y que con frecuencia en los ancianos es indoloro; en algunas ocasiones es acompañado de disnea (incapacidad para respirar) y las complicaciones pueden originar insuficiencia cardíaca, shock, rotura cardíaca, entre otros. Otro malestar es el dolor anginoso, que suele confundirse con hernia del hiato y también los ancianos que tienen arterias rígidas pueden presentar hipertensión arterial.

En lo que respecta al sistema respiratorio puede darse el asma bronquial presentándose como tos episódica, sibilancias y sensación de constricción.

Las enfermedades del sistema genito-urinario se presentan acompañadas de bacteriemia (presencia de bacterias patógenas en la sangre) e hipotensión arterial.

En torno al sistema digestivo es frecuente el abdomen agudo, la apendicitis, la colecistitis, el reflujo gastroesofágico, la esofagitis, la enfermedad péptica y la pancreatitis.

Finalmente en cuanto a las enfermedades infecciosas, la neumonía es la más frecuente en ancianos y sus manifestaciones pueden ser fiebre, taquipnea (respiración acelerada superficial), deterioro funcional sin foco aparente, también es común la leucocitosis y la meningitis, aunque de esta última es difícil el diagnóstico (28).

## HISTORIA CLINICA

### **AHF** (Antecedentes heredo-familiares)

#### Antecedentes Patológicos (Abuelos, Padres, Hermanos)

Tuberculosis	_____	Diabetes Mellitus	_____
Obesidad	_____	Hipertensión arterial	_____
Cáncer	_____ (especificar)	Problemas renales	_____
Cardiopatías	_____	Otros	_____
Epilepsia	_____		

### **APnP** (Antecedentes Patológicos no Personales)

#### **Vivienda**

##### 1.- ¿De qué está hecho el lugar donde vive?

-Ladrillos	_____	-Lámina de Cartón	_____
-Adobe	_____	-Lámina de asbesto	_____
-Madera	_____	-Losa	_____
-Concreto	_____	-Otros	_____

##### 2.- ¿El lugar en donde vive cuenta con servicios?

-Pavimentación y banquetas	_____	-Teléfono	_____
-Alumbrado público	_____	-Gas	_____
-Drenaje	_____	-Corriente eléctrica	_____
-Agua potable	_____	-Otros	_____

El baño y la cocina ¿están adentro de la vivienda? Especifique.

### Alimentación.

Cuántas veces a la semana consume:(aprox.)

CARNE.-

\*Roja \_\_\_\_\_

\*Ave \_\_\_\_\_

\*Visceras \_\_\_\_\_

\*Pescado \_\_\_\_\_

\*Mariscos \_\_\_\_\_

LACTEOS.-

\*Leche \_\_\_\_\_

\*Queso \_\_\_\_\_

\*Mantequilla \_\_\_\_\_

\*Crema \_\_\_\_\_

\*Yoghurt \_\_\_\_\_

HUEVO \_\_\_\_\_ CEREALES \_\_\_\_\_

VEGETALES Y/O VERDURAS \_\_\_\_\_ FRUTAS \_\_\_\_\_

PAN \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

### Farmacodependencias.

1 - ¿Usted fuma?

SI a)¿Desde qué edad? \_\_\_\_\_ NO a)¿Hasta qué edad dejó de fumar? \_\_\_\_\_

b)¿Cuántos cigarrillos consume al día? \_\_\_\_\_ b)¿Cuántos cigarrillos consumía al día? \_\_\_\_\_

NUNCA \_\_\_\_\_

2.- ¿Ingiere usted bebidas alcohólicas?

SI a)¿Desde qué edad? \_\_\_\_\_ NO a)¿Hasta qué edad dejó de ingerir bebidas

b)¿Cuál es la cantidad de alcohol que consume al día? \_\_\_\_\_ b)¿Cuál era la cantidad de alcohol que consumía? \_\_\_\_\_

alcohol que consume al día? \_\_\_\_\_ b)¿Cuál era la cantidad de alcohol que consumía? \_\_\_\_\_

NUNCA \_\_\_\_\_

3.- ¿Ha usted consumido drogas?

SI a)¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_ NO a)¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_  
b)¿Desde qué edad? \_\_\_\_\_ b)¿Hasta qué edad dejó de consumir drogas? \_\_\_\_\_  
c)Cantidades que consume \_\_\_\_\_ c)Cantidades que consumía \_\_\_\_\_  
NUNCA \_\_\_\_\_

### Ejercicio.

1.- ¿Practica usted algún deporte?

SI a)¿Qué deporte practica? \_\_\_\_\_ NO ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
b)¿Dónde lo practica? \_\_\_\_\_  
c)¿Con qué frecuencia lo practica? \_\_\_\_\_

### Inmunizaciones

1.- ¿Recientemente le han aplicado alguna vacuna?

a)¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_  
b)¿En dónde se las han aplicado? \_\_\_\_\_

### APP (Antecedentes Patológicos Personales)

1.- Mencione cuáles son los padecimientos que actualmente tiene, indicando también desde cuando aparecieron y el tratamiento que lleva.

2.- ¿Es usted alérgico?

SI a)Medicamentos \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
b)Alimentos \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

3.- ¿Lo han operado alguna vez?

SI a)¿De qué? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
b)¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

4.- ¿Le han hecho alguna transfusión?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**AGO (Antecedentes Gineco-Obstétricos)**

Menarca \_\_\_\_\_

Características de ciclos menstruales antes de la menopausia \_\_\_\_\_

(ciclo menstrual por días de sangrado, por ejemplo: 30 X 4)

IVSA \_\_\_\_\_

Gesta \_\_\_\_\_ FUM \_\_\_\_\_

Abortos \_\_\_\_\_ FUA \_\_\_\_\_

Cesárea \_\_\_\_\_ FUC \_\_\_\_\_

Para \_\_\_\_\_ FUP \_\_\_\_\_

PAP SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ FUPAP \_\_\_\_\_

**Uso de Métodos Anticonceptivos**

SI a) ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

b) ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

c) Efectos Secundarios \_\_\_\_\_

**Climaterio**

a) Molestias \_\_\_\_\_

b) ¿Hace cuánto tiempo está declarado? \_\_\_\_\_

c) Tratamiento \_\_\_\_\_

Nota.- Para la elaboración de esta historia clínica se contó con la asesoría de la Dra. Ana María Ocaña Castañeda, Médico y Terapeuta Sexual y del Dr. Cuauhtémoc Celis González, Médico Gineco-obstetra; y asesoría del "Cuestionario de Salud Física y Mental" (29).

## AREA SEXUAL

Consideramos de suma importancia revisar aspectos de la sexualidad en la vejez ya que el ser humano desde que nace, tiene una sexualidad y ésta finaliza hasta su muerte. Lo que quiere decir que aún en la vejez la sexualidad sigue siendo un aspecto al cual no se le puede restar importancia.

Masters y Johnson mencionan que la sexualidad femenina no conoce límites de edad y que en buenas condiciones físicas y emotivas el varón puede conservar su capacidad sexual hasta los 80 años y más (30).

Kinsey y cols. (31) fueron los primeros en estudiar de manera sistemática los efectos del proceso de envejecimiento en el comportamiento sexual observando que la actividad sexual continúa hasta la madurez describiendo así también, que existe un declive en la actividad sexual tanto en hombres como en mujeres en diversas etapas de la adultez (32).

No obstante, la actividad sexual dependerá del propio individuo, es decir, de sus condiciones físicas, sus afinidades así como el entorno social en el cual éste se desarrolla. Es por ello que a continuación se formularon las siguientes preguntas para conocer la forma de pensar del anciano en torno a la sexualidad.

Para la elaboración de las siguientes preguntas retomamos aspectos de los cuestionarios "Hay algún problema", "Cómo me siento con mi pareja" y "Hombre/Mujer ¿Qué me provoca ansiedad?" (33).



**INSTRUCCIONES.** - Conteste las siguientes preguntas. En caso de no tener pareja dejarlas en blanco según corresponda.

1.- ¿Cómo define usted la sexualidad?

2.- ¿Cuál es la definición de sexo?

3.- ¿Hasta que edad cree usted que se deben seguir teniendo relaciones sexuales y/o coitales?

4.- ¿Cree usted que a su edad es malo o dañino tener relaciones sexuales? ¿Por qué?

5.- En general ¿las actividades sexuales lo ponen ansioso?

6.- Le crea ansiedad:

Varón

Mujer

No lograr la erección \_\_\_\_\_ No lograr excitación \_\_\_\_\_

Excitarse cuando su pareja no lo hace \_\_\_\_\_ Excitarse cuando su pareja no lo hace \_\_\_\_\_

Estimularse cuando está solo \_\_\_\_\_ Estimularse cuando está sola \_\_\_\_\_

7.- Sus sentimientos sexuales hacia su compañero(a) ¿han cambiado? ¿Cómo? ¿Por qué?

8.- ¿Se siente cómodo(a) al dialogar con su compañero(a) sobre sus actitudes y comportamientos sexuales? ¿Por qué?

9.- ¿Quisiera cambiar algo de su vida sexual? ¿Qué?

10.- ¿Le avergüenza o incomoda alguna parte de su cuerpo? ¿Cuál?

11.- ¿Se siente culpable de alguna de sus actividades sexuales?

12.- ¿Le parece aburrido pensar en realizar sus actividades sexuales? ¿Por qué?

13.- ¿Experimenta en la actualidad problemas en otros aspectos de su vida que puedan afectar su vida sexual? ¿Cuáles?

14.- ¿Se siente "anormal" en términos de interés sexual? ¿Por qué?

15.- ¿Está usted tomando algún medicamento sabiendo que éste pudiera afectar su respuesta sexual?

16.- ¿Encuentra sexualmente agradable a su pareja? Por qué?

17.- ¿Qué opina de las relaciones sexuales sin cópula?

18.- ¿Considera usted que la menopausia es uno de los factores que disminuye el deseo sexual en la mujer? ¿Por qué?

19.-¿Qué opina de la masturbación?

20.- ¿Considera usted que las personas de la tercera edad dejaron atrás su sexualidad?

Evaluación: Según el criterio del evaluador.

## CITAS DEL CAPITULO

- (1) Jimenez, A. (1990).
- (2) Mercé y Cruz (s/f).
- (3) Lawton y Brody (1969), citado en Mercé y Cruz (s/f).
- (4) Mercé y Cruz op. cit.
- (5) Lobo (s/f), citado en Mercé y Cruz op. cit.
- (6) Yesavage (s/f), citado en Mercé y Cruz op. cit.
- (7) Pierce. (1989), citado en Spurrison y Pierce (1992).
- (8) Berg y Svensson (1980), citado en Jimenez A. (1990).
- (9) Hasegawa (1974), citado en Jimenez, A. (1990).
- (10) Fitts (1965) citado en Jimenez R. (1990).
- (11) Berg y Svensson op. cit.
- (12) Stoppard (1995).
- (13) Idem.
- (14) Idem.
- (15) Pierce (1989) op. cit.
- (16) Mercé y Cruz op. cit.
- (17) Lawton y Brody, (1969), citado en Mercé y Cruz op. cit.
- (18) Lobo (s/f) op. cit.
- (19) Mercé y Cruz op. cit.
- (20) Berg y Svensson op. cit.
- (21) Lobo op. cit.
- (22) Idem.
- (23) Hasegawa, (1974), citado en Jimenez A. op. cit.
- (24) Fitts op. cit.
- (25) Yesavage op. cit.
- (26) Mercé y Cruz op. cit.
- (27) Ellis, A. (1986).
- (28) Cruz (s/f).
- (29) Berg y Svensson op. cit.
- (30) Mishara B. L. (1990).
- (31) Kinsey y cols, (1953) citado en Mishara B. L. (1990).
- (32) Masters, W., Johnson, Virginia (1987).
- (33) Stoppard op. cit.

## CONCLUSIONES

La vejez es un proceso que cada individuo lo va a vivir de acuerdo a su patrón de vida y al contexto en el cual haya estado inmerso. La concepción de la vejez no ha sido la misma siempre, esto a consecuencia de los cambios culturales, sociales y biológicos a los cuales se ha enfrentado el hombre y que han originado que la esperanza de vida aumente.

Con esto queremos decir, que en un inicio de la vida el hombre no tuvo la oportunidad de enfrentarse a vivir esta etapa más de su desarrollo. Conforme el tiempo fue pasando, la vejez que cobrando importancia ya que cada vez más hombres llegaban a viejos. Ante tal acontecimiento, antes no conocido, los ancianos tuvieron un papel determinante en cada sociedad.

Hoy en día, la concepción hacia la vejez ha tomado otro matiz, que día a día se ha ido marcando más ya que estamos bajo una sociedad que se maneja en un ámbito capitalista, donde el individuo es tomado en cuenta mientras su fuerza de trabajo tenga valor en términos de productividad.

Qué pasa cuando esa fuerza de trabajo va disminuyendo por la edad de la persona, ya desde ahí comienza la connotación de un ser improductivo para el sistema, es decir, ya es considerado un viejo.

Es evidente que no se puede luchar contra la naturaleza, ni con los cambios que el cuerpo va a ir teniendo, sin embargo, por qué todo esto origina una concepción determinante y peyorativa sobre los ancianos en términos de valor de la productividad y no en base a un proyecto de vida diferente.

Ver a la vejez desde un solo punto de vista resultaría un tanto ambiguo e incompleto para su estudio y comprensión, ya que se dejan de lado otros aspectos que están vinculados con el proceso de envejecimiento corriendo también el riesgo de generalizar el concepto hacia ésta.

Generalmente la mayoría de las evaluaciones hechas para ancianos están relacionadas con aspectos geriátricos dándonos una visión un tanto parcial ya que únicamente se contemplan aspectos médicos; otras hacen una evaluación psicológica con el fin de detectar algún problema en determinada área (depresión, memoria, demencia, entre otros). Sin embargo, no existe alguna evaluación que integre los diversos aspectos que pudieran dar una visión más completa.

Es así por lo que consideramos necesario que para un mejor conocimiento, se recaben aspectos de áreas que están relacionadas en cualquier etapa del desarrollo humano (psicológica, médica, social y sexual) enfocándolo hacia la vejez de manera integral, esto nos proporcionará una concepción más completa y detallada sobre dicha etapa.

Para verificar la viabilidad de nuestra propuesta de evaluación en cuanto a la comprensión de los reactivos, su redacción, la terminología empleada, las áreas abordadas y los tiempos utilizados para la aplicación; se contactó a la Psicóloga Betzabel González quien estuvo laborando en el asilo para ancianos Mundet. Ella nos dió su punto de vista con respecto a nuestro trabajo, además nos facilitó que éste fuera revisado y aplicado por personal que labora en dicha institución.

La aplicación se llevó a cabo con quince ancianos divididos en tres grupos con edades entre 65 y 75 años, sin tomar en cuenta cualquier otra característica. Las personas que se encargaron de esto fueron el Dr. Othon Virregas y las Trabajadoras Sociales Elena Contreras y Ma. Luisa Rio de Vega quienes junto con la Psic. González nos proporcionaron los siguientes comentarios en torno a la metodología y estructura de dicha propuesta:

1.- En la parte de Datos Generales mencionaron que los reactivos no son específicos, particularmente en la subárea de "Vestido" donde no se indica con qué tipo de prendas se puede vestir el anciano; en la subárea de "Baño" tampoco se indica qué parte del cuerpo puede el anciano asearse solo; en la subárea de "Uso del retrete" se deja de lado si el anciano puede limpiarse solo y si puede jalar la palanca del

W.C.; en la subárea de "Alimentación" faltan reactivos que refieran cómo es la masticación del anciano (con las encías, usa placa), si su alimentación es líquida o sólida, si ingiere medicamentos antes o después de cada comida y de qué tipo. Finalmente, mencionaron que si los reactivos fueran más específicos se tendría un mejor control y sugirieron como título para esta área de evaluación "Independencia Personal o Autocuidado".

2.- En el Área Psicológica, en la subárea de "Orientación" se menciona que es importante indicar con quién vive el anciano; en la subárea de "Lenguaje y Construcción" nos mencionan que es necesario precisar el tipo de atención, es decir, si el anciano presta atención, cuantas veces hay que repetirle la pregunta y si realmente sigue las instrucciones correctamente, además de acompañar la evaluación de un repertorio básico, elementos fonológicos y dislexias gráficas; también mencionan que se habla poco de comunicación no verbal; en la subárea de "Memoria" nos sugieren tener un poco más de cuidado al realizar las preguntas particularmente a personas institucionalizadas debido a que generalmente las frases que ellos emplean son "siempre lo mismo", "igual", "aquí nada cambia", "aquí nada pasa", entre otros; en la subárea de "Estados de Animo" mencionan que está muy larga y que los ancianos suelen perder el interés ante las preguntas.

3.- En el Área Social nos mencionan que es importante especificar cuántas personas han fallecido en su familia.

4.- En el Área Médica nos comentaron que se pierden de vista dos de los cuatro pilares de la Geriatria que son: caídas (las cuales son provocadas por muchas patologías) y cánceres o diabetes padecidos por el anciano y su respectivo tratamiento, además del envejecimiento normal (Plexbiacusia y Plexvisia).

La pérdida de equilibrio provoca las caídas o estados depresivos siendo una de las causas de muerte o padecimientos más frecuentes en la Tercera Edad; en cuanto al ejercicio físico falta especificar qué tipo de ejercicio fue o es practicado: anaeróbico y/o aeróbico; finalmente falta una parte que evalúe

antecedentes urológicos masculinos, consideramos que era importante mencionar problemas como prostatitis, traumatismos testiculares, uretritis no específica, entre otros.

5.- En el Area Sexual nos hacen la observación que puede dividirse en dos subáreas: "Mi Sexualidad" y "La Sexualidad de los otros conmigo" ya que el adulto mayor tiende a percibirla así y no comparte el hecho que su sexualidad sea al criterio del observador; por otra parte, nos sugieren que las preguntas sean elaboradas en tercera persona para evitar herir susceptibilidades.

## *SUGERENCIAS FINALES*

- El tiempo para la aplicación de cada subárea no debe de exceder de quince minutos ya que los ancianos tienden a distraerse y pierden el interés.

Consideramos que efectivamente las personas de la Tercera Edad requieren de periodos largos de descanso o de varias sesiones para lograr una valoración completa principalmente en la subárea de "Autoconcepto" y "Estados de Animo" que son las más extensas de nuestra propuesta de evaluación.

- Es importante delimitar las características de la población a la cual se le va aplicar la evaluación.

Nosotros no especificamos dichas características debido a que esta propuesta de evaluación queda abierta para que cada evaluador a partir de los requerimientos de su investigación adecue el instrumento en función de su metodología.

- En el Area Psicológica se puede realizar una diferencia entre personas funcionales y disfuncionales, institucionalizadas, ambulantes, de comunidad, entre otros.

-Sería conveniente que el instrumento sea contestado por el propio anciano ya que se pierde un poco de su esencia y su participación directa; además que se percibe un poco de frialdad a pesar de ser muy cortés al preguntar, ya que el anciano se limita a contestar para que ya no le sigan preguntando.

-Consideramos que es de suma importancia que este tipo de evaluaciones se aplique no sólo cuando haya la sospecha del inicio de alguna patología o disfunción, sino que la aplicación se haga en forma periódica.



## COMENTARIOS FINALES

Es importante subrayar que debe de existir un equipo multidisciplinario (psicólogo, médico, trabajadores sociales, entre otros) que tengan afinidad en estudios gerontológicos para la aplicación de esta propuesta de evaluación con la finalidad que se establezca un lenguaje común.

Esta propuesta de evaluación queda abierta a nuevas aportaciones de personas que se dediquen al estudio y conocimiento de las personas de la Tercera Edad, de manera que puedan enriquecer dicha investigación con aspectos que no hayan sido contemplados.

Las personas que revisaron y aplicaron nuestra propuesta de evaluación nos comentaron: "Nos gusta la estructura y división de Áreas: es temático y tiene una evaluación integral. Multidisciplinario siendo una herramienta positiva en todo momento. Fue un gran esfuerzo, felicidades".

Nota: El asilo para ancianos Mundet se quedó con una copia de nuestra propuesta de evaluación.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alvarez Gutierrez, R; Brown, G. M. "Encuesta de las Necesidades de los Ancianos en México" Salud Pública Tomo 25 N°1 25-75 pp.México 1983.
- 2.- Cobran, A. y cols. (1974). Europa en la Epoca de la Ilustración Labor: Barcelona. 362 p.
- 3.- Cruz Jentoft, A. "Presentación Atípica de Enfermedades" Geriatría Servicio de Geriatría. Hospital Universitario de San Carlos. Madrid. s/f 15-19 pp.
- 4.- Ellis, A. (1986) Terapia Racional Emotiva (TRE). Pax:México 271 p.
- 5.- Erikson, L. (1981) La Adultez. Fondo de Cultura Económica:México 294 p.
- 6.- Fernández, Rocio; Izal, María y cols. (1992) Evaluación e Intervencion Psicológica en la Vejez. Martínez Roca:España. 259 p.
- 7.- Grimrac, M. (1977) Cómo ser joven eterno. Posada:México 158 p.
- 8.- Guerrero López, E. "Naturaleza y Acciones del Instituto Nacional de la Senectud" Asistencia Social: Estrategia de Solidaridad Nacional, Perspectivas. Comp. Ruiz Pérez, L. y Miranda Pelayo, J. México D.F. DIF Tomo III 1988 687-695 pp.
- 9.- Guerrero y López (s/f) Psicología de la Vejez. INSEN:México.

- 10.- Jimenez Alonso, Blanca E. (1990) Evaluación Neuropsicológica en Ancianos con Demencia. Tesis de Licenciatura:UNAM México.
- 11.-Jimenez R; Ana Maria (1990) El Autoconcepto en Ancianos en tres situaciones de estancia diferente. Tesis de Licenciatura:UNAM México.
- 12.-Masters, W; Johnson, Virginia (1987) La Sexualidad Humana. Grijalbo:Barcelona Vol.II 239-294 pp.
- 13.-Mercé Cortés, J; Cruz Jentoft, A. "Evaluación Funcional del Anciano" Geriatría Servicio de Geriatria. Hospital Universitario de San Carlos. Madrid. s/f 7-15 pp.
- 14.-Minois, G. (1991) Historia de la Vejez. Nerea:Madrid 428 p.
- 15.-Mishara, B. L. (1986) El Proceso de Envejecimiento. Morata:Madrid 279 p.
- 16.-Moragas, R. (1991) Gerontología Social. Herder:Barcelona 304 p.
- 17.-Spurrison, C; Pierce, P. "Psychometric Characteristics of the Adult Funtional Adaptative Behavior Scale (AFABS)". The Gerontologist E.E.U.U. Vol 32 N°2 992 234-239 pp.
- 18.-Stoppard, Miriam (1991) La Magia del Sexo. Diana:México 256 p.
- 19.-Villacampa, V. (1985) Historia Contemporánea. Cultural S.A.:Madrid 199 p.

20.-Wolterec, H. (1962) La vejez: Segunda vida del hombre. Fondo de Cultura Económica: México

21.-Woodward, E. (1974) Historia de Inglaterra. Alianza: Madrid 320 p.

22.-Zenteno, A. (1989) Cómo vivir mejor nuestra tercera edad. Hombre S. de R.L.: México 80 p.

## **ANEXOS**

## **INSTRUMENTO**

### **PROPUESTA DE UNA ALTERNATIVA DE EVALUACION INTEGRAL PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD**

#### *DATOS PERSONALES*

Estos datos sirven como ficha de identificación de la persona a la cual se le va a aplicar dicho instrumento.

Nombre completo:

Edad:

Lugar y fecha de nacimiento:

Estado Civil:

Religión:

Escolaridad:

Procedencia:

Desempeño laboral:

Institucionalizado:            **SI**            **NO**

## DATOS GENERALES

INSTRUCCIONES.- Señalar con una "X" el enunciado que más se aproxime a las condiciones actuales del anciano, bajo una entrevista personalizada.

### VESTIDO

- a) Incapaz de vestirse solo \_\_\_\_\_
- b) Se viste parcialmente \_\_\_\_\_
- c) Necesita ayuda para vestirse \_\_\_\_\_
- d) Puede vestirse solo \_\_\_\_\_

### BAÑO

- a) Incapaz de bañarse solo \_\_\_\_\_
- b) Necesita ayuda para lavarse más de un parte del cuerpo \_\_\_\_\_
- c) Necesita ayuda para lavarse sólo una parte del cuerpo \_\_\_\_\_
- d) Puede bañarse solo \_\_\_\_\_

### ASEO GENERAL

- a) Incapaz de lavar, bañarse, lavarse los dientes, peinarse, rasurarse \_\_\_\_\_
- b) Se baña, lava sus dientes, se peina y se rasura con asistencia \_\_\_\_\_
- c) Sólo en una área anteriormente mencionada necesita ayuda ¿cuál? \_\_\_\_\_
- d) No necesita ayuda para realizar las actividades antes mencionadas \_\_\_\_\_

### MANEJO DE AREA PERSONAL

- a) Incapaz de hacer en la área en la que duerme \_\_\_\_\_
- b) Necesita ayuda para hacer su cama y arreglar sus cosas personales \_\_\_\_\_
- c) Sólo para algunas actividades necesita ayuda ¿cuál? \_\_\_\_\_
- d) No necesita ayuda \_\_\_\_\_

### USO DEL RETRETE

- a) Incapaz de ir al retrete solo \_\_\_\_\_
- b) Necesita ayuda para ir al retrete sin ayuda de aseo \_\_\_\_\_
- c) Necesita ayuda para que lo lleven y lo asean \_\_\_\_\_
- d) Puede ir solo y sin la ayuda para el aseo \_\_\_\_\_

### CONTINENCIA

- a) No control de micción y de defecación \_\_\_\_\_
- b) Incontinencia urinaria y fecal parcial por el uso de sondas urinales, enemas, entre otros \_\_\_\_\_
- c) No frecuente la incontinencia \_\_\_\_\_
- d) Control total en la micción y en la defecación \_\_\_\_\_

### ALIMENTACION

- a) Incapaz de llevar la comida del plato a la boca \_\_\_\_\_
- b) Incapaz de cortar, untar y preparar alimentos \_\_\_\_\_
- c) Capaz de comer solo (llevar alimentos a la boca) sin poder prepararlos \_\_\_\_\_
- d) Capaz de llevar alimentos a la boca y poder prepararlos \_\_\_\_\_

Evaluación de respuestas:

Respuestas "a" valor 0 puntos

Respuestas "c" valor 2 puntos

Respuestas "b" valor 1 punto

Respuestas "d" valor 3 puntos

21 puntos = Ideal

14 - 20 puntos = Ciertas deficiencias

7 - 13 puntos = Deficiente

0 - 7 puntos = Totalmente deficiente



## AREA PSICOLOGICA

### ORIENTACION

INSTRUCCIONES.- Se aplicarán las siguientes preguntas de forma personalizada (psicólogo, médico, psiquiatra,-anciano) anotando las respuestas correspondientes.

1.- ¿Sabe usted qué día es hoy? (fecha y día)

---

2.- ¿Podría decirme cuál es su edad?

---

3.- ¿En qué estación del año estamos?

---

4.- ¿En qué ciudad nos encontramos?

---

5.- ¿En qué año estamos?

---

6.- ¿En qué piso estamos?

---

7.- ¿Qué día es su cumpleaños?

---

8.- ¿Cuál es su dirección actual?

---

Evaluación:  $\geq 50\%$  error = deficiencia

## LENGUAJE Y CONSTRUCCION

INSTRUCCIONES.-Se indicará por cada inciso las actividades a realizar.

1.- ¿Qué es esto? (Mostrar varios objetos, mínimo diez, que estén relacionados con el contexto del anciano)

\_\_\_\_\_

2.- Repetición de frases. (el anciano repetirá cada frase inmediatamente después de que el evaluador se la haya mencionado. Si la repetición es correcta se indicara con una paloma, en caso contrario con una cruz)

a)"En una escuela se encuentran jugando varios niños y niñas". \_\_\_\_\_

b)"El Universo está compuesto de estrellas, planetas y meteoritos". \_\_\_\_\_

c)"En el frutero hay peras manzanas y melones". \_\_\_\_\_

3.-Asociación de Ideas. (El evaluador mencionará parte del enunciado y el anciano completará éste ante la relación que haga)

a)"Un perro y un gato son animales; un hombre y una mujer"

¿Qué son? \_\_\_\_\_

b)"Aretes, anillos y pulseras son joyería; rojo, azul y verde"

¿Qué son? \_\_\_\_\_

c)"Olla, estufa, refrigerador son cocina; cama, ropero y tocador"

¿Qué son? \_\_\_\_\_

Evaluación: 1)  $\geq 50\%$  error = deficiencia;

2)  $\geq 60\%$  error = deficiencia, 3)  $\geq 60\%$  error = deficiencia

MEMORIA

INSTRUCCIONES.- Se aplicará el siguiente cuestionario de forma personalizada (psicólogo, médico, psiquiatra - anciano) anotando las respuestas abiertas personalmente.

1.- ¿Me puede decir qué desayuno hoy?

---

2.- ¿Qué hizo antes de desayunar?

---

3.- Mencione los siguientes números en forma invertida: 358, 4107

si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

4.- Mencione cómo estaba vestido ayer.

---

5.- ¿Cuál fue la primera persona que vió ayer?

---

6.- ¿Qué hizo el fin de semana pasado?

---

7.- ¿Cómo era el clima el día de ayer?

---

8.- ¿Cuál es el nombre de sus medicamentos? (en caso de tomarlos)

---

9.- ¿Cuál es el nombre de su médico?

---

10.- ¿Cuál es el nombre de su vecino? (Hogar o institución).

---

11.- ¿En qué año nació?

---

12.-¿Cuántos años tenía cuando se casó?

---

13.-¿Cuál fue su primer empleo?

---

14.-¿Cómo se llamaba su mejor amigo de la infancia?

---

15.-¿Cuál es el título del último libro que leyó?

---

16.-Describame cómo era la casa en donde vivió su infancia.

---

17.-Mencione un evento histórico que le haya tocado vivir.

---

18.-Cuando era niño, ¿qué es lo que más le gustaba jugar?

---

19.-¿Cuál ha sido el regalo más significativo que ha recibido?

---

20.-Mencione el nombre de sus abuelos.

---

**Evaluación:**

1 a 10, Memoria a Corto Plazo =  $\geq 50\%$  error = deficiencia

11 a 20, Memoria a Largo Plazo =  $\geq 50\%$  error = deficiencia

*AUTOCONCEPTO*

**INSTRUCCIONES.-** Señalar con una "X" el enunciado que más se aproxime a la forma de pensar del anciano.

- 1.- a)Gozo de buena salud \_\_\_\_\_  
b)Tengo pequeñas molestias que pueden ser controladas (por descanso o por asistencia médica) \_\_\_\_\_  
c)Tengo molestias que nunca pueden ser controladas \_\_\_\_\_
- 2.- a)Me agrada mi apariencia física \_\_\_\_\_  
b)No me agrada alguna(s) parte(s) de mi cuerpo, sin embargo estoy satisfecho con mi apariencia física \_\_\_\_\_  
c)No me agrada para nada mi apariencia física \_\_\_\_\_
- 3.- a)Siempre hago ejercicio \_\_\_\_\_  
b)Procuro hacer ejercicio casi siempre que tengo tiempo \_\_\_\_\_  
c)No hago ejercicio \_\_\_\_\_
- 4.- a)Me agrada estar siempre limpio(a) y arreglado \_\_\_\_\_  
b)En ocasiones suelo no arreglarme \_\_\_\_\_  
c)No me interesa estar siempre limpio(a) y arreglado(a) \_\_\_\_\_
- 5.- a)Me considero una persona sin achaques \_\_\_\_\_  
b)En ocasiones suelo ser una persona con achaques por algún padecimiento físico (enfermedad) social (económico, familiar o trabajo) \_\_\_\_\_  
c)Me considero una persona totalmente llena de achaques \_\_\_\_\_
- 6.- a)Me considero un persona alegre \_\_\_\_\_  
b)Procuro estar siempre de buen humor aún teniendo algún problema (patológico, económico, familiar, entre otros) \_\_\_\_\_  
c)Nunca estoy alegre \_\_\_\_\_

- 7.- a) Nunca me aburro \_\_\_\_\_  
b) Casi nunca me encuentro aburrido \_\_\_\_\_  
c) Siempre estoy aburrido \_\_\_\_\_
- 8.- a) Estoy satisfecho con mi vida \_\_\_\_\_  
b) Considero que hay algunos eventos de mi vida que estuvieron incompletos o pudieron ser mejores \_\_\_\_\_  
c) Considero que me he equivocado toda mi vida \_\_\_\_\_
- 9.- a) Me siento conforme con lo que soy \_\_\_\_\_  
b) Hay algunas partes de mi forma de ser que me gustaría cambiar \_\_\_\_\_  
c) Me gustaría ser otro tipo de persona \_\_\_\_\_
- 10.- a) Siempre estoy pensando que voy a hacer cada día \_\_\_\_\_  
b) De vez en cuando planeo el futuro \_\_\_\_\_  
c) No me interesa hacer planes para el futuro \_\_\_\_\_
- 11.- a) Me considero capaz de tomar mis propias decisiones \_\_\_\_\_  
b) Necesito la opinión de alguien para poder tomar mis decisiones \_\_\_\_\_  
c) Me siento incapaz de tomar decisiones \_\_\_\_\_
- 12.- a) Yo decido qué hacer con mi vida \_\_\_\_\_  
b) Escucho siempre las opiniones de los demás sin que éstas afecten mis decisiones \_\_\_\_\_  
c) Siempre cedo a las exigencias de los demás \_\_\_\_\_
- 13.- a) Mi vida no está en función de lo que dicen los demás pero procuro no afectarlos \_\_\_\_\_  
b) Tomo en cuenta algunas de las opiniones de otros que me pudieran servir \_\_\_\_\_  
c) Me afecta mucho lo que los demás digan de mí \_\_\_\_\_

- 14.- a)Estoy conforme con lo que hago \_\_\_\_\_  
b)No estoy conforme con determinados eventos de mi vida \_\_\_\_\_  
c)Estoy totalmente inconforme con lo que hago \_\_\_\_\_
- 15.- a)Estoy conforme con lo que soy \_\_\_\_\_  
b)No soy mejor ni peor que otros \_\_\_\_\_  
c)Soy un "don nadie" \_\_\_\_\_
- 16.- a)Resuelvo mis problemas con facilidad \_\_\_\_\_  
b)Me cuesta trabajo pero siempre encuentro una solución a mis problemas \_\_\_\_\_  
c)No sé enfrentarme a mis problemas \_\_\_\_\_
- 17.- a)Aún con mis padecimientos, mi edad no es un problema \_\_\_\_\_  
b)Mi edad nunca ha sido un factor importante para sentirme mal \_\_\_\_\_  
c)Mi edad en todos los sentidos es un problema \_\_\_\_\_
- 18.- a)Mi edad no es un factor importante para sentirme mal ante otras personas \_\_\_\_\_  
b)Algunas veces por mi edad no me siento cómodo(a) con otras personas \_\_\_\_\_  
c)Debido a mi edad me siento incómodo(a) con otras personas \_\_\_\_\_
- 19.- a)Me gusta integrarme a actividades con otros grupos \_\_\_\_\_  
b)Procuró integrarme a actividades con otros grupos \_\_\_\_\_  
c)Me desagrada integrarme a actividades con otros grupos \_\_\_\_\_
- 20.- a)No me es difícil emprender una nueva actividad \_\_\_\_\_  
b)Me cuesta trabajo emprender actividades nuevas \_\_\_\_\_  
c)Me cuesta trabajo emprender actividades nuevas y finalmente desisto \_\_\_\_\_
- 21.- a)Procuró que todo lo que hago esté bien hecho \_\_\_\_\_  
b)Trato de cambiar cuando sé que hago algo que no debo \_\_\_\_\_  
c)Sé que todo lo que hago está mal \_\_\_\_\_

- 22.- a) Considero que hay personas que están peor que yo \_\_\_\_\_  
 b) Considero que soy una persona con problemas, sin embargo,  
 no creo que yo esté peor que otros \_\_\_\_\_  
 c) Considero que hay personas que están mejor que yo \_\_\_\_\_
- 23.- a) Me considero una persona inteligente \_\_\_\_\_  
 b) Suelo equivocarme \_\_\_\_\_  
 c) Soy un tonto \_\_\_\_\_
- 24.- a) Me siento agusto con mi carácter \_\_\_\_\_  
 b) En ocasiones no me siento tan bien como debiera \_\_\_\_\_  
 c) Me desprecio a mí mismo \_\_\_\_\_
- 25.- a) No necesariamente tengo que estar con alguien para sentirme bien \_\_\_\_\_  
 b) Estando con alguien me siento bien, pero puedo estar solo \_\_\_\_\_  
 c) Estando solo no me siento bien \_\_\_\_\_

Evaluación de Respuestas:	50 puntos = óptimo
Respuestas "a" valor 2 puntos	38 - 49 puntos = Casi óptimo
Respuestas "b" valor 1 punto	25 - 37 puntos = Ciertos problema
Respuestas "c" valor 0 puntos	13 - 24 puntos = Casi deficiente
	0 - 12 puntos = Deficiente



## ESTADOS DE ANIMO

INSTRUCCIONES.-Marque con una "X" según corresponda.

	SI	NO
1.- En esta semana su estado de ánimo ha cambiado	si	no
2.- Casi todo el tiempo está de mal humor	si	no
3.- Todo lo que hace, lo hace con desgano	si	no
4.- Generalmente está de buen humor	si	no
5.- Sólo determinadas situaciones lo ponen de mal humor	si	no
6.- A menudo siente ganas de llorar	si	no
7.- La soledad le produce tristeza	si	no
8.- Prefiere quedarse en casa, en lugar de salir y hacer cosas nuevas	si	no
9.- Se siente lleno de energía	si	no
10.-Recuerda con nostalgia su pasado	si	no
11.-Considera que su vida y lo que hace es estimulante	si	no
12.-Tiene usted interés por nuevos acontecimientos	si	no
13.-Con frecuencia reprueba lo que usted mismo hace	si	no
14.-Considera que sus situación actual es mejor que la de antes	si	no
15.-Disfruta usted la comida	si	no
16.-Ha perdido peso últimamente	si	no
17.-Le cuesta trabajo terminarse su comida	si	no
18.-Ha sido bueno su apetito últimamente	si	no
19.-Procura usted comer lo que le agrada	si	no
20.-Come usted tres o al menos dos veces al día	si	no
21.-Se siente usted feliz y/o agusto cuando come	si	no
22.-Le cuesta trabajo dormir	si	no
23.-Se despierta inquieto con frecuencia por las noches	si	no

24.-Se pasa la mayor parte del día durmiendo	si	no
25.-Ha usted dormido bien durante los últimos meses	si	no
26.-En la mañana al levantarse se siente mejor	si	no
27.-Necesita usted algún medicamento para dormir	si	no
28.-Es confortable el lugar donde usted duerme	si	no
29.-Frecuentemente, se preocupa por cosas pequeñas	si	no
30.-Actualmente, se siente nerviosos sin una causa específica	si	no
31.-Se siente a menudo desanimado	si	no
32.-Se enoja sin una causa justificada	si	no
33.-Ultimamente se ha sentido usted agotado y/o cansado	si	no
34.-Tiene miedo de que algo malo le esté pasando	si	no
35.-Le han estado dando algún medicamento (cápsulas, tabletas) para sus nervios o para que se sienta menos deprimido	si	no
36.-Se siente usted con energía para realizar sus actividades	si	no
37.-Le cuesta trabajo levantarse de la cama	si	no
38.-Toma algún medicamento ultimamente para realizar actividades físicas	si	no
39.-Antes de terminar alguna actividad se siente ya cansado	si	no
40.-Siente inquietud ante su cansancio físico	si	no
41.-Hace usted actualmente ejercicio	si	no
42.-A menudo considera que lo que usted hace no está bien hecho	si	no
43.-Siente usted que lo que ahora tiene no lo merece	si	no
44.-Cree usted que nadie lo quiere	si	no
45.-Sólo usted es culpable de lo que le está pasando	si	no
46.-Considera que su opinión ante algún hecho está de más	si	no
47.-Se siente usted culpable de no haber logrado algo en su vida	si	no
48.-Cree usted que hay personas que dicen o hacen cosas mejor que usted	si	no
49.-Sus ideas suelen ser claras como antes	si	no

50.-Tiene problemas para concentrarse	si	no
51.-Se ha usted percatado de algunas fallas en su memoria	si	no
52.-Le cuesta trabajo tomar decisiones	si	no
53.-Ultimamente se distrae con frecuencia	si	no
54.-Cuando no está de acuerdo con algo, manifiesta su desacuerdo	si	no
55.-Analiza usted cierta situación antes de proceder	si	no
56.-Cree usted que su vida es maravillosa	si	no
57.-Tiene esperanza en el futuro	si	no
58.-Siente que su vida está vacía	si	no
59.-A menudo tiene pensamientos que le generan malestar	si	no
60.-Cree usted que ya no tiene aspiraciones en su vida	si	no
61.-Ha pensado en el suicidio alguna vez	si	no
62.-Considera que la muerte sería el fin a todos sus problemas	si	no

Cada respuesta (**negrita**) = 1 punto

62 puntos = **Óptimo**

47 - 61 = **Casi óptimo**

31 - 46 = **Problema**

16 - 30 = **Probablemente depresión**

0 - 15 = **Depresión**

*LOCUS DE CONTROL*

INSTRUCCIONES.- Marque con una "X" el enunciado que más se aproxime al pensamiento de anciano.

1.- La enfermera (institucionalizado), familiar me gritó:

a) No soy yo el culpable de su enojo aunque me haya gritado \_\_\_\_\_

b) Seguramente por mi culpa y mi forma de ser se enoja \_\_\_\_\_

2.- Mis amistades y/o familiares no han venido a verme:

a) Tal vez han tenido cosas que hacer, cuando puedan vendrán \_\_\_\_\_

b) De seguro la última vez que vinieron hice o dije algo que los  
incomodó y por eso ya no han venido \_\_\_\_\_

3.- Mis enfermedades son:

a) Tengo una edad en la cual son más frecuentes este tipo de  
padecimientos \_\_\_\_\_

b) Un castigo divino por lo malo que he hecho \_\_\_\_\_

4.- En caso de ser desempleado:

a) Por disposición legal al llegar a mi edad tienen que jubilarme \_\_\_\_\_

b) Soy un inútil, ya no sirvo para trabajar \_\_\_\_\_

5.- No bailo:

a) Suelo cansarme con frecuencia y/o no me gusta \_\_\_\_\_

b) De seguro se van a burlar de mí, van a decir qué ridículo \_\_\_\_\_

6.- Entré a una tienda de ropa y las empleadas se rieron:

a) Probablemente tenían una conversación divertida \_\_\_\_\_

b) Han de haber pensado qué podría yo comprar ahí, por eso se rieron \_\_\_\_\_

7.- Le dí los Buenos Días a mi vecino y no me saludo:

a) Seguramente venía distraído y no me escucho \_\_\_\_\_

b) Fingió distraerse para no saludarme \_\_\_\_\_

8.- Llegué a consulta con mi médico y él no había llegado:

a)Tuvo algún contratiempo \_\_\_\_\_

b)De seguro se le olvidó \_\_\_\_\_

9.- No felicité a mi (esposo, amiga, hermana,) por su cumpleaños:

a)Se me olvidó estuve ocupado(a) \_\_\_\_\_

b)Va a pensar que lo hice a propósito, que no me importa \_\_\_\_\_

10.-Le dije a mi hijo que me llevara de compras:

a)Debido a que me canso y él me lleva en coche \_\_\_\_\_

b)Porque si me voy solo(a) de seguro me va a pasar algo \_\_\_\_\_

11.-En la reunión de ayer comí pastel y me hizo daño:

a)No acostumbro comerlo y se me recargó el estómago \_\_\_\_\_

b)Mi (nuera, vecina, hija) no sabe cómo se hace un pastel \_\_\_\_\_

12.-Me vieron conversando con mi vecino(a):

a)Pensarán que somos buenos amigos \_\_\_\_\_

b)Pensarán que tenemos un romance \_\_\_\_\_

13.-Yo nunca lavo la ropa:

a)Porque se me resecan mucho las manos \_\_\_\_\_

b)Porque me enfermo \_\_\_\_\_

14.-Viene el cartero:

a)Voy a preguntarle si hay correspondencia para mí \_\_\_\_\_

b)No hubo correspondencia para mí, de seguro la perdió \_\_\_\_\_

15.-Mi cabello blanco no me gusta:

a)Por eso me lo pinto \_\_\_\_\_

b)Y me lo pinto para que no me digan que me veo viejo(a) \_\_\_\_\_

16.-No me pienso casar:

a)Me siento muy a gusto como estoy \_\_\_\_\_

b)A mi edad eso ya no está bien visto \_\_\_\_\_

17.-No encuentro mis medicinas:

a)Creo que me distraje, no sé donde las dejé

\_\_\_\_\_

b)Creo que estoy perdiendo la memoria

\_\_\_\_\_

18.-Los ancianos:

a)Son personas como cualquier otra, con ciertas limitaciones

pero no con incapacidad para realizar varias actividades

\_\_\_\_\_

b)Por su edad son como personas incapacitadas, lo mejor seria

que se quedaran en (casa o institución)

\_\_\_\_\_

19.-Me canso cuando camino mucho:

a)Lo que sucede es que ya no tengo la condición física de antes

\_\_\_\_\_

b)Es un síntoma de que mis pulmones no andan bien

\_\_\_\_\_

20.-A mi edad compro ropa de colores oscuros:

a)Porque me agrada

\_\_\_\_\_

b)Porque a mi edad son los únicos colores que se me ven bien

\_\_\_\_\_

Evaluación:

Respuestas "a" valor = 1 punto

20 puntos = Racional

Respuestas "b" valor = 0 puntos

15 - 19 puntos = Casi racional

10 - 14 puntos = Fluctuante

5 - 9 puntos = Casi irracional

0 - 4 puntos = Irracional

## AREA SOCIAL

INSTRUCCIONES.-Conteste brevemente las siguientes preguntas:

1.- ¿Cuántos hermanos tiene y cuál es el lugar que ocupa usted en relación a ellos?

---

---

2.- En caso de estar casado, ¿cómo es la relación con su esposo(a)?

---

---

3.- ¿Tiene hijos?, ¿cómo es la relación con ellos?

---

---

4.- ¿Lo visitan con frecuencia? (institucionalizado o no)

---

---

5.- ¿Lo ayudan económicamente?

---

---

6.- ¿Ha habido cambios estructurales en su familia? (muertes, separaciones, divorcios, matrimonios, nacimientos, adopciones, abandonos, entre otros)

---

---

7.- ¿Cómo reaccionó usted ante alguna(s) de esta(s) situación(es)?

---

---

8.- ¿Con quién vive?

---

---

9.- ¿Se siente usted agusto en el lugar donde vive?, ¿por qué?

---

---

10.- ¿Cómo es la relación con las personas con las que vive?

---

---

11.-¿Tiene nietos? \_\_\_\_\_

12.-¿Lo visitan o los ve frecuentemente? \_\_\_\_\_

13.-¿Cómo es la relación con ellos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14.-¿Ante algún acontecimiento se reúnen todos sus familiares con usted? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15.-¿Convive usted con algún otro pariente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16.-¿Cómo es la relación con él (o ellos)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17.-¿Trabaja usted actualmente? \_\_\_\_\_

18.-¿Hace alguna actividad por su cuenta para obtener otro tipo de ingresos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19.-¿Hace usted alguna aportación económica al lugar donde vive? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20.-¿Cubre usted sus gastos? \_\_\_\_\_

21.-¿Recibe de otra(s) persona(s) que no sean familiares ayuda económica?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

22.-¿Se encuentra actualmente jubilado?. En caso afirmativo: ¿desde cuándo?

\_\_\_\_\_

23.-¿Cuántos años permaneció o ha permanecido en el trabajo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24.-En caso de ser activo en el trabajo: ¿cómo se siente ante el hecho de tener empleo?

\_\_\_\_\_



En caso de ser jubilado: ¿cómo considera el hecho de su jubilación?

---

---

25.-En caso de ser activo en el trabajo: ¿de qué manera el tener empleo todavía ha influido en su vida? \_\_\_\_\_

---

En caso de ser jubilado: a raíz de su jubilación, ¿cómo cree que ha cambiado su vida?

---

---

26.-¿Actualmente considera que tiene más tiempo libre? \_\_\_\_\_

---

27.-¿Organiza su tiempo de manera que pueda usted hacer alguna actividad que le agrade?

---

---

28.-¿Cuáles son las actividades que realiza o le gustaría aprender en su tiempo libre?

---

---

29.-¿Con quién comparte su tiempo libre? \_\_\_\_\_

30.-Para realizar alguna actividad recreativa ¿necesita de algún ingreso económico? En caso afirmativo ¿de dónde proviene? \_\_\_\_\_

---

31.-¿Qué es para usted la vejez? \_\_\_\_\_

---

32.-¿Cómo considera que la sociedad define a las personas de la tercera edad?

---

33.-¿Cuál es el papel que juega el anciano en esta sociedad? \_\_\_\_\_

---

- 34.-¿Hasta qué años considera usted que una persona es productiva para el trabajo, familia, amigos, entre otros? \_\_\_\_\_
- 35.-¿Considera usted que a mayor edad menor es la productividad? \_\_\_\_\_
- 36.-¿A qué edad cree usted que un ser humano es anciano? \_\_\_\_\_
- 37.-¿Ha pensado usted que la sociedad lo margina? \_\_\_\_\_
- 38.-¿Es verdad que las personas de la tercera edad tienen menos probabilidades de establecer interrelaciones con otras personas? \_\_\_\_\_
- 39.-¿Considera usted que una persona que se ha mantenido activa toda su vida se adaptará mejor a la vejez? \_\_\_\_\_
- 40.-¿Es igual la definición de vejez tanto para hombres como para mujeres?, ¿por qué? \_\_\_\_\_
- 41.-¿Considera usted óptimo el hecho que un anciano sea institucionalizado? \_\_\_\_\_
- 42.-¿Cuál sería su propuesta para que el papel del anciano en esta sociedad mejore? \_\_\_\_\_

Evaluación: Ésta se hará de acuerdo al criterio del evaluador contextualizando al anciano.

## AREA MEDICA

### HISTORIA CLINICA

#### AHF (Antecedentes heredo-familiares)

##### Antecedentes Patológicos (Abuelos, Padres, Hermanos)

Tuberculosis	_____	Diabetes Mellitus	_____
Obesidad	_____	Hipertensión arterial	_____
Cáncer	_____ (especificar)	Problemas renales	_____
Cardiopatías	_____	Otros	_____
Epilepsia	_____		

#### APnP (Antecedentes Patológicos no Personales)

##### Vivienda

1.- ¿De qué está hecho el lugar donde vive?

-Ladrillos	_____	-Lámina de Cartón	_____
-Adobe	_____	-Lámina de asbesto	_____
-Madera	_____	-Losa	_____
-Concreto	_____	-Otros	_____

2.- ¿El lugar en donde vive cuenta con servicios?

-Pavimentación y banquetas	_____	-Teléfono	_____
-Alumbrado público	_____	-Gas	_____
-Drenaje	_____	-Corriente eléctrica	_____
-Agua potable	_____	-Otros	_____

El baño y la cocina ¿están adentro de la vivienda? Especifique.

---

Alimentación.

Cuántas veces a la semana consume:(aprox.)

CARNE.-		LACTEOS.-	
*Roja	_____	*Leche	_____
*Ave	_____	*Queso	_____
*Visceras	_____	*Mantequilla	_____
*Pescado	_____	*Crema	_____
*Mariscos	_____	*Yoghurt	_____
HUEVO	_____	CEREALES	_____
VEGETALES Y/O VERDURAS	_____	FRUTAS	_____
PAN	_____	OTROS	_____

Farmacodependencias.

1.- ¿Usted fuma?

<b>SI</b> a)¿Desde qué edad?	_____	<b>NO</b> a)¿Hasta qué edad dejó de fumar?	_____
b)¿Cuántos cigarrillos consume al día?	_____	b)¿Cuántos cigarrillos consumía al día?	_____
<b>NUNCA</b> _____			

2.- ¿Ingiere usted bebidas alcohólicas?

<b>SI</b> a)¿Desde qué edad?	_____	<b>NO</b> a)¿Hasta qué edad dejó de ingerir bebidas alcohólicas?	_____
b)¿Cuál es la cantidad de alcohol que consume al día?	_____	b)¿Cuál era la cantidad de alcohol que consumía?	_____
<b>NUNCA</b> _____			

3.- ¿Ha usted consumido drogas?

SI a)¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_ NO a)¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

b)¿Desde qué edad? \_\_\_\_\_ b)¿Hasta qué edad dejó de consumir

c)Cantidades que consume \_\_\_\_\_ drogas? \_\_\_\_\_

c)Cantidades que consumía \_\_\_\_\_

NUNCA \_\_\_\_\_

Ejercicio.

1.- ¿Practica usted algún deporte?

SI a)¿Qué deporte practica? \_\_\_\_\_ NO ¿Por qué? \_\_\_\_\_

b)¿Dónde lo practica? \_\_\_\_\_

c)¿Con qué frecuencia lo practica? \_\_\_\_\_

Inmunizaciones

1.- ¿Recientemente le han aplicado alguna vacuna? \_\_\_\_\_

a)¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_

b)¿En dónde se las han aplicado? \_\_\_\_\_

**APP (Antecedentes Patológicos Personales)**

1.- Mencione cuáles son los padecimientos que actualmente tiene, indicando también desde cuando aparecieron y el tratamiento que lleva. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.- ¿Es usted alérgico?

SI a)Medicamentos \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

b)Alimentos \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

3.- ¿Lo han operado alguna vez?

SI a)¿De qué? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

b)¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

4.- ¿Le han hecho alguna transfusión? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### AGO (Antecedentes Gineco-Obstétricos)

Menarca \_\_\_\_\_

Características de ciclos menstruales antes de la menopausia \_\_\_\_\_

(ciclo menstrual por días de sangrado, por ejemplo: 30 X 4)

IVSA \_\_\_\_\_

Gesta \_\_\_\_\_ FUM \_\_\_\_\_

Abortos \_\_\_\_\_ FUA \_\_\_\_\_

Cesárea \_\_\_\_\_ FUC \_\_\_\_\_

Para \_\_\_\_\_ FUP \_\_\_\_\_

PAP SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ FUPAP \_\_\_\_\_

### Uso de Métodos Anticonceptivos

SI a)¿Cuáles? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

b)¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

c)Efectos Secundarios \_\_\_\_\_

### Climaterio

a)Molestias \_\_\_\_\_

b)¿Hace cuánto tiempo está declarado? \_\_\_\_\_

c)Tratamiento \_\_\_\_\_

## AREA SEXUAL

INSTRUCCIONES.- Conteste las siguientes preguntas. En caso de no tener pareja dejarlas en blanco según corresponda.

1.- ¿Cómo define usted la sexualidad? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.- ¿Cuál es la definición de sexo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.- ¿Hasta que edad cree usted que se deben seguir teniendo relaciones sexuales y/o coitales?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.- ¿Cree usted que a su edad es malo o dañino tener relaciones sexuales? ¿Por qué?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.- En general ¿las actividades sexuales lo ponen ansioso? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.- Le crea ansiedad:

VARON

MUJER

No lograr la erección \_\_\_\_\_ No lograr excitación \_\_\_\_\_

Excitarse cuando su pareja no lo hace \_\_\_\_\_ Excitarse cuando su pareja no lo hace \_\_\_\_\_

Estimularse cuando está solo \_\_\_\_\_ Estimularse cuando está sola \_\_\_\_\_

7.- Sus sentimientos sexuales hacia su compañero(a) ¿han cambiado? ¿Cómo? ¿Por qué?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8.- ¿Se siente cómodo(a) al dialogar con su compañero(a) sobre sus actitudes y comportamientos sexuales? ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9.- ¿Quisiera cambiar algo de su vida sexual? ¿Qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10.- ¿Le avergüenza o incomoda alguna parte de su cuerpo? ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11.- ¿Se siente culpable de alguna de sus actividades sexuales? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12.- ¿Le parece aburrido pensar en realizar sus actividades sexuales? ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13.- ¿Experimenta en la actualidad problemas en otros aspectos de su vida que puedan afectar su vida sexual? ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14.- ¿Se siente "anormal" en términos de interés sexual? ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15.- ¿Está usted tomando algún medicamento sabiendo que éste pudiera afectar su respuesta sexual? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16.- ¿Encuentra sexualmente agradable a su pareja? Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17.- ¿Qué opina de las relaciones sexuales sin cópula? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18.- ¿Considera usted que la menopausia es uno de los factores que disminuye el deseo sexual en la mujer? ¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



19.-¿Qué opina de la masturbación? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20.- ¿Considera usted que las personas de la tercera edad dejaron atrás su sexualidad?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Evaluación: Según el criterio del evaluador.

## Índice de Katz de Independencia en las actividades de la vida diaria

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse  
 B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una  
 C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional  
 D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional  
 E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, y otra función adicional  
 F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso de retrete, movilidad y otra función adicional

G. Dependiente en las seis funciones

Otros. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F

*Independiente* significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlo. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se considere capaz.

**Bañarse (con esponja, ducha o bañera)**

*Independiente:* necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda

*Dependiente:* necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo; necesita ayuda para salir o entrar en la bañera o no se lava solo

**Vestirse**

*Independiente:* coge la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, se pone adornos y abrigos; utiliza cremalleras; se excluye el atarse los zapatos

*Dependiente:* no se viste solo o permanece vestido parcialmente

**Usar el retrete**

*Independiente:* accede al retrete, entra y sale en él; se arregla la ropa; se limpia los órganos excretores; (puede utilizar o no soportes mecánicos)

*Dependiente:* usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder y utilizar el retrete

**Movilidad**

*Independiente:* entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla independientemente (puede usar o no soportes mecánicos)

*Dependiente:* precisa ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos

**Continencia**

*Independiente:* control completo de micción y defecación

*Dependiente:* incontinencia urinaria o fecal parcial o total; control total o parcial mediante enemas, sondas, o el uso reglado de orinales y/o cuñas

**Alimentación**

*Independiente:* lleva la comida del plato o su equivalente a la boca; (se excluye de la evaluación el cortar la carne y la preparación de la comida, como untar mantequilla en pan)

*Dependiente:* precisa ayuda para el acto de alimentarse (véase arriba); no come en absoluto o nutrición parenteral

**Índice para las actividades Instrumentales de la vida diaria (Philadelphia Geriatric Center, Lawton y Brody, 1969)**

<b>A. Capacidad para usar el teléfono</b>		
1.	Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2.	Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3.	Contesta el teléfono, pero no marca	1
4.	No usa el teléfono en absoluto	0
<b>B. Ir de compras</b>		
1.	Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2.	Compra con independencia pequeñas cosas	0
3.	Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4.	Completamente incapaz de ir de compras	0
<b>C. Preparación de la comida</b>		
1.	Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2.	Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes	0
3.	Calienta, sirve y prepara las comidas o las prepara pero no mantiene una dieta adecuada	0
4.	Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
<b>D. Cuidar la casa</b>		
1.	Cuida la casa sola o con ayuda ocasional (por ejemplo trabajos duros, ayuda doméstica)	1
2.	Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer las camas	1
3.	Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4.	Necesita ayuda con todas las tareas de la casa	0
5.	No participa en ninguna tarea doméstica	0
<b>E. Lavado de ropa</b>		
1.	Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2.	Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc.	1
3.	Necesita que otro se ocupe de todo el lavado	0
<b>F. Medio de transporte</b>		
1.	Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche	1
2.	Capaz de organizar su transporte utilizando taxis, pero no usa otros transportes públicos	1
3.	Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4.	Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5.	No viaja en absoluto	0
<b>G. Responsabilidad sobre la medicación</b>		
1.	Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas	1
2.	Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas	0
3.	No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
<b>H. Capacidad de utilizar el dinero</b>		
1.	Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco), recoge y conoce sus ingresos	1
2.	Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	1
3.	Incapaz de manejar dinero	0
<b>Puntuación (De un máximo de 8)</b>		<input type="text"/>

### Escala de Cruz Roja de Incapacidad

#### GRADOS DE INCAPACIDAD FÍSICA

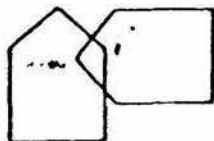
- 0 - Se vale totalmente por sí mismo, anda con normalidad
- 1 - Realiza suficientemente los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad, continencia total
- 2 - Tiene alguna dificultad en los actos diarios por lo que en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia
- 3 - Grave dificultad en bastantes actos de la vida diaria. Deambula difícilmente ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional
- 4 - Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad (dos personas). Incontinencia habitual
- 5 - Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería

#### GRADOS DE INCAPACIDAD PSÍQUICA

- 0 - Totalmente normal
- 1 - Algunas -rarezas-, ligeros trastornos de desorientación en el tiempo. Se puede hablar con él -cuerdamente-
- 2 - Desorientación en el tiempo. La conversación es posible, pero no perfecta. Conoce bien a las personas aunque a veces olvide alguna cosa. Trastornos de carácter, sobre todo si se le disgusta. Incontinencia ocasional
- 3 - Desorientación. Imposible mantener una conversación lógica. Confunde las personas. Claros trastornos del humor. Hace cosas que no parecen explicables a veces o a temporadas. Frecuente incontinencia
- 4 - Desorientación. Claras alteraciones mentales que la familia o el médico han etiquetado ya de demencia. Incontinencia habitual o total
- 5 - Demencia senil total, con desconocimiento de las personas, etc. Vida vegetativa agresiva o no. Incontinencia total

## Mini-examen cognitivo (Lobo)

	PUNTOS
<b>ORIENTACIÓN</b>	
-Dígame el día ..... Fecha ..... Mes ..... Estación ..... Año .....	..... (5)
-Dígame el Hospital (o el lugar) ..... Planta .....	..... (5)
Ciudad ..... Prov. .... Nación .....	..... (5)
<b>FIJACIÓN</b>	
-Repita estas 3 palabras: Peseta-Caballo-Manzana- (Repétirlas hasta que las aprenda) .....	..... (3)
<b>CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b>	
-Si tiene 30 ptas. y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando? .....	..... (5)
-Repita estos números: 5-9-2- (hasta que los aprenda) .....	..... (3)
-Ahora hacia atrás- .....	..... (3)
<b>MEMORIA</b>	
-¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? .....	..... (3)
<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN</b>	
Mostrar un bolsigrafo -¿Qué es esto?- Repetirlo con el reloj .....	..... (2)
-Repita esta frase: «En un trigal había cinco perros» .....	..... (1)
-Una manzana y una pera son frutas ¿Verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? .....	..... (2)
-¿Qué son un perro y un gato? .....	..... (3)
-Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa- ..	..... (1)
-Lea esto y haga lo que dice-, CIERRE LOS OJOS .....	..... (1)
-Escriba una frase- .....	..... (1)
-Copie este dibujo:- .....	..... (1)



(\* Un punto cada respuesta correcta)

PUNTUACIÓN TOTAL .....(35)

Nivel de conciencia (Marcar):

*Geriatric Depression Scale (Yesavage)*

1) ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
2) ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
3) ¿Siente que su vida está vacía?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
4) ¿Se encuentra a menudo aburrido?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
5) ¿Tiene esperanza en el futuro?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
6) ¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
7) ¿Tiene a menudo buen ánimo?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
8) ¿Tiene miedo de que algo malo le esté pasando?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
9) ¿Se siente feliz muchas veces?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
10) ¿Se siente a menudo abandonado?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
11) ¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
12) ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
13) ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
14) ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
15) ¿Piensa que es maravilloso vivir?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
16) ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
17) ¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
18) ¿Está muy preocupado por el pasado?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
19) ¿Encuentra la vida muy estimulante?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
20) ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
21) ¿Se siente lleno de energía?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
22) ¿Siente que su situación es desesperada?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
23) ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
24) ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
25) ¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
26) ¿Tiene problemas para concentrarse?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
27) ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
28) ¿Prefiere evitar reuniones sociales?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
29) ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
30) ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
PUNTUACIÓN TOTAL (*) .....		

(\*) Sumar un punto por cada respuesta señalada en negrita.

0-10 Normal

11-14 Depresión (Sens 84 %; Especif 95 %)

Más de 14 Depresión (Sens 80 %; Especif 100 %)

### Items of the Adult Functional Adaptive Behavior Scale

Item	Levels of competence	Item	Levels of competence
1. Eating		8. Environmental orientation	
0.0 ___ Unable to feed self		0.0 ___ Unable to locate bedroom or bathroom	
0.5 ___ Eats with assistance		0.5 ___ Oriented to immediate living area	
1.0 ___ Feeds self		1.0 ___ Finds or knows way around neighborhood	
1.5 ___ Buys and prepares own food		1.5 ___ Travels distances by car, bus, taxi, or airplane	
2. Ambulation		9. Reality orientation	
0.0 ___ Restricted to bed or chair		0.0 ___ Confused regarding time, place, and person	
0.5 ___ Wheelchair mobile or walks with assistance of another person		0.5 ___ Oriented to person or place	
1.0 ___ Walks with difficulty e.g., breathing problems		1.0 ___ Oriented to time (year, month, day of week)	
1.5 ___ Exercises and walks daily		1.5 ___ Informed about current events	
3. Toileting		10. Receptive speech comprehension	
0.0 ___ Incontinent		0.0 ___ Cannot understand simple instructions, e.g., sit down	
0.5 ___ Continent with assistance day or night		0.5 ___ Understands only simple one-step instructions	
1.0 ___ Incontinent infrequently, i.e., less than once per week		1.0 ___ Understands two- or three-step instructions	
1.5 ___ Continent		1.5 ___ Understands complex instructions	
4. Dressing		11. Expressive communication	
0.0 ___ Not able to dress		0.0 ___ Cannot speak, write, or sign, or does so incoherently	
0.5 ___ Dresses with assistance		0.5 ___ Limited expressive speech, written or signed communication	
1.0 ___ Dresses self		1.0 ___ Speaks, writes, or signs clearly and coherently in sentences	
1.5 ___ Buys, cleans, and maintains clothes		1.5 ___ Carries on extended meaningful communication	
5. Grooming		12. Memory	
0.0 ___ Unable to wash, bathe, brush teeth, comb hair, or shave self		0.0 ___ No recent or long-term memory	
0.5 ___ Grooms with assistance of another person		0.5 ___ Long-term or recent memory intact	
1.0 ___ Grooms self appropriately and stays clean and neat		1.0 ___ Recent and long-term memory intact	
1.5 ___ Places emphasis upon and takes pride in appearance		1.5 ___ Is able to integrate past events with recent events	
6. Managing personal area		13. Managing money	
0.0 ___ Unable to assist in making bed or maintaining personal area		0.0 ___ Unable to manage money	
0.5 ___ Needs assistance making bed and keeping personal area clean		0.5 ___ Manages small sums of money appropriately	
1.0 ___ Makes bed and manages personal area		1.0 ___ Manages savings account	
1.5 ___ Cleans and maintains house, trailer, or apartment		1.5 ___ Manages checking account and pays bills regularly	
7. Socialization		14. Managing health needs	
0.0 ___ Unable to relate to others appropriately		0.0 ___ Cannot manage health needs	
0.5 ___ Relates appropriately sometimes		0.5 ___ Seeks help when physically ill or ailing	
1.0 ___ Relates appropriately consistently		1.0 ___ Takes medication without supervision as needed and appropriate	
1.5 ___ Maintains close friendships and makes new acquaintances		1.5 ___ Maintains own health; implements measures to prevent illness	

# 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:  $\pm$  3 patients)*



# 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>Psychementia</i>
<i>IV</i>	0 - 10.0	<i>Dementia</i>

# 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 1962).
- 3 A shortened version of the M.R.C. Questionnaire on Respiratory Symptoms (1966) including questions 1, 3, 5 on cough, questions 8, 9, 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. (a) (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. (a) (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. (b) (i), Where do you feel it? (Mark X on pain site)
    - (iii) If yes to Q. (b) (i), How soon after eating?
    - (iv) If yes to Q. (b) (i), Does milk or food relieve the pain?
    - (v) If yes to Q. (b) (i), Does the pain ever wake you at night?
- 6 Hiatus hernia
  - (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?
  - (iii) Have you ever had an operation?
    - (iv) If yes, what was wrong? When?

## EXAMINATION BY STAFF NURSE IN A SURVEY OF OLDER PEOPLE

	Syst.	Di.	D.S.		
Blood Pressure	1.				
	2.				
Dynamometer	R grip	1.		2.	
	L grip	1.		2.	
Peak Flow Rate	1.		2.		
Weight	kg				
Height	mm				
Triceps skinfold (L)	1	2			
Open your hands				Hand movement	Full Restricted
Clench your fists					Full
Put your arms above your head				Shoulder movement	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 Climb

# ¿HAY ALGÚN PROBLEMA?

Si usted tiene un problema sexual, no podrá vencerlo a menos que primero lo identifique y luego lo examine con cuidado. Para descubrir si en realidad tiene un problema, llene uno de los cuestionarios de abajo. Luego haga que su pareja conteste la serie de preguntas en el cuestionario

## CUESTIONARIO DE LA MUJER

- |    |   |  |    |  |  |
|----|---|--|----|--|--|
| 1  | ¿Piensa que falta algo en su vida sexual?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 12 | ¿Se siente culpable de alguna de sus actividades sexuales?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 2  | ¿Quiere cambiar su vida sexual?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 13 | ¿Está aburrida de sus actividades sexuales?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 3  | ¿Su pareja está insatisfecho con usted como compañera sexual?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 14 | ¿Encuentra que el sexo, o aspectos de él, es repelente?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 4  | ¿Interfiere la ansiedad en sus actividades sexuales?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 15 | ¿Tiene problemas cuando le dice a su compañero que no quiere sexo?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 5  | ¿Le avergüenza o incomoda alguna parte de su cuerpo?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 16 | ¿Tiene problemas cuando su compañero le dice que no quiere sexo?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 6  | ¿Siente que es demasiado exigente consigo misma, y que en realidad no es tan inepta como algunas veces lo cree? | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 17 | ¿Experimenta en la actualidad problemas en otros aspectos de su vida que puedan afectar su vida sexual?      | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 7  | ¿Existen formas de actividad sexual que le gustaría practicar y que por ahora no lo hace?                       | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 18 | ¿Usted y su compañero tienen un interés desigual en el sexo?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 8  | ¿Tiene algunas dificultades en sus sentimientos sobre amor y sexo?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 19 | ¿Sus actividades sexuales favoritas difieren de las de su compañero?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 9  | Las fantasías sexuales, ya sea mientras tiene sexo o en otras ocasiones, ¿interfieren en su relación sexual?    | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 20 | ¿Se siente "anormal" en términos de interés sexual?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 10 | ¿Tiene temores relacionados con el sexo?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 21 | ¿Siente que su compañero es "anormal" en términos de sus propios intereses o actividades sexuales?           | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 11 | ¿Siente que durante el sexo usted le da a su compañero más placer que el que él le da?                          | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 22 | ¿Tiene alguna enfermedad física, o está tomando algún medicamento que pueda afectar sus respuestas sexuales? | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |

correspondiente. Una respuesta "sí" a cualquiera de las preguntas indicará un área posible de problemas. Éstos, por lo común, se podrán resolver en diálogos abiertos con su pareja.

SÍ   
NO

### CUESTIONARIO DEL HOMBRE

- |    |   |  |    |   |  |
|----|---|--|----|---|--|
| 1  | ¿Piensa que falta algo en su vida sexual?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 12 | ¿Se siente culpable de alguna de sus actividades sexuales?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 2  | ¿Quiere cambiar su vida sexual?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 13 | ¿Está aburrido de sus actividades sexuales?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 3  | ¿Su pareja está insatisfecha con usted como compañero sexual?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 14 | ¿Encuentra que el sexo, o aspectos de él, es repelente?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 4  | ¿Interfiere la ansiedad con sus actividades sexuales?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 15 | ¿Tiene problemas cuando le dice a su compañera que no quiere sexo?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 5  | ¿Le avergüenza o incomoda alguna parte de su cuerpo?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 16 | ¿Tiene problemas cuando su compañera le dice que no quiere sexo?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 6  | ¿Siente que es demasiado exigente consigo mismo, y que en realidad no es tan inepto como algunas veces lo cree? | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 17 | ¿Experimenta usted por lo corriente problemas en otros aspectos de su vida que puedan afectar su vida sexual? | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 7  | ¿Existen formas de actividad sexual que le gustaría practicar y que por ahora no hace?                          | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 18 | ¿Usted y su compañera tienen un interés desigual en el sexo?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 8  | ¿Tiene algunas dificultades en sus sentimientos sobre amor y sexo?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 19 | ¿Sus actividades sexuales favoritas difieren de las de su compañera?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 9  | Las fantasías sexuales, ya sea mientras tiene sexo o en otras ocasiones, ¿interfieren en su relación sexual?    | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 20 | ¿Se siente "anormal" en términos de interés sexual?   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 10 | ¿Tiene temores relacionados con el sexo?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 21 | ¿Siente que su compañera es "anormal" en términos de sus propios intereses o actividades sexuales?            | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 11 | ¿Siente que durante el sexo usted le da a su compañera más placer que el que ella le da?                        | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | 22 | ¿Tiene alguna enfermedad física, o está tomando algún medicamento que pueda afectar sus respuestas sexuales?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |

# ¿CÓMO ME SIENTO CON MI PAREJA?

Como en todas las relaciones, sus sentimientos hacia su pareja han de ser bastante intensos, lo que afectará con seguridad su comportamiento y satisfacción sexuales. Una manera de hacer que tales sentimientos salgan a la luz es responder a las siguientes preguntas.

## CUESTIONARIO DEL HOMBRE

- 1 ¿Su primera experiencia sexual con su compañera fue un éxito? Si no, ¿por qué?
- 2 ¿Sus sentimientos sexuales hacia ella han cambiado? Si es así, ¿cómo?
- 3 ¿Hay algo que le gusta en especial en sus experiencias sexuales con ella? Si lo hay, ¿qué es?
- 4 ¿Hay algo que le disgusta en especial en sus experiencias sexuales con ella? Si lo hay, ¿qué es?
- 5 ¿Hay algo que le gustaría cambiar en sus contactos sexuales con su compañera? Si lo hay, ¿qué es?
- 6 ¿Hay algo que le gustaría que su compañera hiciese al tener sexo y que no hace ahora? Si es así, ¿qué es?
- 7 ¿Hay algo que su compañera hace al tener sexo que desearía que no hiciera? Si lo hay, ¿qué es?
- 8 ¿Se siente cómodo al dialogar con su compañera sobre sus actitudes y comportamiento sexuales? Si no, ¿por qué?
- 9 ¿Encuentra algún problema cuando trata de sostener un diálogo abierto y positivo sobre sexo con su compañera? Si es así, ¿cuál es?
- 10 ¿Hay algún problema en su relación en general que usted sienta que interfiere con la relación sexual? Si es así, ¿cuál es?
- 11 ¿Comparte intereses y amistades comunes con su compañera?

Cada uno debe llenar su cuestionario, haciendo una cruz en el recuadro de "sí" o de "no", según corresponda, y agregando cualquier información que considere relevante. Cuando hayan terminado, comenten sus respectivas respuestas con el ánimo de introducir algunos cambios.

SÍ   
NO

### CUESTIONARIO DE LA MUJER

- 1 ¿Su primera experiencia sexual con su compañero fue un éxito? Si no, ¿por qué?   
.....  
.....
- 2 ¿Sus sentimientos sexuales hacia él han cambiado? Si es así, ¿cómo?   
.....  
.....
- 3 ¿Hay algo que le gusta en especial en sus experiencias sexuales con él? Si lo hay, ¿qué es?   
.....  
.....
- 4 ¿Hay algo que le disgusta en especial en sus experiencias sexuales con él? Si lo hay, ¿qué es?   
.....  
.....
- 5 ¿Hay algo que le gustaría cambiar en sus contactos sexuales con su compañero? Si lo hay, ¿qué es?   
.....  
.....
- 6 ¿Hay algo que le gustaría que su compañero hiciese al tener sexo y que no hace ahora? Si es así, ¿qué es?   
.....  
.....
- 7 ¿Hay algo que su compañero hace al tener sexo que desearía que no hiciera? Si lo hay, ¿qué es?   
.....  
.....
- 8 ¿Se siente cómoda al dialogar con su compañero sobre sus actitudes y comportamiento sexuales? Si no, ¿por qué?   
.....  
.....
- 9 ¿Encuentra algún problema cuando trata de sostener un diálogo abierto y positivo sobre sexo con su compañero? Si es así, ¿cuál es?   
.....  
.....
- 10 ¿Hay algún problema en su relación en general que usted sienta que interfiere con la relación sexual? Si es así, ¿cuál es?   
.....  
.....
- 11 ¿Comparte intereses y amistades comunes con su compañero?   
.....  
.....

# HOMBRE: ¿QUÉ ME PROVOCA ANSIEDAD?

Para un hombre, el obstáculo más común que le impide gozar el sexo es un sentimiento de ansiedad generado por sentimiento de culpa, turbación o inhibición o por el temor de ser incapaz de un desempeño adecuado. La tensión causada por la ansiedad puede interferir en forma muy seria con su placer sexual, e incluso puede provocar que no se excite, que le sea difícil obtener y mantener una erección, alcanzar el orgasmo, o que eyacule prematuramente. Si tiene ansiedades, puede no saber cuáles son. Para determinar con precisión sus causas, aquí hay algunas preguntas que lo ayudarán.

- |   |  |  |       |   |  |
|---|--|--|-------|---|--|
| 1 | ¿En general, las actividades sexuales lo ponen ansioso?  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | ..... | El sexo anal  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
|   | .....  |  |       | Ciertas posiciones (si es así, ¿cuáles?)  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
|   | .....  |  |       | .....   |  |
| 2 | ¿Hay ciertas situaciones en las que el sexo le parece incómodo, por ejemplo, con una persona determinada, en un lugar determinado, o a una hora determinada? Por favor, especifique. | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | ..... | Querer ciertas cosas de su compañera, pero le avergüenza pedirselas (si es así, ¿cuáles?)         | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
|   | .....  |  |       | .....   |  |
|   | .....  |  |       | .....   |  |
| 3 | ¿Algo de lo siguiente le crea una ansiedad particular?   |  |       | Que su compañera le pida ciertas cosas (si es así ¿cuáles?)                                       | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
|   | No lograr la erección  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | ..... | ¿Algo más?  |  |
|   | .....  |  |       | .....   |  |
|   | Excitarse cuando su pareja no lo hace  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | ..... | 4 ¿Qué actividades o situaciones sexuales lo hacen sentir más relajado?                           | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
|   | .....  |  |       | .....   |  |
|   | Estimularse cuando está solo   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | ..... | .....   |  |
|   | .....  |  |       | .....   |  |
|   | Estimularse cuando está con su pareja  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | ..... | 5 ¿Existen fantasías sexuales en particular que lo hacen sentir ansioso? Si las hay, ¿cuáles son? | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
|   | .....  |  |       | .....   |  |
|   | El sexo oral   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | ..... | .....   |  |
|   | .....  |  |       | .....   |  |

Cuando haya respondido, vuelva a leer sus respuestas "sí" y medite sobre lo que le revelan sus ansiedades sexuales. ¿Puede determinar que clase de ansiedad ocurre y bajo qué condiciones? ¿Hay alguna manera de evitar estas situaciones que lo ponen ansioso? O mejor aun, ¿hay alguna forma de reducir la cantidad de ansiedad que le provocan? Quizá su pareja le pueda dar algunas ideas. También es posible que conversar sobre estas cosas pueda ayudarlo a reducir su ansiedad.

SÍ   
NO

6 ¿Tiene temor de fallar en el sexo o defraudar a su pareja?

.....  
.....

7 ¿Piensa que algunas experiencias sexuales pasadas tienen relación con las ansiedades actuales? Si es así, ¿cuáles son?

.....  
.....

8 ¿Qué hay en usted, si lo hay, que lo hace sentirse ansioso respecto al sexo? (por ejemplo, tamaño, forma o aspecto de su pene).

.....  
.....

9 Complete las siguientes oraciones relacionadas con sus actividades sexuales tan rápido como pueda y con las primeras palabras o frases que le vengan a la mente:

Me gustaría poder .....

Me gusta cuando .....

Temo que .....

.....

Me siento asustado cuando .....

.....

Temo que un día yo .....

.....

Me siento incomodo cuando mi compañera .....

Me siento incómodo cuando yo .....

.....

Me siento inhibido cuando yo .....

.....

Me siento inhibido cuando mi compañera .....

Descaría que yo no .....

.....

Descaría que mi compañera .....

.....

Descaría que mi compañera no .....

.....

Me encantaría poder .....

.....

Temo que un día yo no .....

.....

Estoy aterrizado .....

.....



# MUJER: ¿QUÉ ME PROVOCA ANSIEDAD?

Para una mujer, el obstáculo más común que le impide gozar el sexo es un sentimiento de ansiedad que proviene de sentimientos de inhibición, turbación o culpa, o del temor de no ser capaz de satisfacer sexualmente a su compañero. La tensión causada por la ansiedad puede interferir seriamente el placer sexual de una mujer, y puede evitar que se excite y alcance el orgasmo. Si tiene ansiedades sobre el sexo, puede no saber cuáles son. Para determinar con precisión sus causas, aquí hay algunas preguntas que la ayudarán.

1 En general, ¿las actividades sexuales la hacen sentir ansiosa?

.....  
.....

2 ¿Hay algunas situaciones en las que el sexo le parece incómodo, por ejemplo con un compañero determinado, en lugar determinado, o a una hora determinada? Por favor, especifique.

.....  
.....

3 ¿Alguna de las siguientes causas le crea alguna ansiedad en particular?

No lograr excitarse (no lubricar)

Excitarse cuando su compañero no lo hace

Estimularse cuando está sola

Estimularse cuando está con su pareja

El sexo oral

El sexo anal

Ciertas posiciones de coito (si es así, ¿cuáles?)

Querer ciertas cosas de su compañero pero le avergüenza pedirselas (si es así, ¿cuáles?)

Que su pareja le pida ciertas cosas (si es así, ¿cuáles?) ¿algo más?

4 ¿Cuáles actividades o situaciones sexuales la hacen sentir más relajada?

5 ¿Existen algunas fantasías sexuales en particular que la hagan sentir ansiosa? Si las hay, ¿cuáles son?

Cuando haya respondido, vuelva a leer sus respuestas "sí" y medite sobre lo que le revelan sus ansiedades sexuales. ¿Puede determinar con precisión qué clase de ansiedad ocurre y bajo qué condiciones? ¿Hay alguna manera de evitar estas situaciones que la ponen ansiosa? O mejor aún, ¿hay alguna forma de reducir la cantidad de ansiedad que le provocan? ¿Quizá su pareja le puede dar algunas ideas. También es posible que conversar sobre esas cosas pueda ayudarla a reducir su ansiedad.

SI   
NO

6 ¿Tiene temor de fallar en el sexo o defraudar a su pareja?

.....  
.....

7 ¿Piensa que algunas experiencias sexuales pasadas tienen relación con las ansiedades actuales? Si es así, ¿cuáles son?

.....  
.....

8 ¿Qué hay en usted, si lo hay, que la hace sentirse ansiosa respecto al sexo? (por ejemplo, la forma en que usted se comporta cuando se excita).

.....  
.....

9 Complete las siguientes oraciones relacionadas a sus actividades sexuales tan rápido como pueda y con las primeras palabras o frases que le vengan a la mente:

Me gustaría poder .....

.....

Me gusta cuando .....

.....

Temo que .....

.....

Me siento asustada cuando .....

.....

Temo que un día yo .....

.....

Me siento incómoda cuando mi compañero

.....

Me siento incómoda cuando yo .....

.....

Me siento inhibida cuando yo .....

.....

Me siento inhibida cuando mi compañero

.....

Desearía que yo no .....

.....

Desearía que mi compañero

.....

Desearía que mi compañero no .....

.....

Me encantaría poder .....

.....

Temo que un día yo no .....

.....

Estoy aterrorizada de .....

.....