

43  
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES

DEFICIT SUBJETIVO DE MEMORIA EN PACIENTES  
DE LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE  
NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
**ADRIANA      CARDENAS      ANGULO**

DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ.  
ASESOR METODOLOGICO: LIC. RAUL TENORIO RAMIREZ.



MEXICO, D. F.,

1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

260630



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.



*En Memoria a mi Abuela y a Juan Manuel:  
por todo lo que me dieron,  
por todo lo que aprendí de ustedes  
y por todo lo que vivimos juntos.  
Siguen y seguirán estando conmigo.  
Gracias.*





*A la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme realizar mis estudios, especialmente a la Facultad de Psicología.*

*Al Hospital Central Sur de Alta Especialidad - Pemex por ayudarme a hacer posible éste trabajo.*

*A los profesores que son sinodales del examen profesional. De forma especial al Dr. González Núñez por su guía y apoyo, y al Lic. Tenorio Ramírez, gracias por todo.*

*A mis hermanas, por todo lo que hemos vivido y aprendido juntas. No importa lo que pase. Gracias.*

*Agradezco la ayuda de todas las personas que me apoyaron y ayudaron poder llegar a la meta. A mis compañeros del C.C.H. y de la Facultad, especialmente a Guadalupe, Norma y Verónica,*

*A Paty Castrejón y a Hugo por su ayuda invaluable y por estar conmigo.*

*A Leticia, aunque sea nada más una línea.*

*Agradezco a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron para la realización de éste trabajo.*

*A todos muchas gracias.*





*Hay que haber empezado a perder la memoria aunque sea solo a retazos, para darse cuenta de que esta memoria es lo que constituye toda nuestra vida. Una vida sin memoria no sería vida, como una inteligencia sin posibilidad de expresarse no sería inteligencia. Nuestra memoria es nuestra coherencia, nuestra razón, nuestra acción, nuestro sentimiento. Sin ella no somos nada.*

**LUIS BUÑUEL**

*Mi Último Suspiro*



Indice	4
Resumen	7
Introducción	8
<b>CAPITULO I</b>	
<b>MEMORIA</b>	12
1. Antecedentes Históricos sobre el Estudio de la Memoria	15
2. Substrato Anatomofisiológico de la Memoria	19
3. Registros Sensoriales	27
A. Memoria Icónica	29
B. Memoria Ecóica	30
C. Memorias Motora, Táctil y Olfativa	31
4. Etapas de la Memoria	32
A. Memoria a Corto Plazo	33
a) Memoria Inmediata	34
b) Memoria Reciente	34
B. Memoria a Largo Plazo	34
<b>CAPITULO II</b>	
<b>OLVIDO</b>	38
1. Etiología Orgánica	41
A. Síndrome Amnésico	42
2. Etiología Funcional	43
A. Teoría del Decaimiento	43
B. Teoría de la Interferencia	44
a) Inhibición Retroactiva	44
b) Inhibición Proactiva	44
C. Amnesia Psicógena	45
D. Trastorno de Conversión (Neurosis Histérica)	46
E. Trastorno por Somatización	47

<b>CAPITULO III</b>	
<b>ENVEJECIMIENTO</b>	<b>48</b>
1. Presenectud	51
2. Factores Psicológicos	53
A. Perspectivas Teóricas	53
a) Envejecimiento Satisfactorio de Cummings y Henry	54
b) Síndrome de Reconstrucción Social de Kuypers y Bengton	54
c) El Desarrollo Psicosocial de Erikson en la Aduldez Media y la Vejez	55
d) Teoría de Peck acerca del Desarrollo Psicológico en la Aduldez Media y Tardía	55
B. Cambios de Personalidad	57
a) Ello	58
b) Yo	58
c) Superyó	60
3. Factores Biológicos	61
4. Factores Sociales	63
5. Neuropsicología del Envejecimiento Normal	65
A. Cognición	65
B. Lentificación	66
C. Memoria	66
D. Funciones Visoespaciales	68
E. Inteligencia	68
6. Psicopatología	71
A. Depresión	73
a) Depresión y Memoria	74
B. Angustia	76
C. Cefalea Tensional de Difícil Control	77
a) Cefalea Psicógena	77
<b>CAPITULO IV</b>	
<b>METODO</b>	<b>78</b>
1. Justificación	79
2. Hipótesis de Trabajo	79
3. Hipótesis Estadísticas	80
4. Variables	80
A. Variable Independiente	80
B. Variable Dependiente	80
C. Variable Atributiva	80
5. Población	81
6. Técnica de Muestreo	81
7. Tipo de Estudio	82

<b>8. Diseño</b>	<b>82</b>
<b>9. Instrumentos</b>	<b>82</b>
<b>A. Test Guestáltico Visomotor de Lauretta Bender</b>	<b>83</b>
a) Material	84
b) Administración	84
c) Análisis Cualitativo	84
<b>B. Escala de Inteligencia Weschler para Adultos (WAIS)</b>	<b>85</b>
a) Administración	85
b) Calificación	85
c) Análisis Cuantitativo	86
d) Interpretación del Índice de Deterioro	86
<b>C. Escala Clínica de Memoria de Weschler</b>	<b>88</b>
<b>D. Prueba de la Figura Humana de Karen Machover</b>	<b>90</b>
<b>E. Prueba de una Persona Bajo la Lluvia</b>	<b>90</b>
a) Administración	91
b) Interpretación	91
c) Indicadores de la Persona Bajo la Lluvia de Mecanismos Defensivos Inadecuados	91
<b>10. Procedimiento</b>	<b>95</b>

## **CAPITULO V**

<b>RESULTADOS</b>	<b>96</b>
1. Descripción de la Muestra	97
2. Análisis Cuantitativo	105
3. Análisis Cualitativo	107

## **CAPITULO VI**

<b>CONCLUSIONES</b>	<b>109</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>115</b>
<b>Anexos</b>	

Ψ

La Memoria es una de las funciones neuropsicológicas más susceptible de ser modificada por diversos factores como son la edad, enfermedades vasculares cerebrales, personalidad del individuo, procesos psicopatológicos degenerativos, etc. Sin embargo, es durante la edad avanzada o proceso de Envejecimiento que éste déficit se hace más evidente para el paciente, y en consecuencia acude constantemente a valoración médica. Se dice que las quejas subjetivas de falla de Memoria aumentan considerablemente al envejecer; sin embargo apenas la mitad de quienes se quejan manifiestan un proceso neuropatológico orgánico evidente de un trastorno mnésico. Se estudiaron a 30 pacientes del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos, cuya edad se encuentra entre 50 y 80 años; los cuales refirieron cefalea tensional de difícil control y disminución importante de la Memoria. Fueron previamente valorados por los médicos del Servicio de Neurología y Neurocirugía negando haber encontrado daño orgánico que provocara ambos síntomas. En el Servicio de Psicología, se les realizó la entrevista clínica psicológica, el test de Bender, el WAIS, la Escala Clínica de Memoria de Weschler, el test de Machover y el test de la Persona bajo la lluvia. Los resultados obtenidos fueron tres pacientes con un probable orgánico, en el resto se encontró que la depresión es un factor emocional que puede ser el que esté interviniendo en la disminución de Memoria. Concluyendo que en los pacientes de edad avanzada el estilo de vida que llevan pueda ser que el que esté provocando alteraciones emocionales que se ven manifestadas en sus funciones mentales superiores, sin que exista un daño o deterioro orgánico.

*Partiendo del tema más antiguo productremos la ciencia más nueva.*

HERMMAN EBBINGHAUS

*Memory*

El interés por realizar un estudio de la más susceptible de las funciones mentales superiores la Memoria, durante el proceso de Envejecimiento, surgió a partir de la demanda del Servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Central Sur de Alta Especialidad - Pemex, de realizar estudios psicológicos a los pacientes que presentaban como síntomas *cefalea tensional de difícil control y disminución de la Memoria*, a fin de detectar algún proceso psicopatológico que pudiera estar interviniendo en la presencia de dichos síntomas; pues tanto en la valoración médica como en los estudios electrofisiológicos (electroencefalograma) y radiológicos (Rayos X, tomografía axial computarizada e imagen de resonancia magnética) realizados a los pacientes, no se encontró evidencia o substrato de lesión o daño neurológico que explicara dichos síntomas. Teniendo los pacientes como característica importante la edad, la cual oscila entre los 50 y 80 años.

Se sabe que en el proceso del Envejecimiento normal existen cambios funcionales y estructurales, relacionados con menoscabo de funciones mnésicas, enlentecimiento, tanto motor como en el pensamiento; paralelamente pueden presentarse síndromes que inciden en el funcionamiento cognitivo y en la personalidad del paciente. En esta etapa también existen situaciones estresantes tipo jubilación, muerte del cónyuge y otras que aunadas al padecimiento de enfermedades crónico degenerativas, ponen en juego la capacidad de adaptación del sujeto y pueden provocar la exacerbación de síntomas psicológicos como son la ansiedad, trastornos conversivos, hipocondría, depresión, etc., ésta última en un porcentaje elevado suele manifestarse.

Se dice que las quejas subjetivas acerca de fallas en la Memoria aumentan considerablemente durante el proceso de Envejecimiento; sin embargo, sólo la mitad de las personas que se quejan de disminución mnésica tienen alteraciones en sus funciones mentales y en sus capacidades funcionales debido a éstas fallas.<sup>20</sup>

De acuerdo con Ardila y Ostrosky (1998), durante el Envejecimiento el cuadro depresivo se manifiesta con un compromiso global de las funciones intelectuales, sobre todo de la Memoria, lo que podría parecer un cuadro demencial severo, denominándolo ellos Pseudodemencia depresiva. El paciente depresivo generalmente tiene sentimientos de minusvalía, exagera sus fallas y dificultades, sin intentar realizar o concluir lo que se propone. También hay una queja exagerada de deterioro que si fuera real estaría totalmente incapacitado. Otra característica importante es que en la depresión el inicio es abrupto y el paciente tiende a aislarse y a disminuir su actividad, mientras que en la demencia el inicio es insidioso. Además de lo anterior Ardila y Ostrosky hacen especial énfasis en que los pacientes depresivos presentan quejas exageradas de fallas de Memoria, y en la demencia el paciente no se percata de ello del deterioro que va sufriendo.<sup>4</sup>

Ahora bien, conociendo que la Memoria es una función muy susceptible de ser modificada y alterada tanto por padecimientos orgánicos (neoplasias, alteraciones vasculares, enfermedades neurodegenerativas, etc.) como por trastornos funcionales o psicológicos (depresión, ansiedad, etc.) y que el Envejecimiento es una etapa de la vida en la que se sufren una serie de duelos y existen diversas necesidades internas y externas, se piensa que tal vez pueda haber una relación entre la sintomatología reportada (cefalea y disminución mnésica) y la etapa de vida en que se encuentran la mayoría de los pacientes (Envejecimiento).

Uno de los estudios más recientes que se encontraron relacionados con éste tema, es el realizado Feldman et al y que presentaron en el V Congreso Latinoamericano de Neuropsicología en 1997, sobre la queja subjetiva de pérdida de la Memoria en la declinación cognitiva. Estudiaron a 24 sujetos con deterioro de la Memoria asociado a la edad, 14 con demencia tipo Alzheimer, 12 con demencia frontal y 12 con demencia vascular, todos ellos fueron evaluados con el cuestionario de Memoria subjetiva de McNair. Encontrando que los pacientes que tenían mayores quejas subjetivas de Memoria eran aquellos que precisamente, no tenían ningún daño neurológico aparente o

sea aquellos pacientes con deterioro de Memoria asociado a la edad. En sus conclusiones indicaron que éstos mismos pacientes presentan en las escalas utilizadas rasgos ansiosos y en los pacientes con demencia tipo Alzheimer anosognosia (no reconocer como propio una parte del cuerpo que posee un defecto, pero que sin embargo es funcional, Síndrome de Anton-Babinski).<sup>32</sup>

Otra investigación encontrada que se relaciona con el presente estudio es el que realizaron Jiménez et al y presentaron en el mismo congreso, estudiaron los índices de deterioro y depresión medidos con el Mini Mental de Folstein y una escala de depresión geriátrica. Estudiaron a 144 sujetos mayores de 60 años que supieran leer y escribir, sin patología cerebral aparente ni en fase aguda de enfermedad. Clasificándolas en personas activas e inactivas. En los resultados no encontraron datos significativos de disminución o pérdida objetiva de la Memoria. Concluyendo que la depresión era un factor que estaba jugando un papel muy importante en la pérdida o déficit de Memoria referido por los pacientes, sobre todo en aquellos pacientes que en el momento del estudio se encontraban sin realizar ninguna actividad específica.<sup>45</sup>

Se intentará realizar un trabajo similar en el que se confirme o no lo encontrado tanto por Feldman y cols. en Buenos Aires, Argentina, como por Jiménez y cols. en Guadalajara, Jalisco, México. También se buscará un posible daño neurológico no detectado por los estudios que se les realizaron a los pacientes en el Servicio de Neurología y Neurocirugía, y que sea el que esté provocando tanto la cefalea como la disminución mnésica. Teniendo como base lo antes expuesto por Ardila y Ostrosky (1998) y por el estudio realizado por la Fundación Mexicana para la Salud (1996), acerca de la queja subjetiva de Memoria, denominado por ellos Pseudodemencia Depresiva y Trastorno de la Memoria Asociado al Envejecimiento, respectivamente. En los cuales se encuentra que los factores emocionales tienen un importante papel en el adecuado desempeño de las funciones mentales superiores o neuropsicológicas durante el Envejecimiento.

Si realmente el déficit de Memoria y la cefalea tensional se deben a una etiología orgánica detectada en el presente estudio y no detectada por los estudios realizados tanto por neurólogos como por neurocirujanos y por los estudios eléctricos y de imagen, entonces dichos estudios no cuentan con la validez suficiente. Ahora bien, si no existe un substrato orgánico que provoque los mencionados síntomas, es porque se deben a factores emocionales; por lo tanto el gasto en tiempo y económico que se está efectuando al canalizar a los

pacientes de la primera consulta general médica a un servicio de alta especialidad es excesivo, puesto que si fueran remitidos directamente al Servicio de Psicología la etiología funcional de los síntomas sería detectada generando un ahorro tanto para la Institución médica como para el paciente.

Ahora bien, si el problema tiene una etiología funcional, hay que establecer qué lo está provocando, tomando en cuenta que la edad de los pacientes es una edad crítica en la que se sienten marginados, en la que están viviendo una serie de duelos con necesidades tanto internas como externas y tal vez lo que necesitan es atención y apoyo, y ésta necesidad psicológica se está viendo reflejada en síntomas orgánicos. Por lo tanto, habría que especificar si los actuales sistemas de salud y los institutos especializados para tratar a pacientes seniles, están cumpliendo debidamente con la función para la cual fueron creados; sin mencionar la labor que el gobierno tiene para crear fuentes de trabajo adecuadas a la edad, sistemas de salud y recursos suficientes para que los pacientes que se encuentran en las últimas etapas de la vida vivan dignamente.

Ψ



# CAPITULO I

## MEMORIA

*La memoria es una posesión de una exposición  
que se puede revivir en potencia.*  
ARISTOTELES



*La Memoria es algo vivo y está de paso.*

*Pero en su momento todo lo que se recuerda se une y cobra vida: lo viejo y lo nuevo, el pasado y el presente, los vivos y los muertos.*

EUDORA WELTY

La Inteligencia, el Juicio, el Lenguaje, el Aprendizaje, el Pensamiento, la Atención y la Memoria son algunas de las funciones mentales superiores, cuyo desarrollo depende de la herencia genética, la maduración de la personalidad, de los aspectos emocionales que se van viviendo y de la educación que se recibe en los primeros años del desarrollo del individuo. De entre todas las funciones mentales superiores, la Memoria es el más grande de los dilemas, en la literatura es un tópico para estudiar de mucha dificultad, ya que comparada con otras funciones, la Memoria ha sido estudiada e investigada exhaustivamente desde diferentes puntos de vista. Muchos estudios se encuentran disponibles gracias a biólogos, psicólogos, neuropsicólogos, filósofos y otros.

*Memoria* proviene de la palabra griega *mneme* o *mnésis*, y se puede definir como la capacidad o función a través de la cual se almacenan los datos adquiridos y presentados a la conciencia por medio de la atención, para posteriormente citarse y presentarse de nuevo ante la conciencia misma.<sup>47</sup> La Memoria es un proceso mental por el que se almacenan datos adquiridos los cuales son presentados ante la conciencia por medio de la atención y percepción, y que posteriormente pueden evocarse y ser reconocidos ante la conciencia misma. En un sentido más amplio, la Memoria es la supervivencia del pasado individual de un sujeto. Sin Memoria toda la vida psíquica desaparecería, el sujeto no podría adquirir ni hábitos, ni conocimientos; no habría imaginación, ni sentimientos ni voluntad. Existe de hecho, una colaboración del pasado en el

cumplimiento de los actos psíquicos presentes; esta dependencia con respecto al pasado no se agota en la vida psíquica, sino que es fundamental en toda la vida orgánica cuyos modos de manifestarse más primitivos son biológicos y anteriores a la conciencia. La Memoria no es una propiedad puramente biológica, ni puramente psicológica; sino que es una combinación de ambas propiedades resultando un rasgo propio en cada individuo.

En un sentido más restringido se usa el término Memoria para designar una función específica de la conciencia, que consiste en la posibilidad de revivir hechos o situaciones psíquicas pasadas y reconocerlas como pertenecientes a la propia experiencia. Así como se da el nombre de Memoria a la función, *recuerdo* es cada una de las reapariciones de los momentos del pasado, y *olvido* o *duda* son las experiencias que han desaparecido de la continuidad aparente de la vida psíquica del sujeto, y que resultan difíciles de traer a la conciencia, o que simplemente ya no pueden ser recuperadas. Sin embargo, el recuerdo y la Memoria misma son aspectos difíciles de explicar, ya que en ocasiones se olvidan cosas que se desean recordar, y otras permanecen en la conciencia indefinidamente cuando se quieren olvidar.

En todas las épocas, el estudio por las funciones mentales ha sido tarea de psicólogos, filósofos, fisiólogos, neurólogos, etc., los cuales han tratado de establecer localización, función y dinamismo de las mismas. La Memoria ha sido especialmente estudiada, ya que como base de las funciones mentales superiores ocupa un lugar primordial.

Ψ

## **1. ANTECEDENTES HISTORICOS SOBRE EL ESTUDIO DE LA MEMORIA**

El interés por la Memoria y por todas las funciones mentales o neuropsicológicas (atención, aprendizaje, lenguaje, cognición, cálculo, etc.), se remonta hasta los principios mismos de los anales de la civilización. Ya los antiguos griegos incluían a la Memoria en su mitología bajo la forma de la diosa Mnemosina quien junto con Zeus, dios supremo, procreó nueve hijas llamadas las nueve musas en las diversas artes. Platón (427 - 347 a. C.) el gran filósofo de la antigua Grecia, se preguntaba sobre la forma que tomaba la Memoria en los individuos y cuáles eran sus propiedades.

"Quiero que se imaginen ustedes que existe en la mente del hombre algo así como un bloque de cera, que varía de tamaño en los diferentes hombres; más dura, más blanda y de mayor o menor pureza en uno que en otro, y en algunos de ellos de una calidad intermedia... Digamos que esta tableta es un don de Memoria, la madre de las musas, y que cuando queremos recordar alguna cosa que hemos visto, o escuchado, o pensado en nuestra propia mente, ponemos la cera ante las percepciones y ante los pensamientos, y entonces en ese material recibimos la impresión de esas cosas como se recibe la impresión del sello de un anillo; y que recordamos y sabemos lo que queda grabado, mientras dura la imagen; pero cuando se borra esa imagen, o cuando no se puede captar, entonces nos olvidamos y no sabemos nada"<sup>59</sup> (el subrayado es mío) (Cit. Adams, 1983; pág. 230)

Lo que significa que Platón concebía la Memoria metafóricamente como una tableta de cera necesariamente blanda que podía cambiar con la experiencia, y podría decirse que el olvido se debía a que dicha tableta se deterioraba con el tiempo.

A su vez Aristóteles (384 - 322 a. C.) inició un proceso largo de especulaciones acerca del lugar o localización fisiológica de la Memoria. Esto sin concederle importancia al cerebro, ya que el origen de la mayoría de las funciones mentales, se las atribuía al corazón, entre ellas la Memoria. Además del aspecto fisiológico, intentó hacer una descripción de la actividad mental a nivel cognitivo y conductual, y esbozó principios acerca de cómo un pensamiento conduce a otro.

Erasístrato (310 - 250 a. C.), nieto de Platón, fue el primero en realizar una disección del cerebro y en llegar a la conclusión de que éste es la sede de las funciones mentales, y no el corazón como Platón afirmaba. Nemesio (siglo IV a.C.) fue el primero en manifestar la hipótesis de que el "ventrículo anterior" se debe contemplar como un recipiente de la percepción o imaginación (*cellula phantastica*); el "ventrículo medio" del intelecto (*cellula logística*) y el "ventrículo posterior" de la Memoria (*cellula memorialis*). Este concepto de los *tres ventrículos del cerebro* como substrato directo de las capacidades psíquicas, entre ellas la Memoria se mantuvo sin alteraciones durante siglos. Para Descartes (1686) la inteligencia estaba formada por tres componentes esenciales: imaginación, sentido común y Memoria.<sup>53</sup>

Por otra parte, Ebbinghaus (1900), desarrolló un método de aprendizaje verbal, como una forma objetiva y cuantificable de establecer el funcionamiento de la Memoria humana; variaba la cantidad de práctica que les daba a las listas que aprendía, demostrando que entre más ensayo o repaso menor es el olvido; además también variaba la duración del olvido, haciendo ver que el recuerdo es una función del tiempo entre el aprendizaje y el recuerdo.<sup>28</sup>

En la década de los 20's, algunas de las teorías fisiológicas pretendían explicar la conservación del recuerdo, alegando que las excitaciones nerviosas dejaban ciertas huellas (*engramas*) en las células de la corteza cerebral; estas huellas eran puestas en actividad, dando lugar al recuerdo,

debido a que una impresión nueva semejante a la primera, era impresionada por el mismo centro nervioso.

Con respecto a Freud (1900), su aportación más conocida sobre este tema, reside en el concepto de *repression*, considerado como un mecanismo defensivo o como proceso activo y motivado. Esto lo manejó en términos del *olvido*, más que del recuerdo mismo, el cual planteó como un acto cerebral intencionado inconscientemente. La información inconscientemente bloqueada se vincula a situaciones y experiencias dolorosas o causantes de ansiedad y, en todo caso, se manifiesta como actos fallidos invertidos. En *La Interpretación de los Sueños* Freud indica:

“La conducta de la memoria onírica es seguramente de altísima importancia para toda teoría de la memoria. Nos enseña en efecto, que nada de aquello que hemos poseído una vez espiritualmente puede perderse por completo.”<sup>36</sup>  
(pág. 75)

Asimismo, indicaba la existencia de *sueños hipermnésicos*, esto es, el hecho de que en la vida onírica se disponga de recuerdos que son inaccesibles durante la vigilia, incluso identificó algunas causas del olvido onírico: imágenes débiles, vivencias únicas y con falta de sentido, escaso interés de la persona que experimenta el sueño, así como la carencia de toda ayuda mnémica durante el episodio soñado (*hipomnesia*).

En *Psicopatología de la Vida Cotidiana* (1901), Freud señalaba el hecho de que ninguna teoría psicológica pueda ofrecer una explicación satisfactoria acerca del recordar y olvidar: para entonces el olvido se había vuelto más importante que la Memoria misma. En este libro propone la existencia, junto a la del olvido simple de nombres propios, de un olvido motivado por *repression*. En ocasiones tal olvido se compensa con recuerdos encubridores, los cuales se conservan no por su contenido propio, sino por un vínculo asociativo de su contenido con otro, el cual es o fue reprimido.

“Así, desde distintos lados se nos impone esta conjetura: de esos recuerdos de infancia que se llaman los más tempranos no poseemos la huella mnémica real y afectiva, sino una elaboración posterior de ella, una elaboración que

acaso experimentó los influjos de múltiples poderes psíquicos posteriores. Por lo tanto, los *recuerdos de infancia* de los individuos llegan con total universalidad a adquirir el significado de unos *recuerdos encubridores* y, de ese modo, cobran notable analogía con los recuerdos de infancia de los pueblos, consignados en sagas y mitos.<sup>34</sup> (Cit. Aranda, 1990; pág. 21).

La única diferencia entre los *errores de la Memoria* y el *recordar fallido* es que en los primeros el error no se considera como tal, sino que el sujeto lo cree correcto. Resulta entonces que las representaciones mentales almacenadas en la Memoria se modifican substancialmente por las fuerzas motivacionales.

En la actualidad se acepta una conjunción dinámica entre el presente y las experiencias pasadas y se recurre a la noción de inconsciente para explicar el estado de latencia de los recuerdos; éstos pueden reaparecer en la conciencia de manera espontánea o merced a un esfuerzo de *evocación*. Lo cual está relacionado estrechamente con el fenómeno de *asociación de ideas*; la asociación se realiza como una organización (consciente o inconsciente), pues lo que tiene importancia en el recuerdo es el lazo funcional que hace que el hecho o la situación revivida se integre en el todo actual con las mismas características funcionales que tenía en el todo primitivo. El recuerdo reaparece, en general, para integrar o restaurar una estructura, y de esta forma se relaciona con la inteligencia, que es la posibilidad de construcción de estructuras nuevas. Todo lo anterior, en individuos, aparentemente sanos, cuya función neurológica o psicológica no presente ninguna alteración.

ψ

## **2. SUBSTRATO ANATOMOFISIOLOGICO DE LA MEMORIA**

La Memoria es la capacidad del Sistema Nervioso Central para prevenir y repetir gestos, para la organización espacial y para el lenguaje; y los mecanismos mediante los cuales se aprende y recuerda información representan la capacidad más compleja de dicho sistema. En los últimos cien años, se ha intentado determinar si la Memoria se ubica en cierta parte específica del cerebro; ya que como algunas funciones entre ellas la visión y el habla, están localizadas de esta forma, a principios del siglo se creía que lo mismo sucedía con la Memoria.

Las características más notables del cerebro humano son sus complicados mecanismos neurales, para la correlación compleja, la discriminación de los impulsos sensoriales y la utilización de las reacciones previas. La función principal de éstos mecanismos se denomina *Memoria asociativa*, y las reacciones que utiliza se llaman *reacciones mnémicas*. En el ser humano, los cambios adquiridos que se producen en la corteza después del nacimiento permiten que las neuronas sean capaces de madurar los estímulos que llegan. Esta capacidad de retener, modificar y volver a usar las mismas series de neuronas proporciona la base de la Memoria consciente e inconsciente, de la experiencia personal y de los mecanismos neurales adquiridos individualmente. La simbolización necesaria para esa sumación requiere de la corteza cerebral para la Memoria asociativa.<sup>8</sup>

Los recuerdos son almacenados principalmente en regiones particulares del cerebro, o sea, la corteza de asociación relacionada con la modalidad sensorial en la cual se recibió la nueva información. Los recuerdos

complejos que requieren interacción de varias modalidades sensoriales son mediados por haces de fibras que corren por debajo de la corteza que específicamente interconectan las áreas de asociación y que conectan a éstas regiones con mecanismos motores. Las zonas terciarias o asociativas tienen la función primordial de integrar los estímulos que llegan a los sentidos. En estas áreas tienen lugar la conversión de la percepción concreta en pensamiento abstracto, en forma de esquemas internos y la memorización y almacenamiento de esa información.<sup>62</sup>

Mueller y Pilsecker (1900) sugirieron que la actividad nerviosa responsable de que se almacene un cambio físico que codifica una experiencia, persiste algún tiempo después de esa experiencia y, como consecuencia de la actividad nerviosa persistente, los cambios físicos se fijan con más firmeza y todavía alcanzan una magnitud mayor. Esta fijación progresiva con el paso del tiempo se denomina *consolidación*, y se acompaña de modificaciones de las sinapsis. Si esta actividad nerviosa persistente se interrumpe pronto por la inclusión de alguna actividad interferente, entonces el cambio físico es de magnitud pequeña y la retención de la experiencia resultará precaria.<sup>61</sup>

Nosotros percibimos y recordamos acontecimientos, y la Memoria de estos acontecimientos puede cambiar la conducta posterior. Para Carlson (1916), la naturaleza física del proceso de la Memoria es:

**PRIMERO.** Codificación sensorial. El evento debe ser representado por la actividad de neuronas aferentes. Esta actividad debe ser específica para el evento que lo produce, y no para otro evento.

**SEGUNDO.** Almacenamiento. La actividad neural que codifica la experiencia sensorial del evento debe alterar de algún modo características de otras neuronas, -no sensoriales-, en una forma que represente el evento.

**TERCERO.** Recuperación. La Memoria almacenada debe poder ser recuperada. O sea, debe haber cuando menos un estímulo que produzca un evento conductual diferente del que habría ocurrido si el recuerdo no se hubiera almacenado".<sup>17</sup> (Cit. Biblioteca de Psicología, 1993; pág. 508).

Una vez que las Memorias han sido almacenadas en el Sistema Nervioso pasan a formar parte del mecanismo de procesamiento. Los procesos del pensamiento del encéfalo comparan las experiencias sensitivas nuevas con las Memorias almacenadas; éstas ayudan a seleccionar la información sensitiva nueva importante y a canalizarla hacia áreas apropiadas de almacenamiento para su uso futuro o a áreas motoras para producir respuestas corporales.<sup>38</sup>

Hebb (1949), propuso que los circuitos reverberatorios neurales mantienen información hasta que ésta se estabiliza definitivamente en forma de cambios estructurales (engramas). El paso de un estado lábil de Memoria a uno más permanente es lo que denominó proceso de consolidación; y éste se puede definir como el resultado del proceso de asentamiento y fijación del engrama.<sup>40</sup>

Microscópica o intracelularmente, en un principio se pensó que siendo el RNA el substrato de la herencia (Memoria de la especie) lo sería también de la del individuo. Ahora se cree que este ácido interviene de manera importante en el proceso intracelular de almacenamiento de datos, pero no como substrato físico, sino más bien en la constitución de las proteínas que si lo albergan. El RNA sintetiza la proteína que tiene la clave de una frecuencia modelada, la que pasaría a ser almacenada en los gránulos de la edad, y desde donde por un mecanismo aún no esclarecido, tiene la facultad en un momento dado de reproducir frecuencia y estímulos.<sup>62</sup>

Respecto a la localización específica de la Memoria, Lashley (1950), estableció la Ley de la Equipotencialidad para tratar de explicar el funcionamiento y almacenamiento de la Memoria, refiriendo que un recuerdo puede guardarse en muchas partes del cerebro de modo que la lesión de cualquier parte puede disminuir pero no destruir la Memoria.<sup>60</sup> Muchos investigadores han apoyado ésta teoría y están de acuerdo en que no existe una región en especial del cerebro que sirva como "archivero" para el almacenamiento de todos los recuerdos. Aún más, algunos neurocientíficos creen que los recuerdos se almacenan en forma difusa, por todas las regiones de la corteza y posiblemente en regiones subcorticales. E. Roy John (1967) es uno de los investigadores que más apoya la teoría de Lashley:

"... parece poco factible que cualquier estructura por sí sola, o conjunto de neuronas en su interior, sea la única

responsable del almacenamiento de la Memoria acerca de una experiencia específica. La evidencia está en contra de la proposición de que la Memoria se almacena como un requerimiento que un conjunto específico de células debe descargar cuando ocurre un evento familiar, o que el recordar dicho evento demande la descarga determinística de un conjunto específico de células. No parece factible que la descarga de determinado grupo de células sea una condición necesaria o suficiente para la activación de una Memoria en particular.<sup>44</sup> (pág. 418).

Una posible explicación del amplio almacenamiento de la mayor parte de las Memorias, es que varios sentidos intervienen en cualquiera de ellas. Una experiencia individual puede guardarse en las áreas visuales del cerebro, en las áreas auditivas, en las del olfato o tacto, etc.; todo esto al mismo tiempo. Otra explicación indica que los centros de procesamiento que recuperan el material están distribuidos en varias partes.

Además las huellas de la Memoria que se guardan en un hemisferio como resultado de alguna actividad particular, generalmente se transfieren al otro hemisferio a través del cuerpo caloso. Por lo tanto, hay patrones bilaterales de Memoria cortical para la experiencia previa del individuo.<sup>45</sup>

Sin embargo, la evidencia más reciente que se tiene es que algunas partes específicas del cerebro son indispensables para la formación del recuerdo. Mucho se dice acerca de que el Sistema Límbico especialmente el hipocampo ocupa un lugar importante en el proceso de la Memoria, sobre todo reciente o inmediata; ya que se encarga de llevar la información verbal a la Memoria a Corto Plazo y a la Memoria a Largo Plazo.

Macroscópicamente para la Memoria a Largo Plazo pueden corresponder estructuras que Papez describió con el nombre de *circuito de las emociones*, es decir, principalmente los cuerpos mamilares, la corteza de la circunvolución del cíngulo y el hipocampo. Por ejemplo, en los padecimientos que afectan importantemente a la Memoria de fijación tales como la demencia senil y la psicosis de Korsakoff, en las autopsias realizadas se encuentran degeneraciones marcadas en dichas estructuras.<sup>62</sup> A continuación se realizará un recorrido hipotético por el circuito de Papez y algunas regiones circunvecinas, destacando las estructuras determinantes en el funcionamiento mnésico:

"a) Procedente del tallo cerebral llega, a través del metatálamo, información sensorial proveniente de los receptores periféricos y viscerales al hipotálamo, específicamente a los cuerpos mamilares; el metatálamo tiene conexiones directas con las cortezas auditiva y visual.

b) Diferentes modalidades de información llegan también al hipocampo y a la amígdala, en donde se analizan y procesan estos estímulos.

c) El hipocampo transmite impulsos al cuerpo mamilar por conducto del fórnix. El cuerpo mamilar es el último recipiente de las excitaciones aferentes que alcanzan el hipotálamo. Los núcleos mamilares dan origen a dos haces, uno de los cuales es el mamilotalámico, que se dirige al núcleo anterior del tálamo.

d) De este núcleo talámico se proyectan impulsos a la corteza del cíngulo. Se ha sugerido la participación de los núcleos intralaminares del tálamo -que son continuación del sistema reticular- en los niveles neurales que organizan la Memoria. La participación de éste sistema en los procesos mnémicos es evidente en ésta estación de relevo y cierre de circuito que es el fascículo del cíngulo o corteza límbica, implicada en la Memoria.

e) Es importante abordar la participación del neocórtex en este proceso integrador. Desde el grupo medial del tálamo, particularmente, del dorsomedial se establece comunicación en ambos sentidos con la corteza frontal. El núcleo dorsomedial es un centro de confluencia de impulsos viscerosomáticos, provenientes tanto del hipotálamo como de otros núcleos talámicos; éstos son integrados y proyectados hacia las altas funciones asociativas de la corteza orbitofrontal, la cual a su vez influye en el núcleo dorsomedial por el mismo circuito: queda así integrado el circuito hipocampo-hipotálamo-tálamo-corteza con el sistema límbico.

f) En el punto de partida y de llegada que es el hipocampo, sus actividades no sólo incluyen funciones sensoriales, sino que también se relaciona con la Memoria reciente o inmediata, incluso se le ha asignado un puesto de particular importancia al considerarlo puente entre los niveles corticales y diencefálicos, así como activador no específico de la Memoria, el aprendizaje y la conducta afectiva, a través de influencias inhibitoras y excitadoras." (Figura 1)<sup>3</sup> (pág. 103-105).

Se ha pensado que el hipocampo puede proveer una disposición contra el olvido a través de sus diversas y numerosas conexiones, directas e indirectas, con todas las partes de la corteza cerebral. Cuando el hipocampo ya no funciona, los recuerdos de eventos anteriores se retienen pues han quedado ya establecidos; pero hay amnesia para los hechos ocurridos después de la lesión porque el mecanismo de retención o de consolidación de la Memoria ya no es operante.

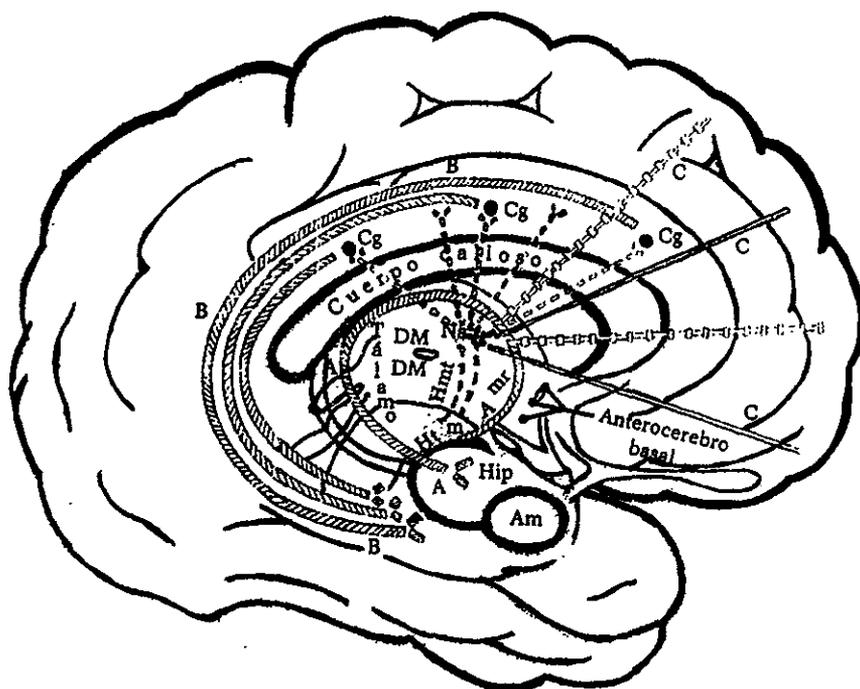


FIGURA 1

**DIAGRAMA DEL CIRCUITO DE PAPEZ O SISTEMA LÍMBICO**

A. Fórnix, B. Fascículo del cíngulo; C. Corteza frontal; Cg. Cíngulo; Am. Amígdala; Hip. Hipocampo; Ht. Hipotálamo; Mt. Metatálamo; Hmt. Haz mamilotalámico; Na. Núcleo anterior del tálamo; DM. Núcleo dorsomedial del tálamo.

Las lesiones laterales relativamente amplias del hipocampo dominante están asociadas con una profunda perturbación de la Memoria para los hechos recientes y con alteraciones relativamente leves de la conducta, tales como apatía, indiferencia y pérdida de iniciativa. La Memoria para los hechos remotos no suele estar alterada. Si bien las funciones intelectuales generales pueden permanecer en un nivel bastante elevado, se pierde la capacidad para aprender nuevos hechos y habilidades.<sup>8</sup>

En general, la Memoria se relaciona con una organización vertical del Sistema Nervioso Central, en las vías en las cuales se relacionan la formación reticular, el sistema límbico y mesolímbico, que conjuntamente forman los procesos de atención y regulan las condiciones para que se lleve a cabo la formación de la Memoria en la neocorteza. Fair (1991), dice que la Memoria no es un comportamiento neurofisiológico únicamente, el asume que la Memoria es un sistema de formación que está en la vida temprana del individuo:

"Es muy probable que la experiencia sea almacenada en celdas, con neuronas selectivas que responden a ciertos estímulos y después son capaces de reconocer la información".<sup>31</sup>

## Ψ

**EVOCACION.** La evocación de algún suceso almacenado en la Memoria puede ser voluntaria o automática. La primera requiere de una búsqueda del recuerdo dentro del banco de datos, la cual es realizada por el sistema límbico que lo dirige de acuerdo con la motivación, necesidades e importancia biológica o afectiva. La evocación automática se debe a un proceso de asociación, de manera que una imagen puede esconder un circuito que a su vez forma parte directa o indirecta de otro circuito que al ser encendido evoca otro recuerdo.

Fuentenebro y Vázquez (1990), indican que los sistemas neurales de almacenamiento de imágenes se encuentran repartidas por toda la corteza, pero de una manera más intensa por la corteza temporal del hemisferio derecho. El reconocimiento de las imágenes recordadas como pertenecientes al pasado y a la propia experiencia y como constituyentes o no de los recuerdos que se quieren evocar en un momento determinado, se realiza gracias a la interpretación conceptual consciente que implica fundamentalmente la corteza cerebral de las áreas neocorticales de lenguaje del hemisferio izquierdo.<sup>36</sup>

Por lo tanto, las funciones mentales superiores requieren de la integridad de la corteza cerebral y de otras estructuras profundas, y su deterioro suele deberse a alteraciones difusas y en ocasiones degenerativas del Sistema Nervioso Central y no a lesiones encefálicas localizadas.

Ψ

### 3. REGISTROS SENSORIALES

El proceso de la Memoria no puede funcionar sin que trabajen adecuadamente diversos mecanismos sensoriales, como son la atención, la alerta y los motivacionales. Se deben percibir los estímulos que llevan la información a fin de que esta pueda ser recordada, y a menos de que tenga algún significado motivacional, no se le pondrá atención. Por lo tanto, la Memoria implica sensación, percepción, atención, motivación, refuerzo y conducta motora, así como procesos mnémicos.

Los sentidos son el primer paso o relevo para toda la información que llega al sujeto, y tienen cierta capacidad para almacenarla. Por mucho esfuerzo que se haga no se puede captar toda la información que llega a los sentidos. Se selecciona la información que se elige para posteriormente procesarla; a esto se le llama *Atención*: proceso de pensar, oír, oler, gustar, etc., las cosas y sentir en forma selectiva. En este proceso se da un *significado* independiente y muy personal a los datos que llegan. En la atención aumenta el nivel de la actividad perceptual, motora y mental y el predominio de una forma dada de actividad sobre todas las otras formas posibles en el mismo momento. La atención está determinada por las características de los estímulos en intensidad, novedad y carga afectiva o significación.

Ahora bien, cualquier objeto es representado por una constelación de recuerdos provenientes de distintas fuentes sensoriales, que dependen de experiencias anteriores. Cuando los impulsos sensoriales que se inician ante la vista o por la percepción de un objeto son capaces de estimular estas constelaciones mnésicas, el objeto es *reconocido*. El despertar de los

complejos asociativos mnésicos por impulsos corticales aferentes puede ser denominado como *gnosis*, y forma la base de la comprensión y el conocimiento.

La secuencia del procesamiento de información en la Memoria es la siguiente: los registros sensoriales reciben información sensorial en bruto procedente del mundo externo; tienen una gran capacidad, pero el tiempo de retención es muy efímero; si la información anterior se sustituye por otra nueva, se desvanecen los registros en unos cuantos segundos. La que se selecciona para procesamiento posterior penetra en la Memoria a Corto Plazo, donde se olvida o se transfiere a la Memoria a Largo Plazo. (Figura 2)<sup>59</sup>

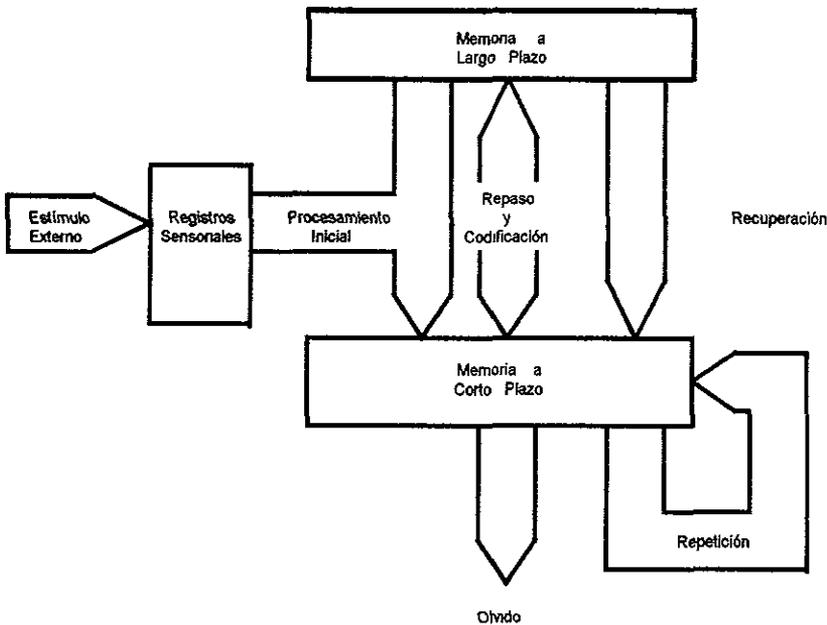


FIGURA 2

Broadbent (1958), propuso que hay un proceso de filtración de estímulos a la entrada del Sistema Nervioso, esta información sensorial es continua, parte de ella es seleccionada para someterla a procesamiento posterior:

"Prestamos atención a la información que sobresale por sus propiedades físicas; el otro material se excluye por filtración sin recibir más procesamiento".<sup>11</sup> (Cit. Morris, 1991; pág. 226).

Todos los estímulos de entrada son introducidos por registros sensoriales donde se clasifican, atendiendo a propiedades físicas como color, tamaño, intensidad, ubicación, forma y otras. Solo a los estímulos que cumplen con ciertas condiciones se les permite pasar por el filtro. Los cuales se comparan y cotejan con los ya conocidos, de modo que pueden reconocerse y deducir lo que significan. Treisman (1965) modificó la teoría del filtro indicando que éste no es como un interruptor de apagado y encendido; sino que muchas señales son pasadas desde los registros sensoriales al mismo tiempo, toda esa información es objeto de por lo menos un poco de procesamiento, durante el cual comienza a adquirir significado, es decir, se empieza a entender lo que se ve, oye, degusta, toca, etc.<sup>85</sup>

Neisser (1967), denominó un mecanismo de Memoria inmediata que registra toda la información del estímulo proximal durante un breve lapso de tiempo; al que llamó *Memoria Sensorial*. Esta se puede considerar como un registro mnémico precategórico de capacidad ilimitada y de escasa duración. El carácter precategórico reside en el hecho de que la información en el almacén sensorial no es analizada, sino que se presenta en un estado primitivo previo a toda forma de interpretación cognitiva. Neisser sugiere que hay dos tipos de Memoria Sensorial a la primera le llamo Memoria Icónica, usando el término *Ícón* para designar la huella visual tan fugaz que su duración se ha establecido en casi 250 milisegundos. Para la huella efímera de Memoria auditiva utilizó el término de Ecoico; indicando que ambos términos representan mecanismos de almacenamiento preliminar y transitorio de la información sensorial.<sup>83</sup>

Ψ

## A. MEMORIA ICONICA

La información presente en el estímulo es registrada por el sujeto, pero casi inmediatamente se desvanece de su Memoria, ya que no se cuenta con el tiempo suficiente para ver o registrar todo el estímulo sino solo una parte de él.

Neisser (1967) propone un análisis por síntesis para establecer que la síntesis visual -y auditiva- se lleva a cabo en dos etapas: una *preatentiva*, pasiva en apariencia, con operaciones totalistas que constituyen las unidades a las cuales se dirigirá la atención; este procesamiento en paralelo culmina en el almacenamiento icónico y la mayor parte de sus datos no reciben el procesamiento adicional de atención focal. La segunda fase es el *procesamiento secuencial o serial*, el cual es activo; este estímulo también depende de factores como la experiencia, la expectancia y la preferencia.<sup>63</sup> Sperling, G. (1959), investigó la afirmación de sus sujetos de que al presentárseles instantáneas visuales, veían más de lo que podían informar:

“La afirmación de que se ve más de lo que se puede recordar supone dos cosas. Primero, un límite de Memoria. Segundo, supone que el observador dispone de más información sobre el estímulo de la que puede proporcionar en el informe durante y quizá por un corto intervalo de tiempo después de la presentación del estímulo”.<sup>82</sup> (Cit. Aranda, 1990; pág. 44).

Ψ

## **B. MEMORIA ECOICA**

La síntesis auditiva se somete al proceso en dos etapas ya descritas (preatentiva y procesamiento secuencial) y desemboca en una Memoria inmediata o Memoria verbal activa (equivalente a Memoria a Corto Plazo). Se especializa en la retención de las propiedades temporales de la información, o sea, registra la disposición secuencial particular de un flujo de sonidos. Este carácter temporal de registro ecoico resulta obvio, teniendo en cuenta que la propia información auditiva tiene un carácter fugaz y secuencial.<sup>25</sup>

La fuga de información en este sistema, al igual que en el visual, la provoca el desvanecimiento, el desplazamiento por otros elementos o la eliminación, a menos que acceda al siguiente almacén.

Ψ

## **C. MEMORIAS MOTORA, TACTIL Y OLFATIVA**

El rasgo más llamativo de la Memoria Motora es su persistencia en el tiempo, por lo que se ha planteado la inutilidad de hablar de un olvido de corto o de largo plazo ya que prácticamente ninguno de los dos existe. No obstante, hay necesidad de precisar dos tipos de habilidades: continuas y discretas. En las primeras (actividades de seguimiento) la retención es muy alta y el olvido sólo aparece en el primer ensayo después del intervalo de tiempo; no ocurre así con las segundas (respuestas específicas a estímulos específicos) en las que si existen pruebas de olvido de corto plazo.

Respecto a las Memorias Táctil y Olfativa se ha encontrado en la primera que sujetos ciegos son más hábiles aparentemente para leer mediante el sistema Braille con la mano izquierda que con la derecha. Con respecto a la Memoria Olfativa, que el reconocimiento inmediato de olores es más deficiente que su equivalente auditivo o visual, aunque una vez establecido no hay pruebas de olvido ni distinción entre Memoria a Corto Plazo y Memoria a Largo Plazo.<sup>3</sup>

De una u otra forma, los modelos modernos de la Memoria coinciden en que se da una breve retención de información dentro del ámbito personal. Los sentidos son el primer relevo para toda la información que llega al sujeto. Y aunque solo se preste atención a algunos estímulos de entrada, se vigilan las otras señales a un nivel bajo; por lo tanto, se puede cambiar la atención si se percibe una cosa particularmente significativa.

Ψ

#### **4. ETAPAS DE LA MEMORIA**

La Memoria se puede dividir por tipos o etapas, en las cuales se deben considerar diferentes fases o estadios:

1. **Retención.** Capacidad de grabar de alguna forma lo que está sucediendo.
2. **Almacenamiento.** Guarda la información
3. **Evocación.** Repetir la información previamente guardada.
4. **Reconocimiento.** Reconocer los datos que se estén recordando, que las experiencias que se están evocando son acontecimientos del pasado.

La mayoría de los psicólogos y teóricos del aprendizaje opinan que hay dos etapas de la Memoria un almacén a corto plazo y un almacén a largo plazo; estas dos entidades fueron propuestas por los psicólogos basándose en que son dos mecanismos de la Memoria cuantitativa y cualitativamente diferentes:

- **MEMORIA A CORTO PLAZO.** Guarda durante breve tiempo la información seleccionada procedente de los registros sensoriales y la somete a procesamiento. También se le llama *Memoria Funcional*, ya que actúa sobre los datos nuevos.

- **MEMORIA A LARGO PLAZO.** Es la parte de la Memoria más o menos permanente y que corresponde a todo cuanto se conoce, en ella la información se encuentra organizada para posteriormente recuperarla fácilmente; su capacidad es ilimitada.

## **A. MEMORIA A CORTO PLAZO**

En ésta etapa de la Memoria la información es sustituida rápidamente por representaciones de nuevos estímulos a menos de que intervenga algún proceso activo, como repasar la información que actualmente esta en la Memoria a Corto Plazo. Un estímulo es representado en la Memoria a Corto Plazo por algún proceso que requiere actividad neural continua; si la actividad persiste suficiente tiempo, causa cambios físicos a largo plazo en las neuronas.

Stenberg (1966), en su método serial o de factores aditivos propone cuatro etapas de procesamiento en la Memoria a Corto Plazo:

- Codificación de estímulos
- Comparación serial o exploración exhaustiva y rápida, en la que los elementos revisados se confrontan con el elemento de sondeo
- Respuesta positiva o negativa
- Organización de la respuesta<sup>83</sup>

Se piensa que la capacidad de la Memoria a Corto Plazo se limita a unos 7 bloques a la vez; la información se puede procesar agrupando por bloques el material en unidades significativas, para de ésta forma procesar mayor cantidad de información, por lo tanto la Memoria a Corto Plazo permite al sujeto realizar más de una tarea a la vez. Su principal función es trabajar como un almacén que guarda temporalmente la información que ingresa, mientras la atención está ocupada.

La Teoría del Decaimiento y la Teoría de la Interferencia, de las cuales se hablará más adelante, son posibles para explicar el funcionamiento de la Memoria a Corto Plazo y de cómo se pierde la información en ésta. Parte de la información puede retenerse de manera indefinida en la Memoria a Corto

Plazo por medio del repaso mecánico. La cantidad de repetición que se da a un objeto no siempre mejora la retención, en particular si el intento de recordar permanentemente el material es escaso o nulo.<sup>59</sup>

La Memoria a Corto Plazo se puede dividir, a su vez, en Memoria Inmediata y Memoria Reciente, las cuales se refieren más al tiempo de retención que al tipo y forma de procesamiento de la información:

a) **Memoria Inmediata.** Consiste en mantener la imagen recordada mediante un esfuerzo consciente que mantiene los circuitos neuronales activos gracias a una repetición continua mental. Aquí la actividad bioeléctrica se mantiene gracias a estímulos del sistema reticular activador que mantiene encendidos los circuitos mientras dura la atención a la imagen que no se quiere olvidar, pero que desaparece en cuanto se desatiende mentalmente al objeto.

b) **Memoria Reciente.** La actividad eléctrica de los mismos circuitos neuronales se mantiene cuando no existe la estimulación a través de los canales de información y tampoco se está atendiendo al objeto. Esto se logra gracias a estímulos provenientes del sistema límbico que mantienen la actividad de los circuitos durante unos minutos.<sup>36</sup>

La Memoria a Corto Plazo tiene un papel importante en el funcionamiento mental general, de modo que no es únicamente un almacén, sino un importante centro de trabajo cognitivo que sirve para retener información tanto en el proceso inicial de registro de la misma, como en la recuperación de la información que se tiene ya almacenada. La función activa de la Memoria a Corto Plazo en el pensamiento, la resolución de problemas y los procesos generales de la Memoria, son los que permiten que también se le llame Memoria de Trabajo.

Ψ

## **B. MEMORIA A LARGO PLAZO**

La información contenida en la Memoria a Largo Plazo se encuentra organizada con referencias cruzadas a manera de un sistema de

clasificación de biblioteca. Si el material es muy conocido es posible almacenar la información palabra por palabra, y recuperarla del mismo modo. Pero por lo regular la información se codifica atendiendo a su significado, ya que las personas suelen recordar el significado de un mensaje verbal (*estructura superficial*), pero no el orden exacto de las palabras (*estructura profunda*).<sup>3</sup>

La información en la Memoria a Corto Plazo se transfiere a la Memoria a Largo Plazo por medio del *repaso elaborativo*, el cual consiste en extraer el significado de la información y después vincularlo a nueva información con la mayor cantidad posible del material presente en la Memoria a Largo Plazo. Cuantos más nexos y asociaciones se logren realizar, mayor probabilidad hay de que la información se pueda recordar posteriormente.

A diferencia de la Memoria a Corto Plazo la Memoria a Largo Plazo no desaparece con el tiempo; sin embargo, no todo lo que se guarda en ella se puede evocar cuando se necesita, y esto se debe a que la información puede estar disponible pero resulta inaccesible, debido a que las *señales de recuperación* son inadecuadas, dichas señales son fragmentos de información que ayudan a recuperar la información almacenada en éste tipo de Memoria. Las señales de recuperación también pueden desencadenar recuerdos sin que se intente deliberadamente recuperar. La información almacenada en la Memoria a Largo Plazo permanece habitualmente en un estado inactivo o latente, y sólo se recuperan fragmentos de información eventualmente ante las demandas ambientales o cuando una determinada tarea así lo exige.

Todo lo que un individuo conoce está guardado en la Memoria a Largo Plazo; el entender el significado de todas las palabras se denomina *Memoria Semántica*, la cual puede asemejarse a un diccionario, su contenido se encuentra protegido de los efectos accidentales de una circunstancia particular. El resto de la información presente en la Memoria a Largo Plazo es de índole personal y específica, esta puede ser como un diario y se denomina *Memoria Episódica*, así pues esta clase de Memoria contiene prácticamente todos los sucesos de la vida del individuo, éste tipo de Memoria se encuentra sometida a los efectos del contexto, al depender del tiempo y del espacio.<sup>36</sup>

En la Memoria a Largo Plazo el aspecto fundamental es el almacenamiento de recuerdos. Se almacenan aquellos recuerdos que tienen una importancia biológica o psicológica según las necesidades o intereses que

están determinados por la motivación. El almacenaje consiste en circuitos de almacenamiento de información formados en el neocórtex mediante consolidación de las sinapsis implicadas. En la Memoria a Largo Plazo el olvido es más lento que en la Memoria a Corto Plazo, pero no es inexistente; aunque se conservan para siempre algunos elementos de información, se olvidan también muchos otros. Mandler (1970) estableció los procesos de la Memoria a Largo Plazo:

- Seriación (organización secuencial)
- Producción de imágenes (núcleo de la técnica mnésica)
- Categorización
- Capacidad para formar imágenes relacionadas<sup>68</sup>

Ψ

La Memoria a Corto Plazo y la Memoria a Largo Plazo son dos entidades estrechamente relacionadas entre sí, pese a sus diferencias funcionales. Varios teóricos, entre ellos Hebb (1949)<sup>41</sup> y Broadbent (1957)<sup>10</sup>, dicen que la Memoria a Corto Plazo debe estudiarse sobre una base diferente de la Memoria a Largo Plazo. Desde el punto de vista de Hebb, la Memoria inmediata es una reflexión de los circuitos neurales reverberantes que ponen en movimiento la energía sensorial recibida, y con los cuales se puede hacer conexión para obtener una evocación inmediata, pero que tienden a disiparse con el tiempo. Por otro lado la Memoria a Largo Plazo es el producto de las conexiones neurales que resultan de la frecuente utilización.

Broadbent opina que el material o información es la energía recibida en un sistema de almacenamiento de Memoria a Corto Plazo, en el cual se hace circular otra vez (se repite) para luego almacenarla en la Memoria a Largo Plazo. Si la atención se enfoca hacia otra cosa, el material original del almacén a corto plazo decae con el tiempo y deja de estar disponible.

De los datos acerca de la Memoria a Corto Plazo y la Memoria a Largo Plazo se resume lo siguiente:

- La información retenida en la Memoria a Corto Plazo procedente de los registros sensoriales, ocasionalmente se pasa a la Memoria a Largo Plazo, por medio del repaso elaborativo.

- En la Memoria a Corto Plazo se combina la información de la entrada sensorial con los conocimientos permanentes del sujeto, ejecutando operaciones de codificación y elaboración de la información.
- La capacidad de la Memoria a Corto Plazo es limitada (aproximadamente 7 bloques de información), la de la Memoria a Largo Plazo resulta ilimitada.
- La Memoria a Corto Plazo tiene una persistencia limitada (pérdida rápida de información en un rango de 15 a 30 segundos).
- En la Memoria a Largo Plazo nunca se pierden sus contenidos, en cambio la Memoria a Corto Plazo es muy vulnerable y esto ocurre frecuentemente.

Ψ



## CAPITULO II

### OLVIDO

*El olvido está lleno de memorias.*  
MARIO BENEDETTI



*El recuerdo es el único paraíso del cual no podemos ser expulsados.*

JEAN PAUL RICHTER

Como ya se mencionó, la Memoria es la capacidad para retener y recordar lo pasado. Esta capacidad es propositiva y tiende a estimular la adaptación con el mínimo esfuerzo, lo que ayuda al individuo a aprovechar su experiencia. La Memoria es influida por el afecto y tiende a modificarse según los intereses y las necesidades emocionales del sujeto. La información recibida y almacenada no solo se transforma, sino que también se pierde; el tiempo entre aprender y el intento por activar la Memoria se llama *intervalo de retención*, toda pérdida que ocurre entre el aprendizaje y la prueba se llama *pérdida de retención* u *Olvido*, el Olvido puede deberse a muchos factores que interactúan.

El Olvido también es en muchas ocasiones propositivo, ya que se puede considerar como el resultado del proceso organizador de la Memoria. Se tienden a olvidar las impresiones sensoriales generalizadas, las subordinadas, las que han llegado a conceptualizarse como un medio de retener mayores acúmulos de información o Memoria, o las condensadas y fundadas que mantienen una Memoria activa, operante y eficiente.

A pesar de esto el Olvido *per se* es una parte normal e incluso sana de la Memoria. La información codificada de manera deficiente puede ser muy difícil de recuperar en la Memoria a Largo Plazo, y se trata de procesos normales del Olvido. Algunas corrientes psicológicas (psicoanálisis, hedonismo) refieren que se olvidan o reprimen los hechos dolorosos o traumáticos para el individuo, y en cambio los acontecimientos agradables perduran en la conciencia indeterminadamente. Pero a veces esto no sucede así, y el Olvido puede

volverse incontrolable y persistente; cuando entorpece los procesos normales de la Memoria y cuando se vuelve incapacitante se dice que es patológico.

Las causas de patología en la Memoria se remontan a un daño cerebral, casi siempre ocasionado por desequilibrios nutricionales, accidentes o traumatismos, alteraciones psicológicas, drogas, alcohol, factores genéticos predisponentes, etc. El Olvido también desempeña una función importante en varios procesos degenerativos como son la Demencia senil y la Enfermedad de Alzheimer. Por todo esto, la Memoria no puede ser considerada en sí misma como una función aislada, sino que está estrecha y complejamente afectada por multitud de mecanismos psicológicos y neuroanatómicos, lo que implica a su vez, que las alteraciones de la Memoria puedan deberse a multitud de causas al ser sólo una parte del sistema cognitivo global.

Las alteraciones mnésicas no suelen ser el único problema que presenta un paciente. Cuando éstas aparecen, normalmente se dan en conjunción con alteraciones de la atención (cuadros confusionales), intelectuales (oligofrenia y demencias), emocionales (depresión, ansiedad, trastornos conversivos) o cuadros psicopatológicos (esquizofrenias).<sup>54</sup> El estudio de los sucesos que pueden alterar la formación del recuerdo ha llevado a establecer y diferenciar las formas más comunes de Olvido o de déficit en la Memoria, estableciendo etiología orgánica y funcional.

Ψ

## **1. ETIOLOGIA ORGANICA**

Con respecto a las amnesias orgánicas, existe una alteración del funcionamiento cerebral, esta disfunción puede ser crónica o transitoria. Las amnesias orgánicas pueden deberse a lesiones corticales o subcorticales. Las de lesiones subcorticales tienen un carácter general e inespecífico, pues afectan de manera global la capacidad de recordar información en cualquier modalidad sensorial. Las de lesiones corticales conllevan una alteración de la modalidad que se proyecta en un punto específico del córtex, produciéndose así una *amnesia modal específica* en la que el paciente mantiene intacta la intención de recordar. También existen lesiones en los lóbulos frontales en los que se observa una *amnesia específica*; que se explica por el papel de las áreas corticales frontales en la planificación de acciones y en la conducta propositiva, por lo que una lesión en las mismas puede impedir que el paciente establezca estrategias para recuperar la información.<sup>24</sup> Las amnesias orgánicas pueden tener diversas causas:

1. Enfermedades crónicas (hipoxia, hipotiroidismo).
2. Enfermedades infecciosas (sífilis, meningitis, tuberculosis, leucoencefalopatía multifocal progresiva).
3. Enfermedades degenerativas (enfermedad de Wilson, Parkinson, Corea de Huntington, demencias tipo Alzheimer y Pick).
4. Accidentes cerebrovasculares (MAV, aneurismas).
5. Traumas craneoencefálicos
6. Toxicomanías (marihuana, alcohol, drogadicción).

La más común y representativa de la amnesias orgánicas se refiere al Síndrome Amnésico:

## **A. SINDROME AMNESICO**

En el DSM-III-R se encuentra clasificado dentro de los trastornos y síndromes mentales orgánicos y establece que:

"La sintomatología de este síndrome consiste en un deterioro de la Memoria a Corto y Largo Plazo que se atribuye a una causa orgánica específica. El diagnóstico no establece si el deterioro de la Memoria se da en un contexto de reducción general de la capacidad para mantener y dirigir la atención o si se encuentra asociado a un deterioro del pensamiento abstracto, la capacidad de juicio y a otras alteraciones de las funciones corticales superiores, o a cambios de la personalidad.

El sujeto es incapaz de adquirir nueva información (déficit de Memoria a Corto Plazo) y de recordar información que aprendió en el pasado (déficit de Memoria a Largo Plazo) Sin embargo, los acontecimientos más remotos son recordados con más facilidad que los recientes.

El deterioro laboral y social es moderado o intenso. El síndrome amnésico puede ser consecuencia de procesos patológicos que provocan lesiones cerebrales en determinadas estructuras diencefálicas y de la porción medial del lóbulo temporal (cuerpos mamilares, fórnix, hipocampo)."<sup>2</sup> (pág. 133)

Ψ

## **2. ETIOLOGIA FUNCIONAL**

Las causas más comunes de Olvido o pérdida de la Memoria, sin un substrato orgánico subyacente, son las siguientes:

### **A. TEORIA DEL DECAIMIENTO**

Decaimiento de la huella significa degeneración espontánea de la huella mnémica. Representa un problema de almacenamiento. Solamente el tiempo, a falta de cualquier otra variable, es suficiente para producir el Olvido; por lo tanto durante la edad el Olvido se hace más evidente. Generalmente entre más largo sea el período de retención que se pide, mayor es el Olvido. Al olvidarse el material después de unos cuantos segundos, cualquiera que sea el tipo de tarea que se haya realizado en el intervalo, la huella se desvanece pasivamente. (Brown, 1950).<sup>12</sup>

El decaimiento de la huella se relaciona con un supuesto abstracto biológico. La consolidación indica que la huella se hace más fuerte con el tiempo, mientras que con el desvanecimiento la fuerza de la huella disminuye con el tiempo. Esta teoría sostiene que la debilitación de la huella es un proceso autónomo e inevitable, siempre que no ocurra nada que pueda cambiar su curso.<sup>38</sup> Tal vez, no es el tiempo en sí lo que es importante, sino lo que sucede durante ese lapso; ya que la interferencia puede ser la causa principal aunque no la única. Es por esto, que la repetición mantiene los mismos elementos en el sistema de procesamiento, bloqueando la entrada de información y evitando el Olvido.

Por lo tanto, aunque es cierto que se produce un deterioro en el recuerdo a medida que transcurre el tiempo, no ha sido posible demostrar que este se debe a un desvanecimiento del trazo de Memoria. El problema interpretativo en la investigación sobre desvanecimiento es la dificultad de aislar el factor tiempo de todo aquello que ocurre durante un intervalo de retención.

Ψ

## B. TEORIA DE LA INTERFERENCIA

La Teoría de la Interferencia es una teoría asociativa, su concepto primitivo básico es la noción del vínculo asociativo (la conexión funcional) que existe entre dos de los elementos, donde los elementos mismos pueden ser ideas, palabras, estímulos y respuestas situacionales o cualquier otra cosa. Según ésta teoría, una asociación se almacena permanentemente una vez que se ha aprendido, y el Olvido se debe a la accesibilidad disminuida, que es una probabilidad menor de recuperación de lo almacenado.<sup>58</sup> En pocas palabras, la información obtenida se confunde con otra información o se desplaza por ella de modo que resulta más difícil de recordar, representando un problema de pérdida de Memoria y recuperación. La interferencia proviene de dos fuentes:

a) **Inhibición Retroactiva.** Se refiere al nuevo material que puede entorpecer al material ya presente en la Memoria a Corto Plazo. Esta funciona principalmente mediante pérdida del almacenamiento, la nueva información interfiere con la anterior y la desplaza a la Memoria a Largo Plazo.

b) **Inhibición Proactiva.** El material viejo presente en la Memoria a Largo Plazo puede interferir con la información de entrada y provoca problemas de recuperación, siendo este el principal rasgo. La antigua información en la Memoria a Largo Plazo hace más difícil recuperar otra información de características similares a ella.<sup>59</sup>

Ψ

## C. AMNESIA PSICOGENA

A fines del siglo XIX el estudio de las amnesias orgánicas, comenzó a recibir mucha atención debido a los nuevos conocimientos neuroanatómicos. Los estudios de Wernicke, Jackson, Korsakoff, etc., favorecían la idea de que la amnesia era una alteración psicológica de origen orgánico. Sin embargo, autores como Freud, Janet y Charcot, pusieron de manifiesto que existían auténticas causas funcionales del Olvido y consecuentemente de las amnesias, en las que los factores emocionales jugaban un importante papel causal. En este tipo de amnesias, se produce una notable dificultad o imposibilidad para recordar hechos sin que exista alguna patología cerebral detectable (causa orgánica). En las amnesias funcionales, a diferencia de lo que en ocasiones sucede en las amnesias orgánicas, el funcionamiento global del individuo (nivel de conciencia, lenguaje, pensamiento, etc.), se mantiene íntegro.

"El origen frecuente de las amnesias funcionales graves suelen ser choques emocionales intensos o sucesos traumáticos. Dentro del marco psicoanalítico se suele emplear el concepto de represión para explicar estos fenómenos"<sup>36</sup> (pág. 522).

Freud (1901) hizo una distinción entre la *Represión primaria* y una segunda fase llamada *Represión propiamente dicha*. La primera consiste en que impide que llegue a la conciencia una elección objetal que nunca ha sido consciente. Las represiones primarias son barreras determinadas innatamente que mantienen permanentemente inconsciente gran parte de los contenidos del Ello. Estas represiones primarias se han formado en la persona como resultado de la experiencia real ante situaciones penosas. La represión propiamente dicha obliga a una idea, percepción o recuerdo peligrosos a salir de la conciencia y erige una barrera contra cualquier forma de descarga motriz. Es decir, se refiere a los derivados mentales de la presentación reprimida del instinto, o a las secuencias del pensamiento como los que teniendo otro origen, han llegado a tener una conexión asociativa con ella.<sup>16</sup>

En *Psicopatología de la Vida Cotidiana* (1901), Freud demuestra que determinados componentes erróneos como el *lapsus* y la *palabra en la boca* no son fortuitos sino consecuencia de mecanismos de defensa, que

impiden que determinados recuerdos desagradables o palabras que los evocan alcancen la conciencia del individuo.<sup>34</sup> El Olvido se debe pues a la represión de las palabras que han sido recuperadas en cadena con ayuda del indicio.<sup>51</sup> El DSM-III-R, indica que éste padecimiento se puede presentar de las siguientes formas:

“En este trastorno hay una incapacidad repentina para recordar informaciones personales importantes sin que exista un trastorno mental orgánico.

El grado de incapacitación varía desde leve hasta muy intenso, según la duración del episodio amnésico, y la importancia de los acontecimientos olvidados para la actividad social del individuo. La alteración no es debida a personalidad múltiple o a un trastorno mental orgánico.”<sup>52</sup> (el subrayado es mío) (pág 326).

Ψ

#### **D. TRASTORNO DE CONVERSION (NEUROSIS HISTERICA)**

Pero en su grado extremo, la represión puede dar origen a la Amnesia histórica. La ansiedad insoportable puede provocar frecuentes deficiencias en las funciones motoras y sensoriales. A pesar de los síntomas (ceguera, amnesia selectiva, parálisis, etc.) el paciente se muestra notablemente tranquilo. La amnesia selectiva y la disociación de ideas pueden aparecer representando mecanismos de evasión. De acuerdo con el DSM-III-R, el trastorno de conversión presenta de la siguiente forma:

“La sintomatología esencial de este trastorno es una alteración o una disfunción somática sugerente de trastorno físico, que parece ser la expresión de un conflicto o necesidad psicológica. Los síntomas no es posible explicarlos a partir de trastornos físicos o de mecanismos patofisiológicos conocidos. Los síntomas de conversión más obvios son los que sugieren una afectación neurológica como parálisis, afonía, ceguera, visión tubular, cefalea, anosmia, amnesia, anestesia, parestesia.

La edad normal de comienzo es la adolescencia o al inicio de la edad adulta, pero los síntomas pueden aparecer por primera vez durante la edad intermedia o incluso en las

últimas décadas de la vida. Incidencia: la mayor parte de los casos se observan en los servicios de neurología y ortopedia.<sup>2</sup> (el subrayado es mío) (pág. 307-309).

Se han sugerido dos mecanismos para explicar lo que obtiene un individuo al padecer un síntoma de conversión. En el primero se obtiene una *ganancia primaria*; por el hecho de mantener fuera de la conciencia un conflicto o una necesidad internas, en estos casos existe una relación temporal entre el estímulo ambiental aparentemente relacionado con el conflicto o necesidad psicológica y la iniciación o exacerbación del síntoma; por lo tanto el síntoma tiene un valor psicológico subyacente.

En el otro mecanismo, el individuo obtiene una *ganancia secundaria*. Como ya se mencionó la alteración predominante es la pérdida o la perturbación de una función física, lo que da lugar a pensar en un trastorno o enfermedad somática. Se considera que los factores psicológicos pueden estar involucrados etiológicamente en el síntoma: existe una relación temporal entre un estímulo ambiental que se encuentra aparentemente relacionado con el conflicto o necesidad psicológica y la iniciación o exacerbación del síntoma; el síntoma permite al individuo obtener un apoyo ambiental que de otra manera no conseguiría.<sup>16</sup>

Ψ

## E. TRASTORNO POR SOMATIZACION

El trastorno por somatización es similar a la neurosis histérica, el diagnóstico diferencial es el siguiente:

"Es muy frecuente la asociación a un estado de ánimo ansioso y deprimido. También puede haber un trastorno histriónico de la personalidad y más raramente un trastorno antisocial de la personalidad. Pueden presentarse alteraciones menstruales, aunque también crisis y síntomas depresivos, cefaleas, dolores abdominales o multitud de síntomas físicos, entre ellos pérdida de la Memoria."<sup>2</sup> (el subrayado es mío) (pág. 313-315).

Ψ



## CAPITULO III

# ENVEJECIMIENTO

*Hoy después de haber disfrutado amores muy grandes, vivo en la más triste y adusta soledad del alma, y mis ojos se llenan de lágrimas cuando peino la nieve de mis cabellos.*  
RAMON DEL VALLE-INCLAN *Sonata de Invierno.*



*Juventud amplia, robusta, voraz.  
Juventud llena de gracia, de fuerza, de fascinación.  
¿Sabes que la vejez puede venir tras de ti con la misma  
gracia, con la misma fuerza, la misma fascinación?  
Cuando la vida declina y todas las pasiones turbulentas se  
apaciguan entonces llegan los días ricos, los más calmos, los  
más felices de todos.*  
PAUL WHITMAN                      *Hojas de hierba.*

Los progresos técnicos y científicos han llevado a un aumento cada vez mayor de la duración promedio de vida; esto implica una mayor probabilidad en la manifestación de las enfermedades propias de las épocas tardías, lo que conlleva un pronóstico en la esperanza de vida más elevado que en otras épocas; por ejemplo, mientras que en 1800, la esperanza de vida era de entre los 30 y 40 años, en la actualidad ésta ha aumentado a más de 65 años; uno de cada 10 sujetos son ancianos y para el próximo siglo probablemente éste número aumente significativamente; por lo que en la actualidad el fenómeno de Envejecimiento ha cobrado gran importancia.

El Envejecimiento es un proceso complejo influido por la herencia, nutrición, enfermedades, nivel socioeconómico y distintos factores personales, culturales y psicológicos; dentro de éstos aspectos el llegar a una definición del mismo es difícil, sin embargo la mayoría de los gerontólogos coinciden en que independientemente de los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados con el Envejecimiento; éste es un proceso irreversible e involuntario, que opera acumulativamente con el paso del tiempo y se manifiesta en diferentes aspectos funcionales.<sup>65</sup>

El proceso de Envejecimiento se inicia desde la juventud y continua inexorablemente a lo largo de la vida. Después de los 30 años se produce una declinación lenta en la capacidad de aprendizaje, así como en las condiciones y habilidades físicas. Pero si se elimina el factor rapidez en las pruebas de inteligencia, las personas mayores se desempeñan casi tan bien como las jóvenes. En aptitudes particulares, muchos individuos que superan los sesenta y hasta los ochenta años pueden sobrepasar a los de su propio sexo y que son jóvenes. Pero, se debe señalar que las personas mayores generalmente se defienden en asuntos que encajan en los hábitos y esquemas establecidos en su mente.<sup>76</sup>

Lo notable respecto del Envejecimiento es la enorme variación entre individuos, en cuanto a su rapidez y curso particular. Hasta en el mismo individuo, muchos de los procesos de Envejecimiento parecen ser bastante independientes entre sí; el sistema nervioso, el sistema respiratorio y el circulatorio pueden deteriorarse en períodos diferentes.

En la consideración de los fenómenos del Envejecimiento se debe incluir una evaluación de la necesidades de la persona de edad de adaptarse tanto física como psicológicamente a un deterioro general del funcionamiento físico y psíquico que puede abarcar todo el organismo o una enfermedad específica de un órgano o conjunto de órganos. Estos cambios físicos conducen a un concepto distinto del Yo y suponen, necesariamente, una estimación diferente de la cantidad y carácter de la energía de que se disponen.

Ψ

## **1. PRESENECTUD**

Pero para poder hablar ampliamente de lo que sucede durante la etapa más avanzada del desarrollo humano, es necesario hablar de lo que sucede en la etapa anterior a ésta: La Presenectud. Ambas etapas conllevan un largo proceso de Envejecimiento de todos los aspectos de la vida de un individuo: psicológico, social y biológico.

La presenectud abarca cronológicamente desde los cincuenta a los sesenta y cinco años aproximadamente. Se caracteriza por la iniciación de una involución tanto de las funciones físicas como de las mentales. En la mujer se inicia con el climaterio y todo lo que él conlleva. En el hombre es la etapa donde alcanza la cima en su vida profesional; paradójicamente también es cuando empieza a sentir más cansancio físico y sus intereses vitales están disminuidos. La vida familiar también cambia, los hijos se casan y poco a poco los padres se van quedando solos. Toda ésta forma de vida empieza a indicar claramente el final de una existencia. El miedo a la muerte se manifiesta en las formas más diversas.

"En la psicología de esta etapa influye decisivamente la forma en que cada uno se enfrenta con su decadencia. La reacción ante el Envejecimiento es específico de cada individuo y depende estrechamente del tipo de personalidad anterior. Unos se niegan a envejecer y pretenden ser eternamente jóvenes; otros se encierran en sí mismos y adoptan una actitud de desconfianza agresiva hacia la sociedad, que ya no les ofrece ningún lugar donde cobijarse. Las manifestaciones psicopatológicas de este

período están teñidas intensamente por toda la temática emocional que despierta el Envejecimiento".<sup>88</sup> (pág. 573).

Un aspecto muy importante de ésta etapa es la jubilación. Tanto hombres como mujeres se enfrentan abruptamente con el hecho de que el papel que desempeñaban en la sociedad y en el que habían albergado gran parte de sus intereses ya no existe, provocando una gran depresión. Sumándose también el deterioro de las funciones mentales que a partir de ésta etapa empieza a ser más evidente; teniendo en cuenta que el deterioro es menor en los individuos más cultivados, manifestándose el deterioro en forma diversa en cada una de las funciones específicas.<sup>88</sup>

Ψ

## **2. FACTORES PSICOLOGICOS**

En la vida existen períodos para hacer diferentes actividades, los cuales frecuentemente tienen raíces en la biología del crecimiento y del Envejecimiento. Existe un rango dentro de cada etapa en el que la misión o el objetivo se pueden llevar a cabo, pero éste es limitado, si la misión no se cumple o se cumple mal se llega a la siguiente etapa con consecuencias negativas. En general, la personalidad de la persona de edad se encuentra caracterizada por una complejidad o diferenciación más grande que la de los jóvenes. Esta diferenciación creciente se explica por la mayor experiencia de las personas de edad y por un mejor dominio de los impulsos.

### **A. PERSPECTIVAS TEORICAS**

Mishara y Reidel (1986) proponen que para que el estudio de la personalidad del anciano sea completo debe abarcar tres tipos de cambios:

- Evolución interna (estados emotivos, pensamiento y concepción de sí).
- Comportamiento externo (respuestas o ausencia de respuestas en las situaciones nuevas y antiguas)

- Ambiente externo (papeles y otras formas de presión).<sup>57</sup>

Algunos autores analizan el Envejecimiento desde diferentes puntos de vista (psicodinámico, psicosocial, etc.); a continuación se presentan los más representativos:

a) **Envejecimiento Satisfactorio de Cummings y Henry.**<sup>22</sup> La mayor parte de los estereotipos acerca de la vejez son negativos, igual que las actitudes de los jóvenes hacia los ancianos. Aunque buena parte de los conflictos y discusiones acerca de la vejez se centran solamente en los problemas relacionados con esta época de la vida, el Envejecimiento satisfactorio y gratificante también es posible. De acuerdo con Cummings y Henry (1961), existen dos teorías que explican el Envejecimiento satisfactorio:

- **Teoría de la Actividad.** Cuanto más activa permanezca la persona, más satisfactoria será su vejez.
- **Teoría de la Desvinculación.** Normalmente el Envejecimiento satisfactorio se caracteriza por un mutuo desvincularse que se produce entre la sociedad y las personas mayores.

Ψ

b) **Síndrome de Reconstrucción Social de Kuypers y Bengton.**<sup>48</sup> Kuypers y Bengton (1973), consideran que la interacción negativa entre el autoconcepto de una persona y el ambiente explican muchos de los problemas del envejecer; ellos proponen el *Síndrome de Reconstrucción Social*, el cual funciona en tres formas principales: 1<sup>a</sup>.- Liberar a las personas mayores de una percepción de status apropiado a la edad, creer que su importancia depende de su productividad, niega de inmediato el valor de la persona jubilada, 2<sup>a</sup>.- Proporcionar a las personas mayores los servicios sociales que necesitan para ayudarlas a enfrentarse a la vida, incluyendo vivienda, transporte y cuidado médico, y 3<sup>a</sup>.- Las personas mayores necesitan tener más control sobre su propia vida.

Por lo tanto la estructura de la personalidad y las pautas de vida que las personas han desarrollado en sus años de juventud siguen

constituyendo los rasgos dominantes de su vejez. Un defecto importante en la calidad de vida en las personas de edad avanzada, es ocasionado por pérdidas comunes en estos años, lo cual disminuye el sentido de control efectivo sobre su propia vida: la muerte de los seres queridos, la pérdida de papeles laborales y la privación sensorial causada por la disminución de las capacidades físicas.

Ψ

**c) Teoría de Erikson acerca del Desarrollo Psicosocial en la Adulthood Media y la Vejez.**<sup>29</sup> Erikson (1963), describió 8 etapas sobre el desarrollo psicosocial, cada una se centra en una necesidad o en una crisis. Las dos últimas etapas cubren los años de Adulthood media y Vejez:

- **Etapa 7: Generatividad vs Estancamiento.** Los individuos se enfrentan con esta crisis hacia los 40 años. Erikson, define la generatividad como una “preocupación por establecer y guiar a las generaciones siguientes”, involucra un periodo de la vida en que existe la necesidad de dar algo de uno a la siguiente generación, para guiarla, quizá ésta es una forma de mantener una continuidad con el viejo mundo.
- **Etapa 8: Integridad del Yo vs Desesperación.** La integridad del Yo constituye la culminación de la resolución triunfante de las siete crisis previas en el desarrollo a lo largo de la vida. De acuerdo a Erikson ello implica “un amor post narcisista del yo humano” (no del ser) como una experiencia que conduce a un ordenamiento del mundo y a un sentido de espiritualidad. El trabajo en esta etapa es la aceptación de uno mismo, los éxitos y fracasos pasados se aceptan por lo que son, existe un fatalismo y aún la muerte se acepta. Las personas exploran su pasado en forma activa, se presta atención a los conflictos no resueltos y se trabaja sobre ellos “la muerte inminente acelera la revisión vital porque queda poco tiempo”. Quien ha fallado al tratar de resolver esta crisis teme desesperadamente a la muerte. La desesperación expresa el sentimiento de que el tiempo es ahora corto para intentar comenzar otra vida y buscar caminos alternativos a la integridad; la autoaceptación es difícil y la desesperación invade un estado del cual muchas personas no pueden escapar.

Ψ

**d) Teoría de Peck acerca del Desarrollo Psicológico en la Adulthood Media y Tardía.**<sup>67</sup> Peck (1955), amplió el análisis de Erikson acerca

del desarrollo psicológico en la Adulthood media y tardía. Destacando las crisis principales que debe resolver el individuo para funcionar psicológicamente en forma saludable.

- ADULTEZ MEDIA. La mediana edad abarca de los 40 a los 65 años. Las crisis que los individuos tienen que resolver en esta etapa, son las siguientes:

- Valor del Conocimiento vs Valoración del Poder Físico. El conocimiento definido como la habilidad para tomar las mejores decisiones en la vida, parece depender en gran parte de la extensión de la experiencia vital y de las oportunidades para encontrar una amplia gama de relaciones y situaciones. Las personas más exitosamente adaptadas, valoran la sabiduría que ahora poseen, más que el conjunto de su fuerza física disminuida, el vigor y el atractivo juvenil.

- Socialización vs Sexualización en las Relaciones Humanas. Las personas redefinen a los hombres y las mujeres en sus vidas, valorándolos más como individuos, como amigos y como compañeros que como objetos sexuales.

- Flexibilidad Emocional vs Empobrecimiento Emocional. Esta es la época, en que con mayor probabilidad, las personas tendrán la experiencia de ruptura en sus relaciones, debido a la muerte de sus progenitores y amistades, así como a la madurez e independencia de los hijos, además puede ocurrir un cambio debido a sus limitaciones físicas.

- Flexibilidad Mental vs Rigidez Mental. Hacia la mediana edad muchas personas han logrado tener un conjunto de respuestas a la vida, pero cuando dejan que tales respuestas ejerzan control sobre ellas, en lugar de continuar buscando otras nuevas, llegan a estancarse en dichas respuestas y a cerrarse a nuevas ideas. Aquellas personas que continúan siendo flexibles emplean sus experiencias y las respuestas que han encontrado como guías provisionales para la solución de nuevas situaciones.

- **ADULTEZ TARDÍA O VEJEZ**

- Diferenciación del Yo vs Preocupación en el Papel Laboral. Después del retiro las personas necesitan redefinir su valía como seres humanos, más allá de su papel laboral. Cuanto mayor éxito en hallar atributos acerca de sí mismos, mayor éxito tendrán en mantener su vitalidad y sentido de autonomía. Necesitan darse cuenta que su yo es más rico y más diversificado que la suma de sus tareas en el trabajo.

- Trascendencia del Cuerpo vs Preocupación por el Cuerpo. Quienes han hecho hincapié en el bienestar físico como eje de la felicidad en la vida, pueden sumirse en la desesperación por cualquier disminución en sus capacidades o por la aparición de malestares corporales. Quienes se centran en la satisfacción de la relación con otros y se dedican a actividades que los lleva a no depender en extremo de su salud, son capaces de superar incomodidades físicas. Una de las metas de la vida puede ser el cultivo de atributos sociales y mentales que logran incrementarse con la edad, más que de cualidades que indican bienestar físico, que con mayor probabilidad disminuyen a medida que pasan los años.

- Trascendencia del Yo vs Preocupación por el Yo. Las personas mayores necesitan asimilar dentro de su realidad que se van a morir. La adaptación satisfactoria a la expectativa de la muerte, puede ser el logro más decisivo de los años de la vejez. La forma en que puede trascender su Yo, del aquí y el ahora para lograr una visión positiva de la certeza de la llegada de su muerte, se logra al darse cuenta de la forma en que han llevado su vida, eso les permitirá tolerar su significado: sus logros, contribuciones a la cultura, las relaciones personales que han formado. Básicamente ha trascendido el Yo contribuyendo a la felicidad o al bienestar de otros.

Ψ

## **B. CAMBIOS DE PERSONALIDAD**

El aparato psíquico a través de las diferentes etapas del desarrollo sufre modificaciones, las cuales no son excluyentes durante el proceso de Envejecimiento. Tanto los jóvenes como las personas de edad utilizan los mecanismos de defensa como medios para afrontar las situaciones difíciles que

se le presentan al Yo, y de ésta forma eliminar la ansiedad que éstas generan. Los principales mecanismos de defensa que Freud señaló son los que se presentan en el cuadro 1, y los cambios que sufren las tres instancias psíquicas en esta etapa son las siguientes:

a) **Ello.** En la vejez, lo mismo que en las demás etapas de la vida no hay ninguna representación directa del Ello. Toda vez que los impulsos que contiene el Ello son intemporales, el proceso de Envejecimiento no los cambia. Lo que cambia son las estructuras psíquicas por medio de las cuales los impulsos alcanzan el estado de conciencia, el aparato físico apropiado para la descarga de los impulsos y la reacción del mundo exterior frente al organismo.<sup>90</sup>

Ψ

b) **Yo.** Los problemas específicos vinculados con la vejez y con los cuales el Yo debe luchar, son los cambios corporales internos y externos, la pérdida de status, etc. Todos los mecanismos de defensa y demás funciones del Yo que durante la juventud tenía a su alcance el individuo para luchar con la tensión, todavía están potencialmente a su disposición; pero las circunstancias de la vida pueden haber variado tanto que el propósito original de un mecanismo de defensa ya no puede alcanzarse.<sup>76</sup>

Si bien es difícil generalizar, las defensas más propias del Envejecimiento parecen ser la regresión, el aislamiento, el encasillamiento y la negación. Existen ciertas pruebas de que algunas otras defensas, como la represión y la proyección, desempeñan en el Envejecimiento normal un papel diferente del que tienen en las primeras etapas del desarrollo. En la vejez es necesario un grado de regresión para mantener el equilibrio homeostático.

"Durante la ancianidad, el individuo puede alterar el equilibrio entre el Ello, el Yo y el medio por la disminución de la represión. Se produce una regresión relativa a fin de que la persona conserve la homeostasis alterada por los cambios en los instintos y en las presiones del medio. En la ancianidad, cuando las aptitudes físicas y psicológicas se resienten, la regresión, como defensa, puede activar formas de adaptación con las que antes se contaba. Si existe una disminución física específica, el Yo se encuentra ante la tarea de hallar una relación libre de conflicto que le sea

aceptable y, en consecuencia, de adaptación <sup>90</sup> (pág. 21-22)

Con respecto al aislamiento como mecanismo de defensa, le permite al individuo mayor, encarar conceptos y afectos que, de otro modo, no podría tolerar. Al parecer, la hipótesis ineludible es que existe una capacidad mayor para aislar lo afectivo. Esta mayor capacidad no se encuentra dentro del control voluntario del individuo y puede extenderse a muchos aspectos de su vida.<sup>13</sup>

MECANISMO	CARACTERISTICAS
• Negación	Negación a aceptar la realidad.
• Fantasía	Logros imaginarios, satisfacción mágica de las necesidades.
• Racionalización	Justificar la conducta con razonamientos.
• Proyección	Ver lo propio en los demás.
• Represión	Evitar que los pensamientos dolorosos o peligrosos entren a la conciencia.
• Formación reactiva	Encubrir un motivo o sentimiento experimentado inconsciente, expresando manifiestamente su opuesto.
• Regresión	Reaccionar a la tensión con conducta inmadura y utilizando hábitos infantiles.
• Identificación	Copiar inconscientemente las características de una persona.
• Compensación	Recuperarse de una inferioridad aparentando superioridad en una forma diferente.
• Sobrecompensación	Intentar ser excelentes en el área más débil.
• Desplazamiento	Encontrar una salida sobre objetos sustitutos para la agresión o la ansiedad.
• Intelectualización	Enfrentarse a una situación dolorosa, buscando justificaciones intelectuales.
• Sublimación	Encontrar salidas cultural y socialmente aceptadas a los los impulsos primitivos.

**CUADRO 1**

El encasillamiento, ayudado por una limitación de la conciencia, desempeña un papel importante en el anciano. Hay ciertos factores que, como la incapacidad física, las alteraciones de la Memoria, la menor capacidad de aprendizaje, etc., mueven al individuo a que abarque una cosa por vez, tanto en lo interior como en lo exterior.<sup>90</sup>

Swartz (1960), indica que la persona de edad parece ser selectiva en el empleo de la negación, en particular contra las fantasías. Si bien con frecuencia se presenta una disminución fisiológica determinada en el funcionamiento sensorial, éste parece ser un proceso selectivo. Muchas personas ancianas parecen ver y oír, por ejemplo, lo que quieren ver y oír. Se ha dicho que este proceso selectivo se halla determinado, además por el Yo, como recurso de aminorar la intensidad y la cantidad de los estímulos exteriores que puedan amenazar el equilibrio psíquico.<sup>84</sup>

Ψ

c) **Superyó.** En la vejez, la reorganización del Superyó, en muchos sentidos empieza como termina; la primera etapa del desarrollo del Superyó se concibe como una identificación global con la figura de los padres; al parecer, este proceso puede invertirse en el anciano, ya que la necesidad de aportes narcisistas directos parece ser el aspecto principal de este retorno a una forma anterior de la relación Yo-ideal.

Aun cuando se empleen principios relativamente abstractos, como el de religión o patriotismo, estos resultan personalizados y no abstractos para la persona de edad.

“La situación del Yo de la persona de edad, minado por el cambio físico y el desmedro, quizá no podría tolerar un Superyó cuya conciencia no estuviese modificada. La adecuada adaptación a la menor capacidad de estar siempre pulcro, bien afeitado o usar cosméticos, exige directamente un aflojamiento de la conciencia. Una conciencia estricta le negaría a la persona sus necesarias dosis de narcisismo en forma de amor y apoyo del mundo exterior.”<sup>80</sup> (pág. 29)

Ψ

### **3. FACTORES BIOLÓGICOS**

Con respecto al aspecto físico el cuerpo humano no permanece en la cumbre de sus poderes por mucho tiempo, una declinación lenta pero continua, es la regla general en los años posteriores al alcance de la eficiencia máxima. A partir de la mediana edad comienza a notarse que los factores biológicos estarán siempre presentes, aunque su desarrollo no será cronológicamente idéntico para cada capacidad ni para cada individuo. Los estudios demuestran que es a los 30 años aproximadamente cuando físicamente se alcanza la plenitud; y es a partir de entonces que se inicia un deterioro progresivo en el aspecto fisiológico. Con frecuencia se dice que el Envejecimiento, es virtualmente, sinónimo de deterioro físico, y entre las opiniones que consideran a la vejez como un proceso que conduce a la muerte, se habla de la tesis de que la gente muere a causa de enfermedades. Y es que ciertamente todo el organismo se ve afectado, los sentidos disminuyen su agudeza: la visión y la audición están en su punto máximo de capacidad funcional alrededor de los 30 años, después la lente del ojo se va endureciendo y el músculo ocular no puede ajustarla bien para ver de cerca.<sup>78</sup>

Gradualmente, los huesos pierden su material orgánico, que es reemplazado por sustancias minerales; se toman quebradizos y sueldan más lentamente luego de una quebradura. Los músculos dorsales se atrofian, se desgastan los discos intervertebrales, los huesos se juntan y todo el cuerpo se encoge; de hecho a los 60 años se mide 2 centímetros menos que a los 30. Hasta la madurez el hombre aumenta de peso paulatinamente, ya que cada 10 años el ritmo del metabolismo disminuye un 3% y los alimentos no quemados se transforman en grasa; pero en la vejez la pérdida de tejido que se va secando supera a los depósitos de grasa y se pierde peso. Las fibras musculares son

reemplazadas por tejido conjuntivo y los músculos de la mano aprietan con menos potencia. Se hace más difícil para el cuerpo regular su temperatura y mantener su equilibrio químico.<sup>65</sup>

Se debilitan los músculos, los pulmones, el corazón, con lo que disminuye la aportación de oxígeno al organismo y, por lo tanto la capacidad de resistencia física. Con el tiempo se va depositando cal y colesterol en las paredes arteriales obstruyendo las vías sanguíneas. El corazón envejecido bombea menos sangre, y si se somete a un esfuerzo físico, su pulso ya no se acelera tanto. El aspecto general refleja el Envejecimiento, la silueta se pone pesada por la gordura, la piel pierde su hidratación y su elasticidad, por lo tanto se arruga; las venas sobresalen, los cabellos encanecen y se hacen escasos. Ahora bien, todas estas modificaciones tienen repercusiones emocionales y son vividas de manera totalmente diferente por las personas que las padecen y que dependerá de la personalidad previa de cada uno y del rol socioeconómico que desempeñe.<sup>77</sup>

Pero tal vez, de todos estos cambios el que más preocupa a la persona que los padece, es el deterioro que va sufriendo el sistema nervioso. En general, el cerebro encoge con la edad, debido a la pérdida de miles de millones de células lo que afecta, sobre todo, a la localización cerebral del sueño, por lo que una persona mayor duerme menos horas que una joven. Por otra parte, aunque las vías nerviosas funcionen satisfactoriamente hasta una edad avanzada, disminuye la capacidad de reaccionar, pues el cerebro tarda más en asimilar la información recibida. Una persona de 70 años tarda 4 segundos más en tener un reflejo que otra de 20.

Selkoe (1992), señala que el estudio de los cambios químicos y estructurales que tipifican el Envejecimiento cerebral en ausencia de enfermedades, muestra que se trata de cambios heterogéneos; no se reduce este a un conjunto de neuronas, sino que también afecta a células de la glía y vasos sanguíneos. Hay subgrupos de células que son más propensas a sufrir daños relacionados con la edad. Asimismo, el momento de aparición de las alteraciones físicas, su combinación y alcance, varían notablemente de una persona a otra, Sin embargo se puede decir que la mayoría de las modificaciones estructurales y químicas se manifiestan entre los cincuenta y sesenta años, y algunas adquieren mayor vigor después de los setenta años.<sup>80</sup>

#### **4. FACTORES SOCIALES**

Mientras los factores biológicos establecen los límites de la longevidad, los factores sociales establecen límites de lo que se puede o no hacer. La sociedad impone restricciones y sanciones que determinan lo que las personas mayores pueden o no pueden realizar, al igual que en todas las etapas de la vida.

Algunos de los problemas a los que se enfrentan las personas cuando llegan a la ancianidad, incluyen: disminución de ingresos, organización de la vivienda, la institucionalización y el retiro. Frecuentemente llegan a ser importantes el orgullo por la propiedad, así como un sentimiento de independencia y una predilección por lo conocido, lo que hace deseable para las personas mayores permanecer donde han vivido en la medida que les sea posible. La mayor parte de las personas no desean vivir en instituciones, con frecuencia consideran que vivir allí es un abierto rechazo por parte de sus hijos.<sup>43</sup>

Otro de los aspectos importantes en el fenómeno de Envejecimiento son el cambio de la estructura poblacional propio de las sociedades desarrolladas, el que se caracteriza por un Envejecimiento de la población, lo que implica importantes cambios en los ámbitos económico, político y social. La transición experimentada por la sociedad actual desde un sistema agrario a uno industrial, y desde un estilo de vida rural a otro urbano, el incremento de la movilidad, los procesos migratorios y otros factores concernientes, tales como el paso de la familia extensa a la familia nuclear y la progresiva reducción de los miembros que la componen, la incorporación de la mujer al trabajo e, incluso las nuevas pautas de nupcialidad-divorcio-nuevas

nupcias, limitan las posibilidades de que se mantenga la convivencia familiar, y por tanto, de la permanencia de las personas de más edad con su familia. En adición a las crecientes dificultades para mantener a la persona mayor en su propio contexto familiar, el desempeño de una vida independiente por su parte también se ve muy restringido, tanto por factores de tipo económico como por otras razones que van desde el propio "Envejecimiento" de las funciones físicas del individuo.<sup>33</sup>

De acuerdo con Buttler (1975), el hacer frente al retiro implica desajustes familiares (abandono de la familia, viudez), emocionales (depresión), sociales (marginación) y económicos (disminución de ingresos). Aquellas personas que pueden anticipar lo que será de su vida después de que dejen de trabajar, y quienes lo planean con anticipación tienden a tener una vida más satisfactoria del retiro.<sup>15</sup>

A medida que incrementa la esperanza de vida, se incrementa también la duración de los matrimonios, el divorcio es poco común entre parejas ancianas. Y entre los problemas principales de la vejez se encuentran el cuidar del cónyuge enfermo y la viudez.

El Envejecimiento en las diferentes culturas, puede constituir una experiencia diferente en cada caso. Las culturas donde la vejez es respetada, permiten que las personas mayores permanezcan activas (realizando trabajos útiles), producen ancianos más felices, independientes y saludables. Por lo que la vejez, no tiene porque ser el punto más bajo del ciclo de la vida. (Roscow, 1971).<sup>74</sup>

Ψ

## **5. NEUROPSICOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO NORMAL**

Por lo general, se utiliza el término *Senectud* para indicar los cambios asociados al Envejecimiento normal y *Senilidad* para aquellos cambios asociados al Envejecimiento patológico. Se ha planteado el hecho de que es posible diferenciar el proceso de Envejecimiento normal de los trastornos cognoscitivos relacionados con la senilidad. Se dice que en el Envejecimiento normal el inicio es insidioso, lentamente progresivo y se asume que el proceso se lleva a cabo a un nivel subcelular sin dar lugar a signos o síntomas inmediatos. Mientras que en el Envejecimiento patológico el inicio es más abrupto y el progreso es acelerado.<sup>65</sup>

Resulta evidente que con la edad se desarrollan cambios significativos en las funciones neuropsicológicas, lo que sugiere una disfunción en los sistemas córtico y subcórticos, que juegan un importante papel en el declive cognitivo durante el Envejecimiento; sin embargo, éste declive no es uniforme en todas las funciones mentales superiores, pues la naturaleza y la magnitud de los cambios ocurridos varía.

### **A. COGNICION**

La habilidad para manejar el conocimiento se mantiene con la edad. Hay decremento en las tareas que requieren inhibición de impulsos, formación de conceptos y fluidez verbal. Reese y Rodeheaver (1985) indican que estas deficiencias se deben a que con la edad se emplean estrategias más primitivas y se presentan perseveraciones. Hay una tendencia general a la

lentificación, limitaciones en la retención de la información a corto plazo y se presentan deficiencias en la ejecución de tareas espaciales y perceptuales.<sup>72</sup>

Ψ

## B. LENTIFICACION

Esta es una de las principales características durante el proceso de Envejecimiento, ya que hay lentificación en tareas intelectuales y físicas (Katzman, 1982).<sup>48</sup> Birren (1974), indica que también hay un enlentecimiento en las respuestas motoras "*bradiquinesia*", y un enlentecimiento en el procesamiento de información sensorial en todas sus modalidades -visual, auditiva, somatosensorial, etc.- Esta lentificación de las actividades motoras se presenta claramente en la mayoría de las personas mayores, siendo aceptada como un factor consecuente del Envejecimiento normal.<sup>8</sup>

La velocidad en el procesamiento decrementa con el paso del tiempo; las personas mayores requieren de más tiempo para evaluar su ambiente, tal lentitud en el procesamiento de información, se refleja en todos los aspectos de la vida cotidiana. (Van Giyro, 1990)<sup>88</sup>

Ψ

## C. MEMORIA

El aprendizaje y la Memoria son dos funciones mentales superiores que se interrelacionan, puesto que cuando se aprende algo se tiene la intención de recordarlo. En general el Envejecimiento normal se asocia con dificultades tanto en el aprendizaje como en la Memoria, o sea, en el Olvido y las limitaciones para adquirir y recordar nueva información.

"En estudios realizados con pruebas neuropsicológicas de laboratorio y mediciones funcionales se ha demostrado que existen diversos aspectos de la Memoria que se afectan diferencialmente; la Memoria inmediata, la evocación de experiencias almacenadas a largo plazo y la habilidad para aprender listas de palabras no relacionadas se mantienen con la edad. A los ancianos les toma más tiempo aprender

una lista de palabras, sin embargo, al ser evaluados retienen la misma cantidad de información que los jóvenes".<sup>43</sup> (pág. 31)

Como en esta etapa de la vida las alteraciones mnésicas son comunes, la demencia debe distinguirse de los olvidos benignos asociados al Envejecimiento. Al envejecer, en el marco del proceso de la Memoria, la Memoria semántica, que permite comprender y expresar el lenguaje se altera poco o nada, así como la fluidez verbal y la Memoria Episódica u autobiográfica. Ocurren cambios neurohistológicos y neuroquímicos que se relacionan con la edad que influyen en las funciones mnésicas: es así que ocurre una disminución para almacenar información nueva y recordarla después de un intervalo de tiempo (Memoria a Corto Plazo). La Memoria para recordar está más afectada que la Memoria para reconocer. Hay dificultad para ejecutar acciones que requieren no sólo de retener información por un lapso de tiempo, sino también de llevar a cabo operaciones mentales sobre esa información o realizar otras tareas simultáneamente (Memoria a Corto Plazo). Existe un mayor problema en la Memoria para material no verbal que en la Memoria para material verbal.

"Las quejas subjetivas de falla de la Memoria aumentan considerablemente al envejecer. Hasta 70% de estas personas se quejan de fallas de Memoria. Sin embargo, apenas la mitad de quienes se quejan manifiestan disminución en sus capacidades funcionales como consecuencia de las fallas de Memoria.."<sup>20</sup> (el subrayado es mío) (pág. 19)

Craik y cols. en 1977, en una investigación sobre el Envejecimiento y la Memoria, dan cuenta de un modelo de la misma que comprende tres etapas: a) Entrada de datos, b) Memoria a Corto Plazo y, c) Memoria a Largo Plazo. Para ellos las pérdidas más importantes de Memoria sobrevenían en la etapa de la entrada de datos o de la fijación de las impresiones sensoriales. En sus conclusiones señalaron que un gran número de parámetros ligados a la Memoria, entre otros el recuerdo libre y la capacidad de reconocer y de emparejar nombres y rastros, se reducen con la edad. Probando que la Memoria disminuye con la edad para todos los parámetros: Entrada de datos, Memoria a Corto Plazo y Memoria a Largo Plazo.<sup>21</sup>

Es importante señalar que durante ésta etapa de vida, hay padecimientos que pueden confundirse con un "Envejecimiento normal", si no son

detectados a tiempo, ya que inician con alteraciones mnésicas que podrán pasar desapercibidas; entre ellos se encuentran:

- **“SÍNDROME DE DETERIORO INTELLECTUAL.** Declinación del funcionamiento cerebral, particularmente de las capacidades para procesar (pensamiento abstracto) y recordar (Memoria).
- **DEMENCIA.** Síndrome que se caracteriza por el deterioro de las funciones cerebrales superiores, en cuyo curso la conciencia permanece clara. Es un proceso progresivo, irreversible que interfiere con el desempeño en las actividades de la vida diaria, laboral y social. Hay un trastorno persistente de la Memoria y de dos o más funciones neuropsicológicas: lenguaje, praxias, gnosis, abstracción, juicio y conceptualización. Suele acompañarse de cambios en la personalidad y en el estado emocional. <sup>20</sup>(pág. 13)

Ψ

#### **D. FUNCIONES VISOESPACIALES**

Las funciones visoespaciales se pueden evaluar con tareas construccionales o con la copia de dibujos. Se ha reportado que con la edad se presenta un decremento importante en todas las funciones visoespaciales. Entre las anomalías más evidentes que se reportan en la ejecución de los ancianos en dibujos se encuentran: la segmentación y la dificultad en el reconocimiento de figuras.<sup>43</sup>

Ψ

#### **E. INTELIGENCIA**

Es evidente que cada una de nuestras capacidades y habilidades, desde que nacemos hasta el final de la vida, tienen un momento de desarrollo, un punto de máxima eficiencia y un momento en que se inicia el declive, éste puede ser gradual y lento, o bien puede ser abrupto. Con respecto a la inteligencia, comprendiéndola como *la capacidad de utilizar los conocimientos adquiridos y adaptarse a las situaciones nuevas*; ésta al igual que

todo el organismo, disminuye gradualmente con la edad a partir aproximadamente de los veinticinco años. Desde una concepción biológica del funcionamiento intelectual se asume que su declive está asociado, exclusivamente, a cambios involutivos en las estructuras, funcionamiento y neuroquímica cerebral. Tales cambios determinan, también el decremento de la adaptación, la plasticidad y la modificabilidad del organismo humano. Labouvie-Vief (1984) señala que:

“La visión del gradual Envejecimiento implica que éste es un proceso intrínseco, algo que no está primariamente influido por exigencias culturales sino por un decremento de la plasticidad biológicamente determinada, cuyo eventual resultado es la muerte.”<sup>49</sup> (Cit. Fernández et al, 1992; pág. 47).

Weschler (1956), con estudios transversales llegó a establecer el déficit en la inteligencia que se sufre con el paso de los años (deterioro de la inteligencia o índice de deterioro) permitiendo llegar a las siguientes conclusiones:

“Tanto desde la investigación transversal como desde la longitudinal, se pone de relieve que en la vejez existe un declive del funcionamiento cognitivo. Los resultados procedentes de investigaciones longitudinales muestran que este declive no se produce sino en edades avanzadas, al final de los 60 años. El declive intelectual no se produce en forma homogénea en las distintas dimensiones intelectuales sino que existen patrones de cambio: Las personas mayores conservan algunas habilidades (verbales relacionadas con inteligencia cristalizada), mientras que se ven afectadas otras (inteligencia fluida).

Parece existir una gran consistencia intraindividual junto a una marcada variabilidad interindividual en el sentido de que existen sujetos que no sufren ningún declive, mientras que otros muestran más amplios y extensos decrementos en su funcionamiento intelectual. Sin embargo en sujetos sanos no parecen darse pérdidas generalizadas”.<sup>50</sup> (Cit. Fernández et al. 1992; pág. 59)

Siendo evidente que con el paso de los años existe un deterioro o decremento de la actividad intelectual, lo que se necesita es establecer cuánto o en qué funciones existe mayor deterioro, ya que no todas las

funciones se deterioran igual; para poder realizar esto, Weschler estableció el *Índice de Deterioro* el cual definió como:

“Toda disminución o pérdida manifiesta de las aptitudes intelectuales. De manera concreta, se considera prueba del deterioro mental cuando el individuo no es ya capaz de proseguir con sus trabajos intelectuales con la rapidez, precisión y eficiencia precedentemente característica de sus funcionamiento intelectual”.<sup>89</sup> (Cit. Fernández et al, 1992; pág. 60)

Existen para Weschler dos clases de deterioro intelectual: aquel que aparece por incremento de la edad (deterioro normal); y aquel que es producto de alguna lesión o disfunción cerebral y que puede ocurrir en cualquier punto de la vida de la persona (deterioro patológico o senilidad), éste deterioro patológico se encuentra asociado a la demencia. Las patologías que conllevan el deterioro intelectual en edades avanzadas de la vida son:

- Patologías orgánicas cuya sintomatología primaria es el deterioro
  - Demencia Senil
  - Delirio (con demencia irreversible)
  - Lesiones Focales Cerebrales
- Otras entidades neuropatológicas con deterioro
  - Enfermedad de Parkinson
  - Enfermedad de Pick
  - Alzheimer
- Patologías neuróticas a las que se les asocia pseudodemencia
  - Depresión
  - Ansiedad
  - Trastornos Conversivos

Es necesario establecer un diagnóstico diferencial para indicar la causa real y diferenciar entre una deficiencia mental real, en la que las funciones intelectuales no llegan a desarrollarse; una deficiencia mental funcional, en la que por trastornos pasajeros y/o de índole emocional, el sujeto no hace un pleno uso de sus capacidades y un proceso de deterioro que es irreversible y progresivo.

Ψ

## **6. PSICOPATOLOGIA**

Cada persona tiene su propia manera de envejecer “*se envejece como se ha vivido*”. Aceptar la nueva situación es la base del *buen envejecer*. La persona que se encuentra en la presenectud o en la senectud debe saber aceptar una serie de pérdidas (trabajo, familia, cónyuge, etc.); sin embargo no todas las personas tienen la misma fuerza, por motivos conscientes o inconscientes, para envejecer. Ey (1969)<sup>30</sup> distingue cuatro reacciones psicológicas típicas negativas ante el Envejecimiento:

- **Depresión.** Es una forma de expresar su tristeza por la pérdida de potencialidades. El no haber alcanzado metas que se había propuesto en la vida le hace más consciente de sus errores anteriores. El futuro le parece incierto y se le ofrece una vida de “viejo” sin perspectivas.
- **Repliegue sobre sí mismo.** Las desilusiones de la vida pueden crearle fuertes resentimientos contra el medio y el sujeto se repliega sobre sí mismo y se entrega a una vida autista en la que rechaza sistemáticamente todo contacto humano.
- **Negarse a envejecer.** Muchas veces los deterioros llenan de angustia al sujeto y tiende a rechazarlos sistemáticamente. Se niega a aceptar su nueva situación de viejo y se dedica a emprender tareas físicas y psíquicas que están muy por encima de sus posibilidades.

- **Revuelta.** Sus profundos sentimientos de frustración le crean actitudes agresivas hacia el mundo exterior en el que aún pretende imponer su voluntad. Es el tipo de vejez que incansablemente critica todo lo relacionado con la juventud.

Las personas de edad viven por lo general en un medio social diferente del de los grupos más jóvenes. Busse y Pfeiffer (1977), indican que del 24 al 28% de las personas de más de 60 años viven solas; éste elevado porcentaje de la población de edad se encuentra en un estado de extrema privación social, cuyas incidencias sobre la salud mental son considerables.

“En general, no son los individuos que poseen una larga experiencia de aislamiento y de soledad los que presentan unas perturbaciones psíquicas durante la vejez, sino quienes ven disminuir la frecuencia de sus relaciones con otros por muy diferentes causas: muerte del cónyuge, de los amigos o parientes próximos, alejamiento de los miembros de la familia, achaques que toman difíciles las visitas y las comunicaciones, problemas económicos y dificultades de transporte que reducen la frecuencia de los contactos.”<sup>14</sup>  
(Cit. Mishara y Riedel, 1986; pág. 159)

La psicopatología de la vejez abarca una gama amplia de los trastornos neuróticos, psicósomáticos, conductuales, psicóticos y orgánicos. Sin embargo, de acuerdo con Gitelson, (1948),<sup>37</sup> la evaluación clínica de esos estados se complica a causa de dos características comunes del Envejecimiento.

- **Reacciones Emocionales.** Tienen lugar durante esta etapa del desarrollo, que tienden a producir un síndrome caracterizado por regresión, formas de conducta hostil y dependiente, e infantilismo. Este síndrome funcional, en cierto modo de depresión y apatía, con frecuencia no es fácilmente discernible de los trastornos orgánicos específicos.
- **Alteraciones de Conducta.** Pueden ser la continuación de una forma de conducta psicopática de toda la vida, o secuela de una perturbación emocional u orgánica del funcionamiento cerebral. Ciertas manifestaciones psicóticas del Envejecimiento se encuentran relacionadas con los cambios orgánicos. La alteración mental o de la conducta de los pacientes que manifiestan

cambios neurológicos focales tienen relación, con más frecuencia, con una lesión específica del cerebro. En las reacciones que tienen una etiología claramente orgánica, la forma que revisten las reacciones psicológicas está determinada por las características subyacentes de la personalidad.

Es indudable que durante el Envejecimiento, se presentan síntomas psicósomáticos de trastornos orgánicos. El problema del diagnóstico es difícil debido a la dificultad para diferenciar un síntoma funcional, o la exacerbación funcional de un estado fisiológico ya existente, de las incapacidades físicas corrientes del Envejecimiento.

Ψ

## A. DEPRESION

La depresión es un tono afectivo de tristeza que puede ir desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo. En el síndrome depresivo menos grave, el paciente está callado, cohibido, inhibido, infeliz, pesimista, se desprecia a sí mismo experimenta una sensación de lasitud, insuficiencia, falta de ánimo y desesperanza. Es incapaz de tomar decisiones y le cuesta trabajo ejecutar actividades mentales que habitualmente no se le dificultaban. Se preocupa exageradamente por problemas personales. Se siente rechazado y sin que nadie lo quiera. Puede llegar a preocuparse a tal grado por sus reflexiones depresivas, que se alteran la atención, la concentración y la Memoria.<sup>47</sup> (el subrayado es mío)

La depresión clínica es el factor psicológico más comúnmente encontrado entre los ancianos, con una prevalencia estimada de entre el 5 y el 15%. Este es el problema psicológico que con más frecuencia se presenta en los ancianos, y por el cual es más probable que se sometan a tratamiento psiquiátrico.<sup>19</sup> Ciertas vicisitudes del Envejecimiento, como la incapacidad física, las privaciones, las pocas perspectivas futuras y los cambios de status, contribuyen a la depresión.

"Si bien la depresión no es en modo alguno parte necesaria del Envejecimiento, los síntomas y las enfermedades depresivas son comunes. Los signos de depresión pasan con frecuencia desapercibidos."<sup>23</sup> (pág. 19).

El hecho de no diferenciar entre cambios psiquiátricos relacionados con enfermedad y manifestaciones del Envejecimiento normal ha dificultado la comprensión de la función mental en los adultos mayores sanos. Se ha demostrado que muchos descensos de la capacidad o del rendimiento atribuidos a la edad -en particular los asociados con la función cognitiva y el comportamiento- reflejan en realidad consecuencias modificables de la enfermedad. Los cambios significativos del funcionamiento intelectual no suelen ignorarse con facilidad, dada la mayor preocupación por la posibilidad de enfermedad de Alzheimer. Pero todavía no se aprecia suficientemente el grado en que la depresión, la ansiedad y otros trastornos psicológicos pueden interferir en la función cognitiva. La pseudodemencia es una forma extrema de dicha interferencia.<sup>23</sup>

Algunos autores han descrito al anciano deprimido como más apático que emotivo. Post (1982) comprobó que las ideas delirantes y nihilistas de los ancianos eran menos típicas de lo que se había creído en principio. Los que presentan estos síntomas están gravemente deprimidos y agitados y tienen ideas delirantes de enfermedad, pobreza y culpa. Post encontró que los deprimidos menos severos, no psicóticos, superaban en número a los deprimidos psicóticos en la edad avanzada, como en otros grupos de edad. Para los deprimidos no psicóticos, la ansiedad, es a menudo, expresada como quejas repetidas sobre sensaciones físicas desagradables, definidas como patológicas o bien como un deterioro de la Memoria. Las quejas de un humor deprimido pueden ser mínimas o estar ausentes.<sup>71</sup> (el subrayado es mío).

a) **Depresión y Memoria.** Existe un gran interés por las alteraciones que la depresión provoca en el funcionamiento y rendimiento cognitivo, especialmente sobre la Memoria. De acuerdo con Salzman y Gutfreund (1986),<sup>78</sup> los pacientes deprimidos presentan las siguientes alteraciones mnésicas:

- Disminución en la adquisición y recuerdo de nueva información
- Incremento del número de errores
- Errores de transposición
- Mal apareamiento
- Inversión del orden estímulo-respuesta
- Menor efectividad en estrategias de codificación
- Alteración en las estrategias de cooperación en la ejecución de la tarea
- Disminución de la atención

Niederehe (1986),<sup>84</sup> indica que para poder explicar la relación entre depresión y Memoria, el interés debe ponerse en el papel de la motivación sobre el recuerdo; Niederehe señala los siguientes tres aspectos:

- La disminución de la Memoria no es el resultado de una limitación estructural, sino el fracaso del individuo en mantener un papel activo en el procesamiento de la información.
- La depresión conduce a una reducción en la autoiniciación de *conductas de Memoria* más que a una incapacidad de completarlas.
- Las personas deprimidas son más cautas en la ejecución de tareas de Memoria, por lo que la precaución adicional, habitualmente manifestada por las personas mayores, puede potenciar un efecto negativo.

Weingartner (1986), destacando el papel de la motivación en la disminución mnésica, concluye que el deterioro cognitivo que se observa en los individuos con depresión responde a un déficit generalizado en el estado motivacional, a la vez que afirma que el deterioro puede ser entendido desde el constructo de *esfuerzo cognitivo contenido*.<sup>88</sup>

Se han señalado dos déficit típicos en las depresiones graves: un déficit general de la Memoria a Corto Plazo y una hipoamnesia para recordar sucesos positivos personales. El déficit en la Memoria a Corto Plazo se debe más a problemas en la fase de registro que en la de recuperación; es posible que esta deficiencia se deba a anhedonia y apatía que caracterizan a los pacientes. Por otra parte, el Olvido selectivo de recuerdos positivos está relacionado con el estado de ánimo.<sup>36</sup> Un detalle clínico de consideración es el de que probablemente las quejas subjetivas de éstos pacientes por la pérdida de Memoria puede que sean bastante mayores que los déficits reales que presentan especialmente en depresiones no severas.<sup>70</sup>

Ψ

## B. ANGSTIA

La angustia es una sensación persistente de terror, aprensión y desastre inminente; constituye una respuesta a la amenaza que surge de profundos y peligrosos impulsos reprimidos dentro de la personalidad, o bien a los sentimientos reprimidos que luchan por hacerse conscientes. La angustia a menudo es desplazada de su fuente original, no reconocida, hacia otra situación que el paciente considera como una causa razonable de aprensión, que despierta inquietud difusa e imprecisa y molesta.

La angustia que se siente y expresa directamente, se conoce como *angustia libremente flotante*. Por otra parte la angustia puede estar encubierta, no existe tensión aparente, ni aprensión molesta, ni sus manifestaciones físicas, ya que los rasgos de personalidad, junto con sus mecanismos mentales desarrollados para disfrazar la angustia son defensas suficientes para prevenir su expresión franca.

La causa más común de ansiedad en la vejez probablemente sea la demencia degenerativa primaria. El reconocimiento precoz de la disfunción cognitiva y de la pérdida de Memoria en individuos con demandas sociales continuas, conduce con frecuencia a la ansiedad generalizada, con episodios periódicos de pánico. Esto contribuye, a su vez, al retraimiento social y al aislamiento. En ocasiones, la ansiedad comunicada por los pacientes es en realidad miedo (posiblemente justificado), el cual puede aparecer en situaciones que amenazan la seguridad.<sup>60</sup> El DSM-III-R indica que un síndrome de ansiedad generalizada se ve caracterizada por los siguientes síntomas.

- Tensión motora (agitación, temblor, imposibilidad de relajarse)
- Hiperactividad autónoma (diaforesis, palpitaciones, sequedad de boca, vahídos, accesos de calor o frío, micción frecuente, diarrea)
- Expectación aprensiva (preocupación o anticipación de desgracias personales)
- Vigilancia y tensión (facilidad para distraerse, falta de concentración, insomnio)<sup>60</sup>

Ψ

## C. CEFALEA TENSIONAL DE DIFÍCIL CONTROL

Se ha dicho que la cefalea es el síntoma más común en el hombre civilizado, casi todas las personas la padecen en algún momento de su vida; sin embargo es poco frecuente que las cefaleas intensas y sobre todo crónicas tengan su origen en un padecimiento orgánico. La cefalea es una sintoma complejo que puede evidenciar un trastorno psicofisiológico, reflejar una alteración emocional o un trastorno psicopatológico, siendo el resultado, en ocasiones, la combinación de éstos aspectos. Pero casi siempre la cefalea crónica representa una incapacidad del individuo para manejar las incertidumbres de la vida, un síntoma que refleja más una alteración subyacente del pensamiento o la conducta, que una enfermedad estructural del Sistema Nervioso Central.<sup>24</sup>

a) Cefalea Psicógena. Es una cefalea que puede ser crónica o de episodios recurrentes, se caracteriza por dolor opresivo, de intensidad moderada o leve, de localización variable, aunque habitualmente bilateral y de predominio fronto-occipital. No presenta síntomas similares a la migraña (debilidad física, náuseas, vómitos, fotofobia, etc.). La sintomatología puede durar meses o años y estar presente durante todo el día.

En la etiología existen factores musculares, vasculares y psicológicos. Con lo que respecta a los factores musculares, la contracción de los músculos pericraneales podría más bien ser una consecuencia de la cefalea tensional y no su causa. Respecto al factor muscular, existe una vasodilatación que representa la fase dolorosa del ataque de cefalea; o en su defecto una vasoconstricción responsable de los fenómenos sensoriales no dolorosos que preceden al dolor. En cuanto a los factores psicológicos, las pequeñas contrariedades diarias parecen ser más importantes que los grandes acontecimientos estresantes. Estos pacientes presentan tendencia para desarrollar actitudes autocríticas, junto a una mayor incidencia de ansiedad, depresión e hipocondría. En un porcentaje significativo de estos pacientes se detecta un abuso en el consumo de sustancias usadas comúnmente en el tratamiento de las cefaleas (ergotaminas, salicilatos, diazepam, etc.).<sup>36</sup>



# CAPITULO IV

## METODO

*En los ojos del joven arde la llama.  
En los del viejo brilla la luz.*  
VICTOR HUGO



**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

*Aún cuando haya visto pasar de largo el tiempo oportuno, el  
hombre suele sentir todavía atracción por el mundo.*  
SOFOCLES. *Edipo Colono*

## **1. JUSTIFICACION**

La Memoria es una función susceptible de ser alterada por diversos factores etiológicos como traumatismos, neoplasias, demencias, enfermedades degenerativas, vasculares, etc.; pero también puede ser involuntariamente alterada por el mismo individuo. Ardila y Ostrosky (1998) indican que durante el Envejecimiento las quejas subjetivas de Memoria aumentan considerablemente sin que exista un deterioro secundario a un padecimiento neuropatológico.<sup>4</sup> Romo Aguilar (1989) especifica que cuando existen siete puntos de diferencia entre Cociente Intelectual y Cociente de Memoria es cuando existe un deterioro real de las funciones mnésicas.<sup>73</sup>

Ψ

## **2. HIPOTESIS DE TRABAJO**

En los pacientes en los que no existe una diferencia significativa entre Cociente Intelectual y Cociente de Memoria, y que refieren tener deterioro mnésico, éste deterioro se debe a factores emocionales y no a un deterioro secundario a un padecimiento neuropatológico orgánico.

### **3. HIPOTESIS ESTADISTICAS**

**A.  $H_0$**  No existe una diferencia estadísticamente significativa entre Cociente Intelectual y Cociente de Memoria.

**B.  $H_1$**  Si existe una diferencia estadísticamente significativa entre Cociente Intelectual y Cociente de Memoria.

$\Psi$

### **4. VARIABLES**

#### **A. VARIABLE INDEPENDIENTE**

Disminución de la Memoria. Síntoma referido por los pacientes y por el cual fueron remitidos al Servicio de Psicología.

Cociente de Memoria obtenido mediante la suma de los subtest de la Escala Clínica de Memoria de Weschler.

#### **B. VARIABLE DEPENDIENTE**

Diferencia significativa entre Cociente Intelectual y Cociente de Memoria. Diferencia obtenida entre el Cociente Intelectual (WAIS) y el Cociente de Memoria (ECMW).

Diferencia significativa siete puntos de diferencia entre el Cociente Intelectual (obtenido con el WAIS) y el Cociente de Memoria (obtenido con la ECMW).

#### **C. VARIABLE ATRIBUTIVA**

Envejecimiento. Proceso irreversible e involuntario, que opera acumulativamente con el paso del tiempo y se manifiesta en diferentes aspectos funcionales.

$\Psi$

## **5. POBLACION**

- 30 pacientes del Hospital Central Sur de Alta Especialidad - Petróleos Mexicanos.
- La edad de los pacientes es de 50 a 80 años.
- Ambos sexos.
- Los pacientes son tanto del interior de la República (foráneos), como del Distrito Federal (locales).

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Síntomas de cefalea tensional de difícil control y disminución importante de la Memoria.
- En los resultados de los estudios electrofisiológicos (electroencefalograma) y de imagen (rayos X, tomografía axial computada e imagen de resonancia magnética) no hubo una alteración orgánica que produjera ambos síntomas.
- Orientación en persona, tiempo y lugar. Valorado durante la entrevista psicológica y posteriormente corroborado con la Escala Clínica de Memoria de Weschler.
- Escolaridad mínima de primaria.

Ψ

## **6. TECNICA DE MUESTREO**

*No probabilístico intencional.*

Se eligió a cada una de las personas que participaron, buscando que cumplieran con los criterios de inclusión que se establecieron.

Ψ

## **7. TIPO DE ESTUDIO**

### *De campo confirmatorio transversal.*

En éste estudio científico, realizado en el H.C.S.A.E. - Pemex, se busca conocer más a fondo el fenómeno de la Memoria relacionada con el Envejecimiento, tomando como base lo descrito por Ardila y Ostrosky (1998) y Romo Aguilar (1988), y los resultados de los estudios realizados por Jiménez et al (1997) y Feldman et al (1995).

Ψ

## **8. DISEÑO**

### *Pre experimental, de una sola muestra y una sola medición.*

Se tomó una sola muestra de personas de 50 a 80, con cefalea tensional de difícil control y disminución de la Memoria, extraída del Servicio de Neurología y Neurocirugía del H.C.S.A.E.- Pemex. A todos se les aplicó una sola medición psicométrica.

Ψ

## **9. INSTRUMENTOS**

A todos los pacientes se les aplicaron las siguientes pruebas, además de la entrevista clínica psicológica.

- Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender
- Escala de Inteligencia Weschler para Adultos - WAIS
- Prueba de Memoria de Weschler
- Prueba de la Figura Humana de Karen Machover
- Prueba de una Persona bajo la lluvia

## **A. TEST GUESTALTICO VISOMOTOR DE LAURETTA BENDER**

Esta prueba se utilizó con el fin de detectar algún daño de tipo orgánico que pudiera estar interfiriendo con el desempeño habitual del paciente, y que éste sea el que provoque los síntomas del paciente: déficit mnésico y cefalea tensional de difícil control. El Test Guestáltico Visomotor fue creado originalmente por Lauretta Bender en 1938, para diagnosticar problemas en la percepción guestáltica. El Test de Bender evalúa:

- Nivel de Maduración en la Percepción Visomotriz
- Nivel Intelectual
- Problemas en el Rendimiento Escolar
- Problemas de Aprendizaje
- Problemas Emocionales
- Disfunción Cerebral Mínima y Retardo Mental
- Lesión Cerebral
- Patología tanto en infantes como en adultos: psicosis, demencias, etc.

Esta prueba fue elaborada basándose en las leyes de la Gestalt que postularon Wertheimer y colaboradores: I) Ley de la Proximidad, II) Ley de la Semejanza, III) Ley de la Continuidad, IV) Ley del Cierre, V) Ley del Destino Común, VI) Ley de la Dominancia y, VII) Ley de la Buena Forma.

Para Bender la Función Guestáltica es:

"Aquella función del organismo integrado por la cual éste responde a una constelación de estímulos dada como un todo, siendo la respuesta misma una constelación, un patrón, una Guestalt. Los procesos integradores del Sistema Nervioso se producen en constelaciones, patrones o gestalten. Esta integración no se da por suma, resta o asociación, sino por diferenciación o por el aumento o disminución de la complejidad interna del patrón en su marco. Lo que parece un organismo integrado nunca responde de otra manera. El escenario total del estímulo y el estado de integración del organismo determinan el patrón de respuesta".<sup>26</sup> (Cit. Díaz et al, 1992; pág. 4-5)

a) **Material.** Está formado por nueve figuras geométricas impresas en negro sobre láminas de cartulina blanca, la primera es la figura A y las demás están numeradas del 1 al 8. Se requieren hojas de papel blanco, liso, tamaño carta. Se requiere un lápiz de punto mediano con goma.

b) **Administración.** Se le dan las siguientes instrucciones. "Aquí tengo nueve tarjetas con dibujos para que los copies. Aquí está el primero. Haz uno igual a éste"; inmediatamente se le coloca frente a él la primer tarjeta "A", y posteriormente la siguiente hasta terminar. La hoja se coloca en posición vertical, si el sujeto la manipula se deja como éste la ponga. Se presentan una a una las tarjetas conforme vaya terminado la ejecución. No hay tiempo límite para concluir.

c) **Análisis Cualitativo.** En pacientes adultos, únicamente se hace una valoración cualitativa. En éste tipo de análisis se pueden observar la características de la reproducción y determinantes que se presentan, para que en base a ellos se realice un diagnóstico. Barragán y colaboradores (1992),<sup>6</sup> mencionan que los indicadores que se evalúan en el análisis cualitativo son:

1. Colocación de los dibujos
  - Metódica
  - Lógica
  - Irregular
  - Caótica
2. Cohesión
  - Expansión
  - Constricción
3. Uso del margen
4. Organización de la figura
  - Reproducción exacta
  - Percepción exacta del todo con inexactitud en los detalles
  - Reproducción exacta de las partes con fallas de integración en el conjunto
5. Tamaño
  - Micrografías
  - Igual al modelo
  - Macrografías
6. Modificación de la gestalt
  - Angulación

- Dificultad en el cierre
  - Modificación de la curvatura
7. Distorsiones de la gestalt
- Sobreposición
  - Rotación (leve, moderada, severa)
  - Fragmentación
  - Regresión
  - Perseveración (tipo A, tipo B)
  - Condensación o simplificación
  - Elaboración
  - Colisión

Ψ

## B. ESCALA DE INTELIGENCIA WESCHLER PARA ADULTOS (WAIS)

Esta prueba se utilizó para obtener el Cociente de Inteligencia y compararlo con el Cociente de Memoria, y obtener el Índice de Deterioro y compararlo con los parámetros normales de deterioro intelectual en el Envejecimiento.

a) **Administración.** Su forma de aplicación es individual. En caso de deficiencia mental, no se sigue este procedimiento; en este caso no se aplicarán todos los reactivos. Se deben hacer observaciones respecto al desempeño del sujeto en los subtets; así como aclarar respuestas confusas.

b) **Calificación.** Se califican los reactivos conforme al manual, para obtener el puntaje crudo. Una vez que se tienen las puntuaciones en bruto de cada subtest, se convierten en puntuaciones normalizadas utilizando la tabla de puntuaciones estandarizadas que aparecen en la hoja inicial del protocolo de aplicación. Empleando estas puntuaciones se hace el dispersigrama uniendo los puntos de cada subtest, para comparar las puntuaciones cuantitativa y cualitativamente. Se suman las puntuaciones normalizadas de los seis subtests verbales para tener un puntaje verbal; las cinco de los de ejecución, originando un puntaje de ejecución.

c) **Análisis Cuantitativo.** De acuerdo con Weschler, la clasificación del CI Total es:

PUNTAJES		CLASIFICACION
130	más	MUY SUPERIOR
120	129	SUPERIOR
110	119	NORMAL BRILLANTE
90	109	NORMAL
80	89	NORMAL TORPE O SUBNORMAL
70	79	LIMITROFE
50	69	DEFICIENTE MENTAL SUPERFICIAL
30	49	DEFICIENTE MENTAL MEDIO
29	menos	DEFICIENTE MENTAL PROFUNDO

**CUADRO 2**

d) **Interpretación del Índice de Deterioro.** El ritmo normal con que avanza el deterioro de las funciones intelectuales se puede apreciar en la siguiente tabla:<sup>7</sup>

EDADES	% DETERIORO
20 - 24	0 %
25 - 29	1 %
30 - 34	3 %
35 - 39	5 %
40 - 44	8 %
45 - 49	11 %
50 - 54	14 %
55 - 59	16 %
60 - 64	18 %
65 - 69	20 %

**CUADRO 3**

Weschler elaboró una serie de tablas normalizadas para cada rango de edad, en las que se toma el deterioro esperado, de manera que el puntaje pesado de 10, representa el promedio para ese rango de edad. Estas tablas aparecen en los apéndices que se anexan al final. Estas tablas NO deben usarse para la obtención del Cociente Intelectual. Para este fin, se localiza en las tablas el apéndice, aquella que corresponde al rango de edad del sujeto; y se

toman los puntajes crudos de cada subtest, se buscan en las columnas correspondientes los puntajes normalizados para este rango de edad, y se registran en la tercera columna del protocolo, inscribiéndolos entre paréntesis para evitar confusiones. No todas las funciones intelectuales sufren igualmente con el paso del tiempo. Hay funciones más vulnerables y otras más sólidas, de manera que se pueden clasificar en dos grupos, que abarcan los siguientes subtests.

**MANTENIDAS**

Información  
Comprensión  
Vocabulario  
Figuras Incompletas  
Ensamble de Objetos

**NO MANTENIDAS**

Retención de Dígitos  
Semejanzas  
Aritmética  
Ordenamiento de dibujos  
Símbolos y Dígitos  
Diseño con cubos

El deterioro es apreciable en mayor grado en los subtests que no se mantienen. Si éstos últimos se encuentran disminuidos con relación a los subtests mantenidos se puede hablar de deterioro. De esto se desprende la siguiente fórmula:

$$I.D. = \frac{M - 5/6NM}{M} (100)$$

Dado que los mantenidos son 5 subtests y los no mantenidos son 6, es necesario hacer el prorrato en el puntaje de los mantenidos. Después de obtenido el resultado de la fórmula, se resta el deterioro esperado por edad, para adecuar al sujeto a su grupo de edad, de ésta forma se obtiene el Índice de Deterioro real del sujeto. El Índice de Deterioro indica la desviación en porcentaje del rendimiento del sujeto en relación con personas en su mismo rango de edad y se considera:

- |                 |   |                            |
|-----------------|---|----------------------------|
| 0 %             | = | NO HAY DETERIORO           |
| 1 % a 10 %      | = | SOSPECHOSO                 |
| 11% a 20 %      | = | CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO |
| 21% en adelante | = | PATOLOGICO <sup>7</sup>    |

Ψ

## **C. ESCALA CLINICA DE MEMORIA DE WESCHLER**

Esta prueba se utilizó para detectar orientación en las tres esferas (subtests 1 y 2) y para obtener el Cociente de Memoria y compararlo con el Cociente Intelectual Total. Romo Aguilar (1989), realizó una estandarización de ésta prueba en población mexicana en el Instituto de Neurología y Neurocirugía, donde señala que la diferencia de siete puntos entre Cociente Intelectual y Cociente de Memoria se va a tomar como diferencia significativa de deterioro mnésico, el cual puede deberse a un substrato orgánico.<sup>73</sup> La Escala Clínica de Memoria de Weschler, está formada por siete subtests:

- **INFORMACION PERSONAL E INFORMACION GENERAL.** Reconocimiento de persona, espacio y tiempo. Mide Memoria reciente y orientación. Es de conocimientos generales adecuados a la instrucción del sujeto. Mide Memoria remota (personal y conceptual). Comprende 6 preguntas sencillas. En la calificación se da un punto por cada respuesta correcta.
- **ORIENTACION INMEDIATA.** Está formada por 5 preguntas sencillas. Se incluyó por razones similares al anterior, ya que discrimina poco entre sujetos normales y sujetos con déficit leve. En la calificación se da un punto por cada respuesta correcta.
- **CONTROL MENTAL.** Evocación automatizada (material aprendido por rutina que perdura en la vida adulta, recordándose sin pensar y sin esfuerzo, siendo los hábitos verbales más precederos). El déficit indica daño cerebral en pacientes no afásicos o no agudos, quienes pueden tener disturbios de atención o fluctuaciones de conciencia. Mide control voluntario de evocación automatizado. En la calificación se dan 2 puntos por respuesta correcta dentro del límite de tiempo, un punto si hubo un error dentro del tiempo límite. Un punto adicional si no hay error en 10" (20" para el reactivo 3).
- **MEMORIA LOGICA.** Recuerdos de episodios leídos por el examinador. Mide Memoria a Corto Plazo de material lógico. Los nombres propios y cifras deben ser exactos, para los otros elementos es suficiente con que se dé la idea. En la calificación se da un punto por cada idea correcta del texto. El puntaje final es :

$$\frac{A + B}{2} = \% \text{ Memoria l\u00f3gica}$$

- **MEMORIA DE CIFRAS.** Repetic\u00f3n de n\u00fameros en progresi\u00f3n y retroceso. Mide Memoria inmediata (volumen de registro). Las series son las mismas que las de WAIS, y la forma de administraci\u00f3n y calificaci\u00f3n es igual.
- **DISE\u00d1O DE DIBUJOS.** Recuerdo inmediato de figuras geom\u00e9tricas 5" figuras A y B, 7" figuras C y D. Mide reproducci\u00f3n visual. El sujeto traza de Memoria figuras geom\u00e9tricas sencillas que ha observado por 10". En la calificaci\u00f3n se punt\u00faa de acuerdo a la realizaci\u00f3n correcta, atendiendo a diferentes aspectos del dibujo: forma, proporci\u00f3n, distribuci\u00f3n, etc.
- **PAREJAS DE PALABRAS.** Prueba de pares asociados. Mide Memoria asociativa y auditiva, y aprendizaje de parejas de palabras. Se compone de 10 parejas de palabras, 6 con asociaci\u00f3n directa y 4 que no guardan relaci\u00f3n. Las palabras se dan con un ritmo de 2" entre cada pareja, y al terminar la lista se da un intervalo de 5" y se registra el recuerdo. Se dan 5" para responder a cada par asociado. Despu\u00e9s de completar la primera serie, se da un intervalo de 10" y se procede a la segunda presentaci\u00f3n, siguiendo el mismo procedimiento de la primera serie. En la calificaci\u00f3n se da un punto por cada respuesta correcta dentro de los 5", la calificaci\u00f3n total es:

$$\frac{E + D}{2} = \% \text{ MCP y aprendizaje}$$

En \u00e9sta prueba se pueden identificar por lo menos 6 tipos de

Memoria:

1. Inmediata: Subtests IV, V, VI y VII
2. Verbal: Subtests I y IV
3. Visual: Subtest VII
4. Asociativa: Subtest VII
5. L\u00f3gica: Subtest III
6. Auditiva: Subtests II, VII

Ψ

## **D. PRUEBA DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER**

Karen Machover, elaboró en 1949, la técnica del dibujo de la Figura Humana para la exploración de la personalidad de sujetos de cualquier edad, estado mental, educación y medio cultural, lo cual le permitió investigar la influencia de la cultura y del desarrollo, mediante la determinación de la imagen corporal normal y de sus desviaciones normales y patológicas, así como también examinar al individuo a través de la expresión gráfica de sus rasgos, actitudes y conflictos.<sup>55</sup>

Su estudio parte de la hipótesis, de que siendo el cuerpo la referencia básica y concreta del Yo, la proyección de la imagen corporal sirve de vehículo natural de expresión de las necesidades y conflictos del cuerpo del que lo dibuje, estando de esta forma, relacionada la figura con el que la dibuja, la cual implica la auto proyección de la personalidad. Por lo tanto, sustenta que la Figura Humana representa a la persona y que la hoja en blanco representa al ambiente.<sup>39</sup>

Ψ

## **E. PRUEBA DE UNA PERSONA BAJO LA LLUVIA**

El procedimiento del dibujo de una Persona Bajo la Lluvia intenta lograr un retrato de la imagen corporal bajo condiciones desagradables de tensión ambiental representadas por la lluvia; suele ser de gran utilidad cuando los resultados son comparados con los dibujos de una persona bajo condiciones normales o comunes, por ejemplo el Machover. En situaciones de tensión ambiental (representadas por la lluvia), el examinado tiende a valerse de diferentes mecanismos defensivos para de esta forma enfrentar la presión ambiental.

Es necesario hacer notar que la prueba del dibujo de una Persona Bajo la Lluvia, es una variación de la prueba de la figura humana o Machover, por lo que su fundamentación se apoya en los mismos principios en que se basa dicha prueba y siendo las dos, pruebas proyectivas se fundamentan en la Teoría Psicoanalítica.

a) **Administración.** La administración de la prueba de la Figura Humana de Machover y la prueba de la Persona Bajo la Lluvia es similar; en ambas consiste en dar al sujeto un lápiz, una goma y hojas de papel blanco tamaño carta.

En la prueba de la Figura Humana de Machover se le pide al sujeto dibujar primero una persona completa y posteriormente escribir una historia acerca de la persona dibujada, una vez terminado el primer dibujo se le pide dibujar en otra hoja una persona del sexo opuesto a la primera que dibujó y posteriormente escribir una historia acerca de la persona dibujada. En la prueba de la Persona Bajo la Lluvia se le pide al sujeto dibujar únicamente una Persona Bajo la Lluvia, sin escribir una historia. Si el dibujo lo termina sin presencia de lluvia, se le pregunta por ella, se anota su verbalización y se le pide dibujarla.<sup>68</sup>

b) **Interpretación.** En el análisis formal de los dibujos, la primera impresión en gran medida está determinada por la actitud y postura de la figura, a la que contribuye considerablemente la expresión de la cara. El trazo y la intensidad de los detalles accesorios. Los conflictos se expresan de diferentes formas; algunos sujetos se muestran reacios a dibujar y otros dibujan solamente algunas partes del cuerpo. Se observa de forma más directa y consciente el conflicto manifestado en la intensificación revelada por tachaduras, borrones, refuerzos de líneas y omisiones. A un nivel más profundo el conflicto se representa en sombreados y esfumaciones, los cuales son indicios de ansiedad. Por otro lado la lluvia representa simbólicamente la intensidad de stress y la amenaza del medio ambiente percibida por el sujeto (angustia).

Como rasgos estructurales se cuenta con el tamaño de la figura, intensidad del trazo, detalle, acabado, simetría, presencia de un eje central, perspectiva, proporciones, sombreados, refuerzos, tachaduras, borrones, colocación de la figura en el papel, tema del dibujo, posición o actitud de la figura, exactitud, fondo, etc. También es importante el contenido del dibujo, en el cual están contenidas todas y cada una de las partes del cuerpo, vestido, accesorios, etc., que son interpretados en cuestión de funcionalidad, así como también es importante la expresión facial y el tono postural de la figura.<sup>39</sup>

c) **Indicadores de la Persona Bajo la Lluvia de mecanismos defensivos inadecuados.**<sup>87</sup> Los siguientes índices detectan la presencia de mecanismos defensivos inadecuados (califican rasgos gráficos

corporales y utensilios defensivos inadecuados), en diferentes reacciones de sujetos ante situaciones de stress o ansiedad.

1. SE OBSERVA LA FIGURA SIN UTENSILIOS (O CON ALGUNA SEMBLANZA DE ELLOS) PARA PROTEGERSE; LO QUE PERMITE EL CONTACTO DEL CUERPO CON LA LLUVIA. Deficiencia de recursos defensivos que le impiden un funcionamiento adecuado para enfrentarse al medio ambiente amenazante.
2. GRAN CANTIDAD DE LLUVIA Y OTROS METEOROS (RAYOS, HURACÁN, NUBES CARGADAS, ETC.), Y LA FIGURA SIN PROTECCIÓN. El sujeto experimenta gran cantidad de stress, angustia o amenaza, su estructura defensiva es débil, lo cual no le permite protegerse de la amenaza, angustia o stress.
3. REPRESENTACIÓN DE LLUVIA Y FIGURA BAJO TECHO. Dependencia, lo cual le permite enfrentar su ambiente, el que percibe como amenazante.
4. UTENSILIOS PARA PROTEGERSE DE LA LLUVIA, INADECUADOS EN SU FORMA (EJ. EN FORMA DE HACHA). Está en relación con un funcionamiento inadecuado, desfavorables para un buen funcionamiento y adaptación al ambiente. Paraguas en forma de hacha: sentimientos de castración, angustia y culpabilidad.
5. PARAGUAS O SOMBRERO A BAJO NIVEL, LO CUAL IMPIDE OBSERVAR LA CARA O PARTE DE ÉSTA (OJOS, NARIZ, BOCA, ETC.). Evasión, aislamiento y fuga a la fantasía.
6. CABEZA EN DESPROPORCIÓN AL TAMAÑO DEL TRONCO: MUY GRANDE O CHICA. Supone un adecuado concepto del sujeto, e inadaptación en sus relaciones sociales.
7. OMISIÓN DE CABEZA. Fuga a la fantasía ante la incapacidad o adaptación.
8. OMISIÓN DE CUELLO. Sujetos que tienen conciencia de la escisión de su personalidad. Regresión.
9. OMISIÓN DE OJOS. Coartación del contacto con la realidad; fuga a la fantasía, negación, regresión.
10. DISTORSIÓN DE LOS OJOS: ÉNFASIS, PENETRANTES, VACÍOS, CERRADOS, MUY GRANDES Y OSCUROS. Desconfianza del sujeto, agresión, evasión, aislamiento; fallas en el contacto con el mundo exterior y sentimiento narcisístico.

11. **DISTORSIÓN DE LA BOCA:** CÓNCAVA U ORALMENTE RECEPTIVA, DELIMITADA CON UNA LÍNEA RECTA O TORNADA HACIA ARRIBA, ÉNFASIS EN LA BOCA MOSTRANDO DIENTES. Dependencia, inseguridad, tensión; regresión y negación.
12. **OMISIÓN DE BOCA.** Incapacidad para establecer adecuados contactos interpersonales; negación y represión.
13. **DISTORSIÓN DE OREJAS:** MUY GRANDES, REFORZAMIENTO O TRANSPARENCIA A TRAVÉS DEL CABELLO. Proyección como forma de adaptación al medio.
14. **DISTORSIÓN DEL TRONCO:** EN FORMA DE TRIÁNGULO, CÍRCULO, CUADRADO O CON UNA SOLA LÍNEA. Autoestima primitiva, regresión y represión.
15. **OMISIÓN DEL TRONCO.** Mecanismos regresivos de adaptación, por la inaceptación de su imagen corporal.
16. **DISTORSIÓN DE BRAZOS:** DEMASIADO LARGOS O CORTOS, Y/O TRAZADOS EN UNA SOLA LÍNEA. Inadecuado control social, baja autoestima y fuga a la fantasía.
17. **OMISIÓN DE BRAZOS.** Falta de contacto social, inaceptación del medio, fuga a la fantasía.
18. **MANOS OCULTAS.** Deficiencia en los contactos sociales, falta de confianza y actos asociales; represión y proyección.
19. **OMISIÓN DE MANOS.** Inadecuado contacto social, dificultad para relacionarse, improductividad; evasión.
20. **DISTORSIÓN DE LAS PIERNAS:** MUY GRANDES O PEQUEÑAS Y/O INCOMPLETAS. Grandes: inseguridad personal; pequeñas: trastorno en el desarrollo; incompletas gran inseguridad; represión.
21. **OMISIÓN DE PIERNAS.** Desintegración corporal, inseguridad, evasión y negación.
22. **OMISIÓN DE PIES.** Inseguridad y tendencia a la fantasía y aislamiento.
23. **TRAZO REFORZADO.** Temor a la despersonalización, falta de confianza en sí mismo, dificultades con la autoaceptación y con el medio ambiente, represión.
24. **TRAZO DÉBIL O TENUE.** Inseguridad y poca energía.

25. TRAZO TEMBLOROSO. Ansiedad, temor e inseguridad.
26. TRAZO CORTADO. Inseguridad y ansiedad.
27. DISTORSIÓN DEL TAMAÑO DE LA FIGURA: MAYOR DE 21 CMS. DE LARGO. Falta y fantástica autoestima como compensación de inseguridad.
28. FIGURA DESNUDA, DESTACÁNDOSE ÓRGANOS GENITALES. Perturbación sexual y/o exhibicionismo (esquizofrénicos, esquizoides); regresión, mecanismo antifóbico y aislamiento.
29. VESTIMENTA EN DESACUERDO CON EL SEXO DIBUJADO. Inaceptación del rol sexual; desplazamiento, formación reactiva, introyección, identificación y racionalización.
30. VESTIMENTA CON PRESENCIA EXAGERADA DE ADORNOS (BOTONES, BOLSAS, MOÑOS, ETC.). Dependencia y rasgos obsesivos compulsivos; desplazamiento, anulación, regresión y racionalización.
31. OMISIÓN DE VESTIMENTA. Exhibicionismo; formación reactiva, proyección, regresión e intelectualización.
32. SEXO DEL DIBUJO EN DESACUERDO CON EL SEXO DEL DIBUJANTE. Inadecuada aceptación psicosexual y con ansiedad proyectada hacia esa figura: proyección e introyección.
33. FIGURA RÍGIDA. Represión, negación, introyección y evasión.
34. FIGURA DANDO LA SENSACIÓN DE ELEVARSE CON EL PARAGUAS O SIN ÉL. Falta de contacto con la realidad, necesidad de apoyo; represión, evasión, proyección y fuga a la fantasía.
35. FIGURA INCLINADA. Necesidad de apoyo e inseguridad; regresión y racionalización.
36. FIGURA INMERSA EN UN CHARCO DE AGUA. Incapacidad para solucionar problemas; represión, negación, regresión.
37. DOS SILUETAS EN EL MISMO DIBUJO, UNA PROTEGIÉNDOSE Y LA OTRA NO. Conflicto disociativo de personalidad, conflicto con el Yo ideal y el Yo real, inseguridad, regresión, proyección, aislamiento.
38. SOMBREADO. Ansiedad, represión, negación, proyección.

39. TRANSPARENCIAS. Ansiedad y probable daño orgánico.
40. BORRADURAS NOTORIAS. Ansiedad, impulsividad, inseguridad.
41. LÍNEA DE SUELO. Inseguridad y necesidad de apoyo.

Ψ

## **10. PROCEDIMIENTO**

Los pacientes acudieron a la Consulta Externa del Servicio de Neurología y Neurocirugía reportando Cefalea Tensional de Difícil Control y Disminución de la Memoria. En ese Servicio se les realizaron estudios eléctricos (EEG) y de imagen (TAC, IRM) buscando un daño orgánico que explicará los padecimientos, además de la exploración médica rutinaria. Al no encontrar ningún dato fueron canalizados al Servicio de Psicología; en donde se seleccionó a cada uno de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión para el presente trabajo. El estudio completo de los pacientes se llevó a cabo durante dos días. Durante el primer día los pacientes fueron sometidos a la Entrevista Clínica Psicológica, la aplicación del Test de Bender, los subtest de la escala verbal del WAIS y una prueba grafoproyectiva. Al día siguiente se completó el estudio psicométrico: los subtest de la escala ejecutiva del WAIS, la Escala de Memoria y una prueba grafoproyectiva.

El estudio se realizó en dos días debido a que algunos de ellos son pacientes foráneos (del interior de la República), y la empresa no permite que estén en el D.F. más tiempo, sin contar que también acuden a consulta de otros servicios.

Ψ



# CAPITULO V

## RESULTADOS

*Al desarrollar la memoria a partir de la asociación nunca se debe olvidar que cada proceso memorial concreto no es de ningún modo un proceso simple, sino que está compuesto de gran número de procesos elementales.*

WILHELM WUNDT



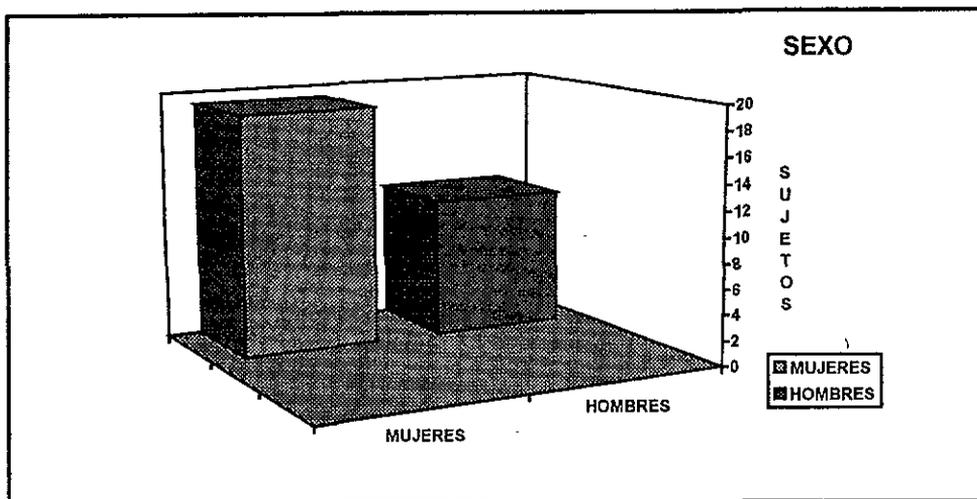
*Debería quedar claro que las personas claves en el problema del Envejecimiento social no son las personas mayores, sino los grupos de edad más joven, porque somos el resto de nosotros quienes determinamos el status y la posición de tales personas en el orden social.*

R.S. JAIME VILLASEÑOR

## **1. DESCRIPCION DE LA MUESTRA**

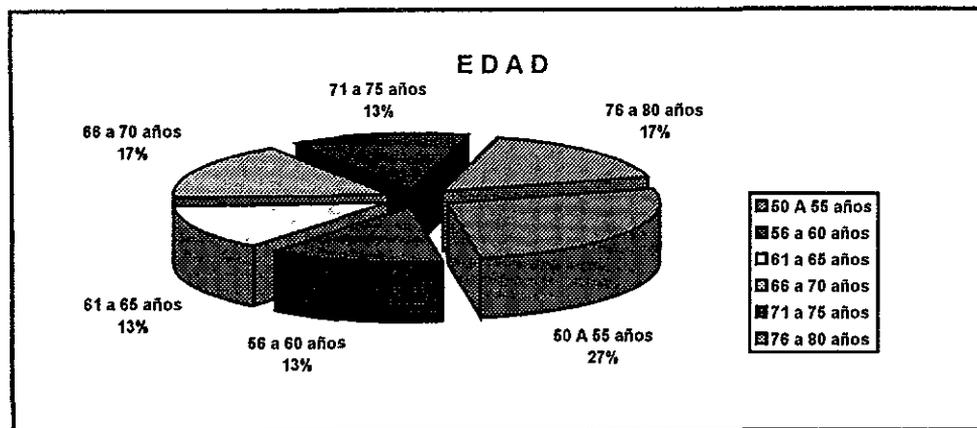
Fueron 30 pacientes del Hospital Central Sur de Alta Especialidad - Pemex, que acudieron a la Consulta Externa del Servicio de Neurología y Neurocirugía, reportando como síntomas Cefalea Tensional de Difícil Control y Disminución de la Memoria. En los estudios electrofisiológicos (EEG) y de imagen (IRM, TAC, RX) no se encontraron datos que explicaran ambos síntomas, por lo que fueron canalizados al Servicio de Psicología de dicho hospital. Los datos obtenidos de los pacientes se muestran en las siguientes gráficas.

La Gráfica 1, indica que dentro de la muestra seleccionada para el estudio, fueron diecinueve mujeres (63.33%) y once hombres (36.66%).



GRAFICA 1

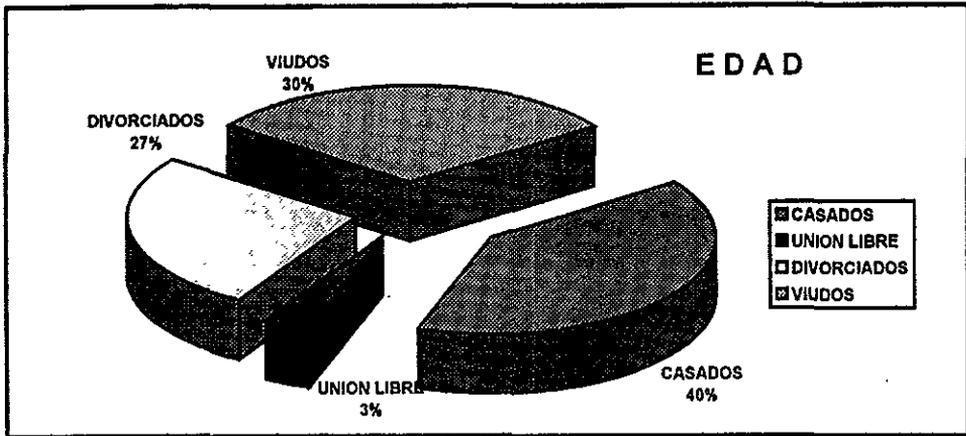
Ψ



GRAFICA 2

La Gráfica 2 muestra la distribución de las edades, el sujeto de menor edad es de 50 años y el mayor de 80. El promedio de edad fue de 63.6 años.

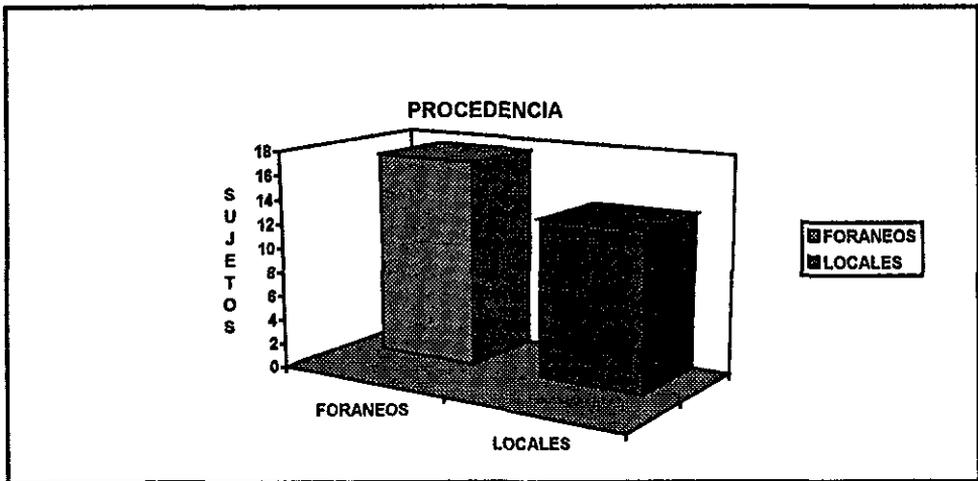
Ψ



**GRAFICA 3**

La Gráfica 3 muestra el estado civil de los sujetos de la muestra, se encontró que la mayoría de los sujetos son casados, formando el 40% del total; aunque también los sujetos cuyo estado civil es la viudez forman una parte importante de la muestra 30%.

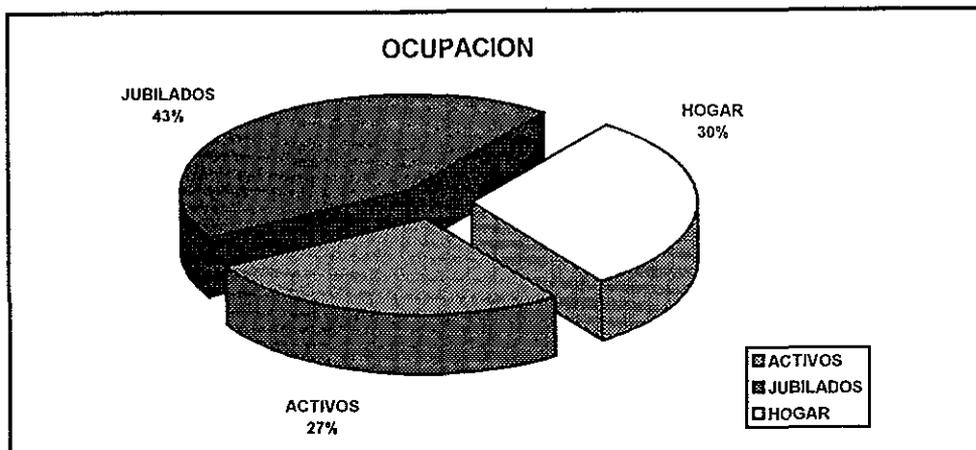
Ψ



**GRAFICA 4**

La procedencia de los pacientes se muestra en la Gráfica 4; de los treinta pacientes diecinueve de ellos son del interior de la República Mexicana (foráneos) 56.66% y el resto 13 son del Distrito Federal (locales) 43.33%.

Ψ

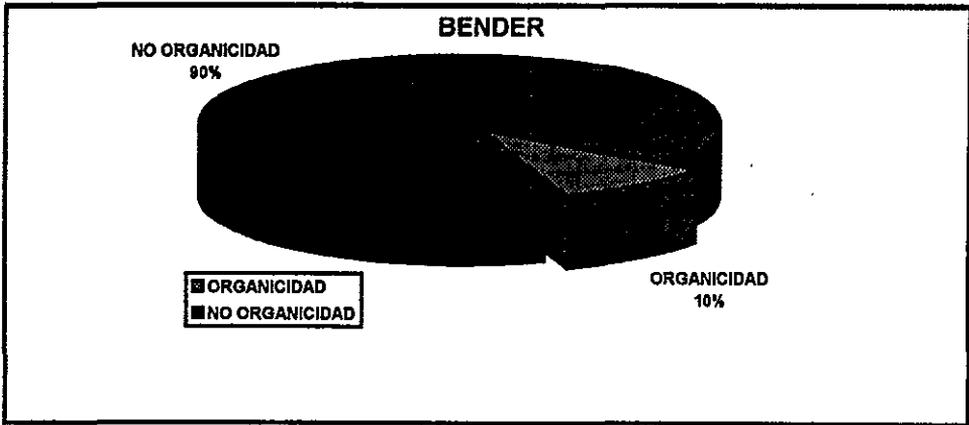


GRAFICA 5

La Gráfica 5 indica la actividad a la cual se dedican los sujetos de la muestra: trece de ellos son personas ya jubiladas que se dedican a actividades en el hogar, pero que si estuvieron laborando anteriormente, y representan el 43% del total de la muestra; nueve son personas que siempre se han dedicado al hogar, todas son mujeres y nunca han trabajado, representan el 30% del total de la muestra; y por último ocho sujetos de la muestra se encuentran aún laborando, ya sea trabajo de obrero, oficina o profesional, y representan el 27% del total de la muestra.

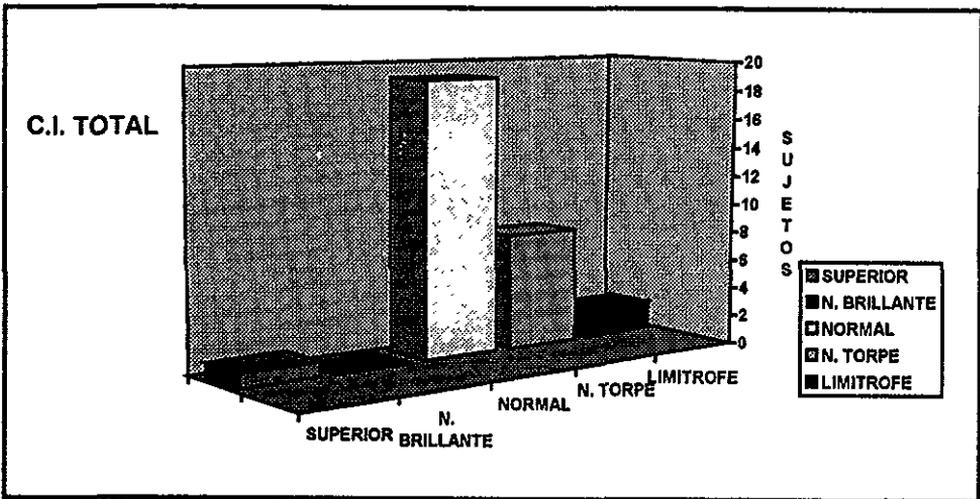
Ψ

Los datos encontrados en la prueba de Bender muestran que en tres de lospacientes hay datos de un probable daño orgánico, el cual no fue detectado en los estudios radiológicos y electrofisiológicos que se les efectuaron, sin poder especificar de qué tipo es el daño. El resto de los pacientes se encuentra sin daño orgánico detectable en las pruebas.



**GRAFICA 6**

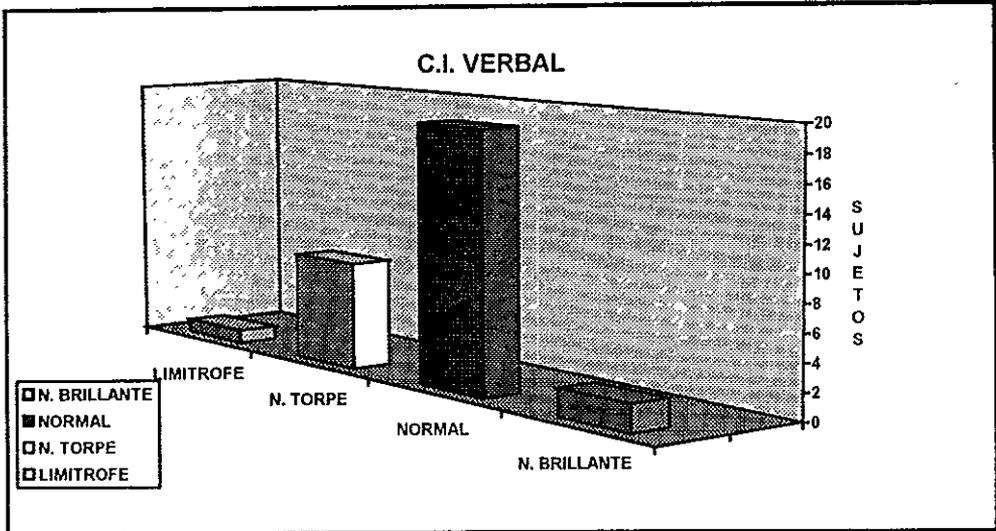
Ψ



**GRAFICA 7**

La Gráfica 7 muestra la frecuencia del C.I. Total, encontrando que la mayoría de los pacientes tienen un C.I. Total Normal. El C.I. Total más alto fue de 122 (Superior) y el C.I. Total más bajo fue de 70 (Limitrofe). El C.I. Total promedio obtenido fue de 95 (Normal Promedio).

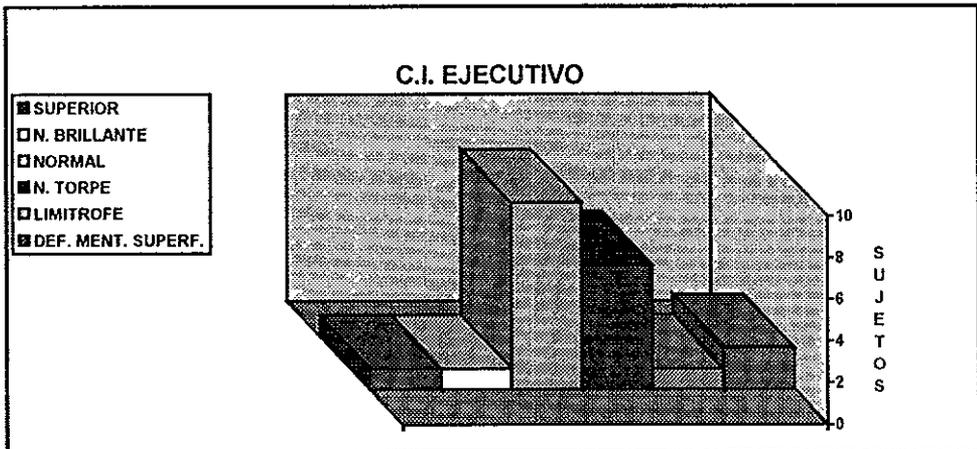
Ψ



**GRAFICA 8**

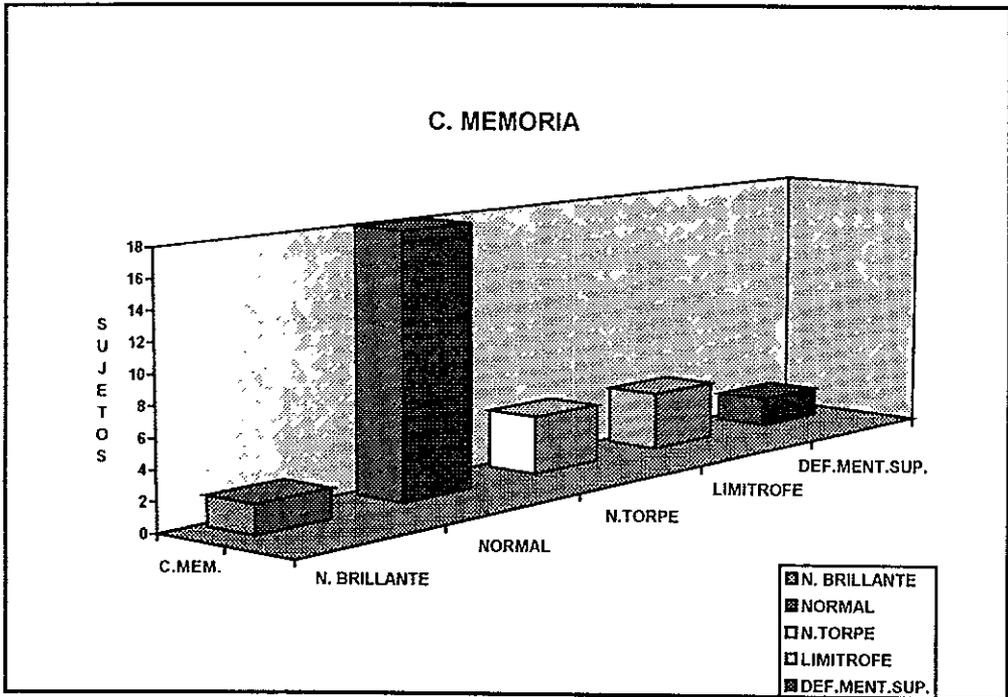
La Gráfica 8 muestra la distribución del C.I. Verbal, mostrando que la mayoría de los pacientes poseen un C.I. Verbal dentro de un Rango Normal; el C.I. más alto fue de 116 (Normal Brillante) y el más bajo de 75 (Limitrofe). El C.I. Verbal promedio fue de 96 (Normal Promedio).

Ψ



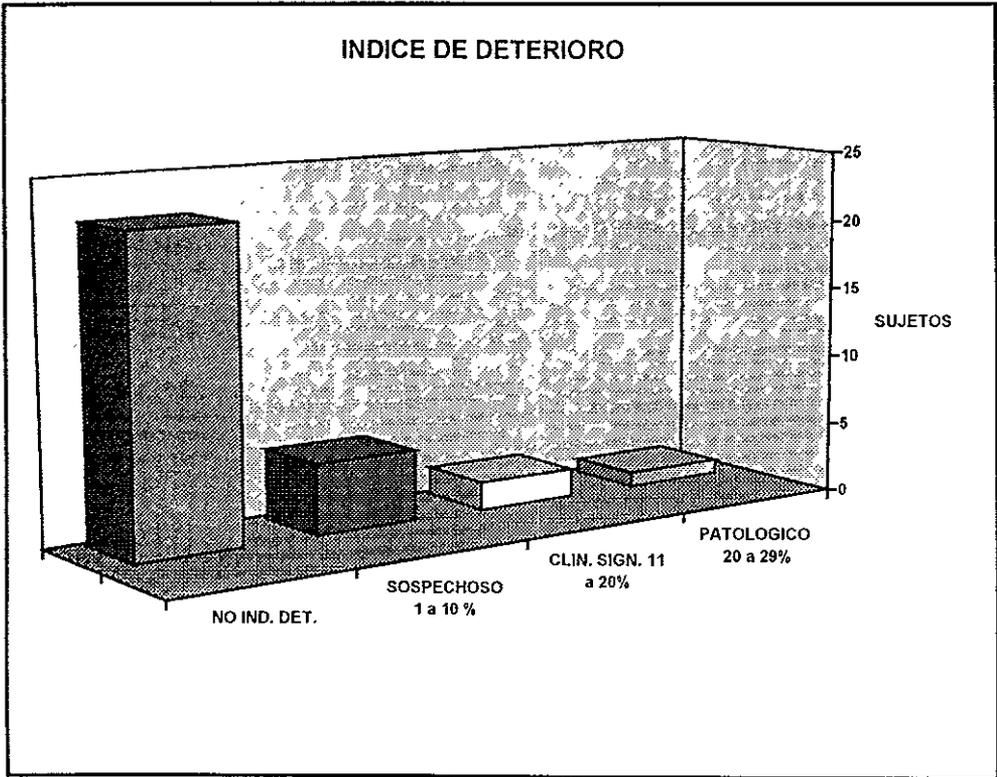
**GRAFICA 10**

La Gráfica 10 indica la dispersión del C.I. Ejecutivo, encontrando que la mayoría de los pacientes poseen un C.I. Ejecutivo dentro de un rango Normal; el C.I. Ejecutivo más alto fue de 120 (Superior al Promedio) y el más bajo fue de 67 (Retraso Mental Superficial). El C.I. Ejecutivo promedio fue de 91 (Normal Promedio).



La Gráfica 11 muestra la dispersión del Cociente de Memoria. Existen más sujetos que poseen un Cociente de Memoria dentro de rangos normales (90 a 109), dos pacientes poseen un Cociente de Memoria equivalente a Normal Brillante (110 a 119) y dos pacientes poseen un Cociente de Memoria equivalente a Deficiente Mental Superficial (50 a 69). El promedio del Cociente de Memoria fue de 92.3 (Normal Promedio).

Ψ



**GRAFICA 12**

La Gráfica 12 muestra la dispersión del Índice de Deterioro, indicando que la mayoría de los pacientes no poseen Índice de Deterioro de acuerdo a su grupo de edad. El Índice de Deterioro promedio fue de 2.35%. Únicamente se encontró a un paciente con índice de deterioro patológico (21.86%).

Ψ

## **2. ANALISIS CUANTITATIVO**

Primero se realizó una prueba t de Student para buscar diferencias significativas entre el Cociente Intelectual y el Cociente de Memoria, y se obtuvo una diferencia de -2.07 con una alpha ( $\alpha$ ) de 0.053.

<b>VARIABLE</b>	<b>PROMEDIO</b>	<b>DESV. STD.</b>	<b>SE OF PROMEDIO</b>
CIMEMO	92.7	12.123	2.213
CITOTAL	95.0667	11.237	2.052
<b>VALORES T</b>			<b>SIGNF. 2 COLAS</b>
-2.07			<b>0.053</b>

**TABLA 1**

Después se realizó una correlación de Spearman, para correlacionar el Cociente de Memoria con las variables emocionales, y verificar si hay una relación entre ambas variables (emocionales y Cociente de Memoria). Se encontró que hay correlación con variables de depresión, no encontrando datos significativos para variables de otros problemas emocionales. De estas la única variable que se correlacionó como significativa con el deterioro de Memoria fue Depresión 0.021.

VARIABLES	C.I. MEMORIA
DEPRESION VS C. MEMORIA	r = 0.4192 N ( 30 ) 0.021
ANSIEDAD VS C. MEMORIA	r = -0.0044 N ( 30 ) 0.982
SOMATIZACION VS C. MEMORIA	r = 0.1977 N ( 30 ) 0.122

**TABLA 2**

De acuerdo con los datos obtenidos se rechaza la hipótesis alterna; encontrando que no hubo diferencias significativas entre el Cociente Intelectual y el Cociente de Memoria, por lo tanto el déficit mnésico no se debe a factores orgánicos, sino a factores depresivos. Además hubo una relación directa entre aspectos depresivos y el Cociente de Memoria.

Ψ

### **3. ANALISIS CUALITATIVO**

Como no se encontraron diferencias significativas entre el Cociente Intelectual y Cociente de Memoria, y si hubo una correlación directa entre la Depresión y el Cociente de Memoria, el déficit subjetivo de Memoria que los pacientes refieren se debe a factores emocionales (depresión) y no a un deterioro ocasionado por un daño orgánico. Con respecto al daño orgánico, en el Test de Bender únicamente hubo tres casos en los que podría haber un posible daño orgánico y el cual no fue detectado en los estudios realizados en el Servicio de Neurología y Neurocirugía; encontrando este daño también en las otras pruebas que se les aplicaron.

**JOSE Y.** Paciente masculino de 54 años de edad, originario y residente del Distrito Federal, estado civil casado, escolaridad y ocupación (Contador Público). En el Test de Bender se encontró que la colocación de las figuras es caótica, con expansión y fallas en la integración de la gestalt, macrografías, angulación y dificultad en el cierre, además de regresión, el tipo de línea fragmentada. Cuenta con un C.I. total de 80, ubicándolo en un rango de Normal Torpe; el Índice de Deterioro es de 13.60% tomándose como clínicamente significativo. El Cociente de Memoria es de 68, habiendo diferencias importantes entre éste y el C.I. En las pruebas grafoproyectivas se encontraron líneas fragmentadas, transparencias y mal uso del espacio, así como mala proporción de las figuras. No presenta mecanismos de defensa elaborados, sólo negación y aislamiento.

Ψ

**CARMEN B.** Paciente femenino de 56 años de edad, originaria y residente de Oaxaca, Oax., estado civil viuda, escolaridad 1º de secundaria, ocupación el hogar. En la Prueba de Bender se encontró que la colocación de las figuras es caótica, con constricción, fallas en la integración, micrografías, modificaciones y distorsiones severas de la gestalt, el tipo de línea es fragmentada. Cuenta con un C.I. Total de 83, correspondiendo a un rango de Normal Torpe. El Índice de Deterioro es de 11.20% (clínicamente significativo); la dotación natural premórbida es normal. El Cociente de Memoria es de 69, lo que indica que si existe una disminución importante de esta función, con respecto del resto de su rendimiento. En las pruebas grafoproyectivas se encontraron transparencias, micrografías y dificultad severa en el control de impulsos. Utilizando como mecanismos defensivos la regresión y la negación.

Ψ

**CARMEN R.** Paciente femenino de 76 de edad, originaria y residente de Guanajuato, Gto., casada, escolaridad secundaria completa, ocupación el hogar. Los datos encontrados en la Prueba de Bender reportan que la colocación de las figuras es caótica, con expansión y fallas severas en la integración gúestáltica, macrografías, modificaciones y distorsiones severas de la gestalt, el tipo de línea es fragmentada, perseveración tipo A. Cuenta con un C.I. Total de 88, (Normal Torpe) El Índice de Deterioro es de 21.86% que es clínicamente significativo de deterioro de las funciones mentales superiores. El Cociente de Memoria es de 75, señalando diferencias entre éste y el C.I. Total, siendo importante el deterioro de la Memoria. En las pruebas grafoproyectivas se encontró una regresión severa, no como mecanismo defensivo. Además hay líneas muy fragmentadas, transparencias severas, mala proporción del esquema corporal. Sus mecanismos defensivos son la negación y regresión. Añadiendo que durante la entrevista y la aplicación de las pruebas se mostró sumamente dependiente, tanto de su esposo como de sus hijos.

Ψ

En el resto de los pacientes no se encontraron datos que indicaran daño o lesión neurológica; sino más bien se trata de un deterioro normal durante el proceso de Envejecimiento que están viviendo. Aún cuando en algunos casos el C.I. Total fuera inferior a lo Normal y el Índice de Deterioro sospechoso o significativo, esto no habla de patología neurológica. Sino más bien de las capacidades no desarrolladas del propio sujeto.

Ψ



# CAPITULO VI

## CONCLUSIONES

*El pasado fue juventud y regocijo,  
el presente nostalgia y sabiduría.*

POLA NEGRI



*Las cosas verdaderamente importantes no se realizan con fuerza, velocidad y aceleración de los movimientos del cuerpo, sino con reflexión, autoridad y juicio, y de esas cualidades no suele carecer la vejez sino que las aumenta.*  
CICERON *De Senectute*

De acuerdo con los resultados obtenidos se pueden hacer las siguientes conclusiones:

1. Se detectaron a tres pacientes con un probable daño orgánico con el test de Bender, no detectados por los estudios electrofisiológicos (EEG) y de imagen (Rayos X, TAC y IRM). Los pacientes con probable daño orgánico son un paciente masculino de 54 y dos mujeres de 56 y 76 años de edad.
2. No hay diferencias significativas entre el Cociente Intelectual Total y el Cociente de Memoria. La relación significativa fue de 0.053 (Tabla 1).
3. En los pacientes sin daño orgánico, el déficit de Memoria se debe a un proceso depresivo dentro del Envejecimiento normal que están viviendo (Tabla 2).
4. Se corroboran los datos encontrados por Jiménez y cols.<sup>45</sup> en Guadalajara, México. Ya que el déficit mnésico se debió a depresión y no a un déficit objetivo provocado por un daño o lesión neurológica.

5. Respecto a los datos encontrados por Feldman et al en Buenos Aires,<sup>32</sup> Argentina, se concluye que en éste caso el factor emocional determinante para el déficit de Memoria fue la depresión y no la ansiedad como concluyeron ellos. Sin embargo, coincidimos en que no hay un déficit objetivo, sino que se debe a factores emocionales.
6. Debido a los casos detectados de organicidad, se confirma que las pruebas neuropsicológicas pueden ser más sensibles para la detección de alteraciones neurológicas, que otro tipo de estudio.
7. Sería más objetivo el estudio si los resultados obtenidos se pudieran corroborar con un grupo control. También sería ideal realizar un seguimiento longitudinal para establecer cuántos de los pacientes que actualmente presentan sólo signos emocionales, posteriormente presentan signos demenciales.
8. Es importante que en los hospitales, el Servicio de Psicología tome más importancia, y sirva como consulta de primera vez, y así detectar a los pacientes y evitar costos en tiempo y economía.
9. Es necesario contar con un Servicio de Psicología hospitalaria que no se dedique únicamente al psicodiagnóstico, sino que intervenga en procesos terapéuticos, con un seguimiento formal de los pacientes previamente psicodiagnosticados.
10. Es importante que las Instituciones dedicadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes seniles, realicen programas y campañas enfocadas a concientizar a la población en general de las necesidades afectivas, económicas y sociales que éstos pacientes tienen y que la obligación de ayudarlos es de toda la sociedad.
11. Las Instituciones gubernamentales deben tener una participación activa para realizar estudios y programas que realmente se dediquen a establecer todas las prioridades económicas, sociales, médicas y psicológicas de los pacientes seniles.

Ψ

La Memoria desde épocas remotas ha sido estudiada tratando de encontrar algún indicio para su compleja estructura, sin embargo aún no se conoce a fondo cómo es que funciona, en dónde se encuentra localizada y lo más importante porqué para algunas personas es sumamente difícil recordar la información recibida o hechos vividos. En realidad, la reactualización de un recuerdo es obra de la persona total e íntegra: su afectividad en el momento presente, sus deseos, temores, proyecciones hacia el futuro, etc., que son los que determinan el clima en que se reviven o impiden que se revivan los acontecimientos del pasado. Pero para que el recuerdo sea verdaderamente tal, no basta que una situación pasada reaparezca en la cadencia de manera vaga y desprendida de conexiones precisas con el pasado, o que se experimente frente a un suceso o sentimiento de algo *ya visto* o *familiar*; el sujeto debe reconocer el hecho como propio y ser capaz de encuadrarlo en su esquema o estructura inicial y de ubicarlo o localizarlo en un tiempo determinado de su propia experiencia.

El desarrollo de nuestra personalidad y de las funciones cognitivas, entre ellas la Memoria, depende de un sinnúmero de factores relacionados entre sí y que nos ayudan a superar cada etapa de vida; de la forma como enfrentemos cada una de ellas depende cómo vivamos la siguiente. En el Envejecimiento existe una especial preocupación, puesto que se supone que es la última etapa de nuestra existencia, por lo tanto la preocupación de cómo vamos a morir o que vamos a dejar o persistir después de la muerte está latente. Aunado a la serie de duelos que se tienen que cumplir, como son la jubilación, la pérdida del cónyuge, el que los hijos ya no vivan en la casa, se tiene que enfrentar la persona senil con el rechazo del resto de la sociedad, lo que hace que todo eso vaya marcando poco a poco el término de una vida (Peck, 1955)<sup>67</sup>.

Dentro de la muestra estudiada un porcentaje importante era jubilado y se dedicaba a labores en el hogar, Cummings y Henry (1961)<sup>22</sup>

mencionan que cuanto más activa permanezca la persona y más útil se sienta, más satisfactoria será su vejez. A su vez Jiménez y cols. indicaron que la depresión era un factor importante en el déficit de Memoria referido por los pacientes, más aún en aquellos que no tenían ninguna actividad específica en el momento del estudio.<sup>45</sup> Niederehe (1986)<sup>64</sup> y Weingarther (1986)<sup>68</sup> afirman que la disminución mnésica subyacente a un proceso depresivo es debida al papel que ocupa la motivación sobre el recuerdo. Tal vez si la mayoría de las personas mayores se mantuvieran en actividad hasta el final de su vida, el peso del Envejecimiento sería menor. También de una u otra forma es importante hacer notar que las personas que se encuentran en las últimas décadas de la vida, tienen una serie de carencias y duelos afectivos, y por lo mismo buscan sentirse y formar parte de la familia y de la sociedad en general; por lo mismo es necesario brindarles afecto y no marginarlos en un asilo o en su casa viviendo solos, en donde quizá el peso del Envejecimiento sea mayor. Brindarles mayores oportunidades laborales de las que ahora tienen puede ser una forma ayudarles, porque de cualquier forma todos o casi todos llegaremos a viejos.

A su vez, dada la importancia de los aspectos sociales e interpersonales del proceso de la vejez, las intervenciones psicológicas con los sujetos que sufren de depresiones deben tener en cuenta tanto las pérdidas de roles sociales como los roles que siguen ocupando. Se deben llevar a cabo intervenciones con creatividad, cariño, respeto y coraje, considerando tanto los aspectos personales como los aspectos sociales del problema. Tomando en cuenta lo que se conoce acerca de los cambios en los roles sociales que vive una persona a través del tiempo, y las posibles consecuencias psicológicas de dichos cambios.

Tal vez las intervenciones más eficaces para la depresión en ancianos sean las que se desarrollan en múltiples niveles. Smith (1986) describió un programa en Australia que consiste en equipos de profesionales cuyo objetivo es mantener a los ancianos activos en la comunidad y sembrar la independencia y la salud.<sup>81</sup> El equipo trabaja simultáneamente en criticar en voz alta las limitaciones y la burocracia de las instituciones sociales (sistemas de salud, seguridad social, etc.) mientras toman un papel activo en luchar contra los estereotipos negativos de la tercera edad.

Porque no todo lo que implica la presenectud y la senectud es malo; durante el transcurso de toda la historia del hombre han habido casos de personajes de edad avanzada que han aportado mucho a la humanidad: Goethe

escribió la segunda parte de *Fausto* en edad avanzada y concluyó cuando tenía ochenta y dos años. Cervantes terminó su segunda parte de *El Quijote* a los sesenta y ocho años. Tiziano pintó a los noventa y ocho y noventa y nueve años *La batalla de Lepanto*, *La coronación de espinas* y *La piedad*. Miguel Angel pintó su *Juicio Final* desde los cincuenta y nueve a los sesenta y cinco años. Lamarck tenía ochenta años cuando concluyó su *Historia Natural*. Verdi compuso *Falstaff* a los ochenta años. Heandel, a los setenta y dos escribió *El triunfo del tiempo*. T. Fontane escribió a los cincuenta y nueve años su primera novela *Antes de la tempestad*, y a los setenta y ocho años su mejor obra *Effie Briest*.

Mucho se ha dicho de esta maduración espiritual, que coincide con el Envejecimiento, -cuando las funciones psíquicas concretas están deteriorándose, pero las funciones como el juicio, el razonamiento y el pensamiento llegan a su máxima expresión-. Rothacker y Revezs (1939) llegaron a la conclusión de que en los hombres geniales no se produce un deterioro con el Envejecimiento, sino todo lo contrario.<sup>75</sup> Tal vez lo que sucede, es ciertamente que "órgano que no se usa se atrofia"; por lo tanto, mientras las personas se mantengan activas mental y físicamente, mientras haya interés en su vida, mientras haya motivación, estímulo, ganas de vivir, y mientras existan personas a su alrededor que la hagan sentir importante y parte de una familia el deterioro sea menor.

A todo esto hay que sumar el hecho de tener una personalidad culta y bien estructurada, que sepa enfrentar y afrontar los inconvenientes de cada etapa y que tenga el carácter para superarlos o para aceptar ayuda externa que le ayude a superarlos.

Es responsabilidad de los gobiernos el tomar los problemas de los de las personas de edad avanzada muy en serio, y proveer los servicios y los recursos adecuados para llevar a cabo las investigaciones que documentan el proceso de la vejez y las consecuencias de la invisibilidad en la salud y el estado de ánimo. Si como la sociedad hacemos algo la respecto, podemos crear una atmósfera en la cual las personas puedan vivir sus últimos años con dignidad, comodidad y en continuo desarrollo.

1. ADAMS A., J. (1983). Aprendizaje y Memoria. {tr. Pedro Rivera Ramírez} 2ª edición México Editorial Manual Moderno.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1990) Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales. DSM-III-R. 3ª edición (revisada). España. Masson, S.A.
3. ARANDA, E. (1990). Anamnesis. Psicología de la Memoria y el Olvido. 2ª edición. México Editorial Trillas
4. ARDILA, A., OSTROSKY-SOLIS, F. (1998) Diagnóstico del Daño Cerebral. Enfoque Neuropsicológico. 4ª edición. México. Editorial Trillas.
5. BARR, N.L. (1985). El Sistema Nervioso Humano. Un Punto de Vista Anatómico. {tr Salvador Galindo}. 9ª edición. México. Editorial Harla.
6. BARRAGAN, L.; BENAVIDES, J.; LUCIO, E. (1992). Prueba de Bender. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. 92/1.
7. BARRAGAN, L.; BENAVIDES, J.; BRUGMAN, A.M.; LUCIO, E. (1997) Evaluación de la Personalidad. El Uso de WAIS y WISC en Psicología Clínica. Sem 97/2 México Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
8. BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA. (1993). Fisiología de la Conducta. Vol. IV. Editorial CECSA.
9. BIRREN, J.E. (1974). Translations in Gerontology from lab to Life. Psychophysiology and Speed of Response. American Psychologist. 29. (11). Pág. 808-815.
10. BROADBENT, D.E. (1957). A Mechanical model for Human Attention and Immediate Memory. Psychol. Rev. Pág. 64, 205-215, 533, 557. Citado por HILGARD, R.E., BOWER, H.G. (1980). Teorías del Aprendizaje.
11. BROADBENT, D.E. (1958). Perception and Communication Pergamon Press Nueva York Citado por MORRIS, C. (1991). Psicología. Un Nuevo Enfoque.

12. BROWN, (1950). Evaluation of the School Link y Especial Methods of Instruction Univ Of Illinois Bull 47. Núm. 80 Pág. 599. Citado por HILGARD, R.E., BOWER, H.G (1980). Teorías del Aprendizaje.
13. BUENDIA, J (1994). Envejecimiento y Psicología de la Salud. Madrid. Siglo XXI de España Editores, S.A
14. BUSSE, E W.; PFEIFFER, E. (1977). Functional Psychiatric Disorders in Old Age. en Behavior and Adptation Inlater Life - Boston Little Brown. Citado por MISHARA, B.L ; RIEDEL, R.G (1986). El Proceso de Envejecimiento.
15. BUTLER, R. (1975). Why Survive being Old in America. New York: Harper y Row. Citado por PAPALIA, D. (1988). Desarrollo Humano.
16. CALVIN S. H. (1990). Compendio de Psicología Freudiana. {tr. Martha Mercader}. 10ª edición. México. Editorial Paidós. Biblioteca de Psicología Profunda.
17. CARLSON, A.J. (1916). The Control the Hunger in Health and Disease. Chicago: University of Chicago Press. Citado por BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA. (1993) Fisiología de la Conducta.
18. CARPENTER B. M. (1990). Neuroanatomía Humana. 12ª edición. Argentina Editonal El Ateneo.
19. CARTENSEN L., L. (1989). Gerontología Clínica. El Envejecimiento y sus Trastornos. España. Editorial Martínez Roca. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud
20. CONSENSOS FUNSALUD. (1996). Síndrome de Deterioro Intelectual y Padecimientos Demenciales. México. Fundación Mexicana para la Salud.
21. CRAIK F., I.M. (1977). Age Differences Inhamon Memory. Handbook of the Psychology of Aging. Nueva York. Van Nostrand. Reinhold, Co. Citado por MISHARA, B.L.; RIEDEL, R G. (1986). El Proceso de Envejecimiento.
22. CUMMINGS, E.; HENRY, W. (1961). Growing Old. Basic Books New York Citado por PAPALIA, D. (1988). Desarrollo Humano.
23. CUMMINGS, J. L.; BENSON, F (1992). Dementia: A Clinical Approach Plenum. New York.
24. DALESSIO, D.J. (1984). Cefaleas de Wolff. {tr. Humberto Broca Andrade}. 4ª edición México. Editorial El Manual Moderno, S A. de C.V
25. DE VEGA, M. (1984). Introducción a la Psicología Cognitiva. 2ª edición Madrid. Editorial Alianza

26. DIAZ G R ; VARELA D. R.W.; VILLEGAS H., M.E (1992) Test de Bender Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México 92/1.
27. DICAPRIO, N.S (1992). Teorías de la Personalidad. {tr. Alberto Velázquez Arellano}. 2ª edición. México Editorial Mc Graw-Hill.
28. EBBINGHAUS, H. (1964). Memory A Contribution to Experimental Psychology {tr. H. A Roger}. New York. Dover. Citado por ADAMS, A.J. (1983) Aprendizaje y Memoria
29. ERIKSON, E.H. (1963). Childhood and Society 1ª edición. New York Norton Citado por DICAPRIO, N.S (1992). Teorías de la Personalidad
30. EY, H ; BERNARD, P.; BISSET, CH. (1969) Tratado de Psiquiatría Madrid Toray - Mason. Citado por FERNANDEZ B , R.; IZAL M., M. I., GONZALEZ J L. (1992). Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez
31. FAIR M., C. (1991). Memory and Central Nervous System. Journal of Neuropsychologia. 29 (26) Pág. 570
32. FELDMAN, M.; HARRIS, P ; ALLEGRI, R.F.; TARANGO, F ; PAZ, J (1997) La Queja Subjetiva de Pérdida de la Memoria en la Declinación Cognitiva y en la Demencia. Servicio de Neuropsicología. CEMIC, CONICET Buenos Aires Presentado en el V Congreso Latinoamericano de Neuropsicología.
33. FERNANDEZ B., R.; IZAL M., M. I ; GONZALEZ J. L (1992). Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez España. Editorial Martínez Roca, S.A. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud.
34. FREUD, S. (1901) Psicopatología de la Vida Cotidiana. Citado por ARANDA, E. (1990). Anamnesis: Psicología de la Memoria y el Olvido.
35. FREUD, S (1992). La Interpretación de los Sueños. {tr. Luis López Ballesteros y de Torres}. España. Editorial Planeta - Agostini.
36. FUENTENEbro, F., VAZQUEZ V., C. Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría. Vol. I. Madrid. Editorial Mc Graw - Hill Interamericana de España, S.A.
37. GITELSON, M (1948). The Emotional Problems of Elderly People. Geriatrics. (3) 135-150 Citado por ZINBERG, N.E ; KAUFMAN, I (1976) Psicología Normal de la Vejez.
38. GUYTON, C. A. (1991). Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso. Neurociencia Básica {tr. Diana Klayn}. 2ª edición Madrid. Editorial Médica Panamericana
39. HAMMER, E.F. (1995). Test Proyectivos Gráficos. {tr. Alberto Brodesky}. México Editorial Paidós Mexicana, S.A

40. HEEB, D.O. (1949). The Organization of Behavior. Nueva York. Wiley Citado por FUENTENEBO, F.; VAZQUEZ V., C. (1990). Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría.
41. HEEB, D.O. (1949). The Organization of Behavior Nueva York. Wiley. Citado por HILGARD, R.E.; BOWER, H.G. (1980). Teorías del Aprendizaje
42. HILGARD, R. E.; BOWER, H. G. (1980). Teorías del Aprendizaje {tr Francisco González A.} 5ª edición. México. Editorial Trillas.
43. JAIME VILLASEÑOR, R.M. (1995). Efectos de la Edad en la Memoria Funcional y su Correlación con Pruebas de Laboratorio. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
44. JOHN, E.R. (1967). Mechanisms of Memory. New York. Academic Press. Citado por BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA. (1990). Fisiología de la Conducta.
45. JIMENEZ, M.; DE LA ROSA, R.; RODRIGUEZ, C.; VILLASEÑOR, T.; RIZO, G.; LEAL, D. (1997) Índices de Deterioro y Depresión Medidos con el Mini-Mental de Folstein (MMSE) y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) en Población Anciana del Hospital Civil de Guadalajara. Neuropsicología Geriátrica. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Mexico. Presentado en el V Congreso Latinoamericano de Neuropsicología.
46. KATZMAN, R (1982). Early Detection of Senile Dementia. Hospital Practice. Junio. pp. 61-76.
47. KOLB, C. L. (1989). Psiquiatría Clínica Moderna. {tr. Leopoldo Chagoya Beltran}. 6ª edición. México. Editorial La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V.
48. KUYPERS, J.; BENGTON, V. (1973) Competence and Social Breakdown: a Social Psychological View of Aging. Human Development. 16. (2). Pág. 37-49. Citado por PAPALIA, D. (1988). Desarrollo Humano.
49. LABOUVIE-VIEF, C.; SCHELL, D.A. (1982). Learning and Memory in Later Life. en B.B. Welman. Handbook of Developmental Psychology Englewood Cliffs. NJ: Prentice - Hall. Citado por FERNANDEZ B., R.; IZAL M., M. I.; GONZALEZ J. L. (1992). Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez
50. LASHLEY, K. (1950). In Search of the Engram. Society of Experimental Biology. Symposium 4. Pág. 434-482. Citado por BIBLIOTECA DE PSICOLOGIA. (1993). Fisiología de la Conducta.
51. LICURY, A. (1989). La Memoria. 5ª edición. Barcelona Editorial Trillas. Biblioteca de Psicología.
52. LURIA, A.R. (1974). El Cerebro en Acción. 5ª edición. España Ediciones Roca

53. LURIA, A.R. (1977). Las Funciones Corticales Superiores en el Hombre. {tr. Castul Pérez}. La Habana. Editorial Orbe.
54. LURIA, A R (1980) Neuropsicología de la Memoria. Barcelona. Editorial Blume.
55. MACHOVER, K. (1986) Proyección de la Personalidad en el Dibujo de la Figura Humana Un Método de Investigación de la Personalidad. {tr. José M. González}. México. Editorial Cultural.
56. MANDLER (1970). Citado por ARANDA, E. (1990) Anamnesis. Psicología de la Memoria y el Olvido.
57. MISHARA, B. L.; RIEDEL, R. G. (1986). El Proceso de Envejecimiento. {tr. Guillermo Solana}. Madrid. Editorial Morata, S.A.
58. MONEDERO, C. (1982). Psicología Evolutiva y sus Manifestaciones Psicopatológicas. 4ª edición. Madrid. Editorial Biblioteca Nueva. Textos y Temas Psicológicos.
59. MORRIS, C. (1991). Psicología: Un Nuevo Enfoque. {tr. Rosa Mª Rosas Sánchez}. México. 9ª edición. Editorial Prentice - Hall Hispanoamericana, S.A.
60. MOTLIS, J. (1990). El Dado de la Vejez y sus Seis Caras. Como Interpretar el Acontecer del Envejecimiento. 3ª edición. Madrid. Editorial Altalena.
61. MÜELLER, G.E.; PILZECKER, A. (1900). Experimentelle Beiträge zur Lehre von Gedächtnis. Zeitschrift der Psychologie. 1. Pág. 1-288. Citado por CARPENTER, M (1990). Neuroanatomía Humana.
62. NAVA R, A. (1994). Análisis Neurofisiológico de la Conducta. México. Artículo elaborado para consulta de los estudiantes de la Facultad de Psicología.
63. NEISSER, V. (1967). Psicología Cognoscitiva. Appleton - Century - Crofts. Nueva York Citado por DE VEGA, M. (1984). Introducción a la Psicología Cognitiva.
64. NIEDEREHE, G. (1986). Depression and Memory Impairment in the Aged. Handbook for Clinical Memory Assesment of Older Adults. Whashington, D.C. American Psychological Association. Citado por FERNANDEZ B., R.; IZAL M., M. I.; GONZALEZ J. L. (1992). Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez.
65. OSTROSKY-SOLIS, F. (1993) La Neuropsicología del Envejecimiento Normal y Patológico. Artículo elaborado para consulta de los estudiantes de la Facultad de Psicología.
66. PAPALIA, D. (1988) Desarrollo Humano. 2ª edición. México. Editorial Mc Graw Hill.

67. PECK, R. (1955) Psychological Development in the Second Half of Life. Neugarten Middle Age and Aging. Chicago. University of Chicago
68. PEREZ LAGUNAS, E.R. (1985). La Prueba Persona Bajo la Lluvia como Auxiliar en el Diagnóstico. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
69. PLATO. (1892). The Dialogues of Plato. (tr. B. Jowel). Vol. IV. 3ª edición. Oxford. Clarendon Press. Citado por ADAMS A., J. (1983). Aprendizaje y Memoria.
70. POPKIN, S.; GALLACHER, D.; THOMPSON, L. (1982). Memory Complaints and Performance in Normal and Depressed Older Adults. Experimental Aging Research 8. Pág. 141-145.
71. POST, F. (1978). Psychiatric Disorders en Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 2ª ed Nueva York: Churchill - Livingstone. Citado por CARTENSEN L., L. (1989) Gerontología Clínica. El Envejecimiento y sus Trastornos.
72. REESE; RODEHEAVER. (1985). Citados por JAIME V., R. M. (1995). Efectos de la Edad en la Memoria Funcional y su Correlación con Pruebas de Laboratorio.
73. ROMO AGUILAR, L. (1989). Escala Clínica de Memoria de Weschler. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Departamento de Neuropsicología.
74. ROSCOW. (1971). Old People: Their Friends and Neighbors. American Behavioral Scientist. 14. Citado por JAIME V., R.M. (1995) Efectos de la Edad en la Memoria Funcional y su Correlación con Pruebas de Laboratorio.
75. ROTHACKER, E. (1939). Altern und Reifen. "Geistigen Arbeit". Citado por MONEDERO, C. (1982). Psicología Evolutiva y sus Manifestaciones Psicopatológicas.
76. RUIZ VARGAS, J. M. (1991). Psicología de la Memoria. Madrid. Alianza Editorial.
77. SALVAREZZA, L. (1993). Psiquiatría, Teoría y Clínica. 2ª edición. Argentina Editorial Paidós.
78. SALZMAN, GUTFREUND. (1986). Clinical Techniques and Research Strategies for Studying Depression and Memory. Whashington, D.C. American Psychological Association. Citado por FERNANDEZ B., R.; IZAL M., M. I.; GONZALEZ J. L. (1992). Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez.
79. SCHACTER, D.L. (1986). Amnesia and Crime. American Psychologist 41. 286-295 Citado por FUENTENEYRO, F.; VAZQUEZ V., C. (1990). Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría.
80. SELKOE. (1992). Envejecimiento Cerebral y Mental. Investigación y Ciencia Noviembre. Citado por JAIME VILLASEÑOR, R.M. (1995). Efectos de la Edad en la Memoria Funcional y su Correlación con Pruebas de Laboratorio.

81. SMITH, H. (1986). Mastery and Achivement: Guidelines Using Clinical Problem Solving with Depressed Elderly Clients. Physical and Ocupational Therapy in Geriatrics. Núm. 5. Pp 35-46. Citado por BUENDIA, J. (1994). Envejecimiento y Psicología de la Salud
82. SPERLING, G. (1966). The Information Available in Brief Visual Perception. Psychol. Monogr. 74 (11).
83. STENBERG, S. (1966). High Speed Scanning in Human Memory. Citado por MORRIS, C. (1991). Psicología: Un Nuevo Enfoque.
84. SWARTZ, F. (1960). "What is Aging?" J. Am. Geriat. Soc. N° 8. p. 194 Citado por ZINBERG, I.; FAUFMAN. Psicología Normal de la Vejez.
85. TREISMAN, A.M. (1965). The Effects of Redundancy and Familiarity on Translating and Repeating back Aporing and a Native Language. Brit. J. Psychol. 56. Citado por MORRIS, C. (1991). Psicología: Un Nuevo Enfoque.
86. VAN GIYRO. (1990). Citado por JAIME V., R.M. (1995). Efectos de la Edad en la Memoria Funcional y su Correlación con Pruebas de Laboratorio.
87. VELAZQUEZ VALENCIA, E.Z.; GALAVIZ VELEZ, N. (1988). Validación de la Prueba Persona Bajo la Lluvia. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
88. WEINGARTNER, H. (1986). Automatic and Effort - Demanding Cognitive Processes in Depression. Whasington, D.C. American Psychological Association. Citado por FERNANDEZ B., R.; IZAL M., M. I.; GONZALEZ J. L. (1992). Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez.
89. WESCHLER, D. (1956). La Masure de l'intelligence de l'adulte. Paris Press Universitaires de France. Citado por FERNANDEZ B., R.; IZAL M., M. I.; GONZALEZ J. L. (1992). Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez.
90. ZINBERG, I.; FAUFMAN. (1976). Psicología Normal de la Vejez. Buenos Aires. Editorial Paidos.

Ψ



# ANEXOS

*El recuerdo es por tanto una reconstrucción...*  
**F. BARTLETT**



# ESCALA CLINICA DE MEMORIA DE WESCHLER

NOMBRE: _____	EDAD: _____
FECHA: _____	SEXO: _____

CALIFICACION:	CALIFICACION BRUTA TOTAL _____ DE _____ %
TEST I _____	C.M. _____ % C.M.C.I. _____
TEST II _____	C.I. WAIS _____
TEST III _____	OBSERVACIONES: _____
TEST IV _____	_____
TEST V _____	_____
TEST VI _____	_____
TEST VII _____	CALIFICACION TOTAL: _____

## I. INFORMACION PERSONAL E INFORMACION GENERAL.

- 1.- ¿Qué edad tiene? \_\_\_\_\_
  - 2.- ¿Cuándo nació? \_\_\_\_\_
  - 3.- ¿Cuál es el nombre del Presidente de la República Mexicana? \_\_\_\_\_
  - 4.- ¿Cuál es el nombre del Presidente anterior de la República Mexicana? \_\_\_\_\_
  - 5.- ¿Cuándo empezó la guerra de Independencia de México? \_\_\_\_\_
  - \*5.- ¿Cuándo se celebra el día de muertos? \_\_\_\_\_
  - 6.- ¿Cuál es la capital de la República Mexicana? \_\_\_\_\_
  - \*6.- ¿Cuándo se celebra el día de la Virgen de Guadalupe? \_\_\_\_\_
- CALIF. PARCIAL: \_\_\_\_\_

## II. ORIENTACION INMEDIATA.

- 1.- ¿En qué año estamos? \_\_\_\_\_
  - 2.- ¿En qué mes estamos? \_\_\_\_\_
  - 3.- ¿Qué día del mes es hoy? \_\_\_\_\_
  - 4.- ¿Cómo se llama el lugar donde usted se encuentra ahora? \_\_\_\_\_
  - 5.- ¿En qué sitio está este lugar? \_\_\_\_\_
- CALIF. PARCIAL: \_\_\_\_\_

\*PARA SUJETOS SIN ESCOLARIDAD)

**III. CONTROL MENTAL.**

- 1.- Contar para atrás del número 20 al 1, de uno en uno (30").  
20, 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1.
- 2.- Recitar el alfabeto (30").  
A, B, C, (CH), D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, Ñ, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z.
- \*2.- Recitar los meses del año y recitar los días de la semana (30").  
ENE, FEB, MAR, ABR, MAY, JUN, JUL, AGT, SEP, OCT, NOV, DIC. - L, M, M, J, V, S, D.
- 3.- Contar de tres en tres, partiendo del número uno (45"). 1, 4, 7,... (hasta el número 40).  
1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40.
- \*3.- Contar de dos en dos, partiendo del número uno (45"). 1, 3, 5,... (hasta el número 29).  
1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29.

**CALIF. PARCIAL:** \_\_\_\_\_

**IV. MEMORIA LOGICA.**

**(TEXTO A)**

JUANITA LINARES /, HABITANTE DE GUADALAJARA /, DE LA 8ª DELEGACION /, TRABAJANDO / COMO AFANADORA DE UN EDIFICIO COMERCIAL, HA CONTADO / EN LA DELEGACION DE POLICIA / DE LA PRESIDENCIA MUNICIPAL / QUE HABIA SIDO ATACADA / EN LA PLAZA DE LA REPUBLICA /. LA NOCHE ANTERIOR / Y QUE LE HABIAN ROBADO / 5000 PESOS /. ELLA TENIA CUATRO PEQUEÑOS HIJOS /, LA RENTA / DEBIA SER PAGADA / Y ELLOS NO HABIAN COMIDO / DESDE HACIA DOS DIAS /. EL COMISARIO / EMOCIONADO POR LA HISTORIA DE ESTA MUJER /, ORGANIZA UNA COLECTA / PARA ELLA..

TOTAL DE IDEAS \_\_\_\_\_

REPETICION ESPONTANEA \_\_\_\_\_ ENCUESTA \_\_\_\_\_

**(TEXTO 'A')**

JUANITA PEREZ /, QUE TRABAJA / COMO DOMESTICA / AL SUR / DE LA CIUDAD /, REPORTO / EN LA DELEGACION DE POLICIA / QUE LA ASALTARON / 3 SUJETOS / LA NOCHE ANTERIOR / CERCA DE SU CASA / Y LE ROBARON / \$ 5,000.00 /. CON ELLOS DEBIA PAGAR LA RENTA / Y COMPRAR COMIDA / PARA SUS CUATRO / PEQUEÑOS HIJOS / QUE TENIAN DOS / DIAS SIN COMER /. LOS POLICIAS / CONMOVIDOS / POR LA HISTORIA DE ESTA MUJER /, JUNTARON DINERO / PARA DARSELO /.

TOTAL DE IDEAS \_\_\_\_\_

REPETICION ESPONTANEA \_\_\_\_\_ ENCUESTA \_\_\_\_\_

**(TEXTO B)**

EL BARCO / FRANCES / "PARIS" /, EXPLOTO SOBRE UNA MINA / CERCA DE LONDRES / EL LUNES EN LA NOCHE /. A PESAR DE UNA TERRIBLE TORMENTA DE NIEVE / Y DE LA OSCURIDAD /. LOS 80 PASAJEROS /, INCLUYENDO 18 / MUJERES /, FUERON RECOGIDOS / EN LOS BOTES / QUE ERAN SACUDIDOS / COMO PEDAZOS DE CORCHO / SOBRE EL MAR ENFURECIDO /. ELLOS FUERON CONDUCIDOS AL PUERTO, EL DIA SIGUIENTE / POR UN TRASATLANTICO / INGLES /.

TOTAL DE IDEAS \_\_\_\_\_

REPETICION ESPONTANEA \_\_\_\_\_ ENCUESTA \_\_\_\_\_

**(TEXTO 'B')**

EL BARCO / MEXICANO / CUAUHEMOC / NAUFRAGO / CERCA DE TAMPICO / EL LUNES EN LA NOCHE / HABIA UNA TERRIBLE / TORMENTA / Y ESTABA MUY OSCURO / A PESAR DE LO CUAL LOS 60 PASAJEROS / DE LOS QUE 18 / ERAN MUJERES / FUERON RECOGIDOS POR PESCADORES / EN BOTES QUE SACUDIA / EL MAR / COMO SI FUERAN CORCHOS / LOGRANDO POR LA MAÑANA / DEL DIA SIGUIENTE / LLEGAR AL PUERTO /.

TOTAL DE IDEAS \_\_\_\_\_  
REPETICION ESPONTANEA \_\_\_\_\_ ENCUESTA \_\_\_\_\_

**ENCUESTA DEL TEXTO A.**

- 1.- ¿Cómo se llama la mujer? \_\_\_\_\_
- 2.- ¿A qué se dedicaba? \_\_\_\_\_
- 3.- ¿En dónde trabajaba? \_\_\_\_\_
- 4.- ¿Qué le pasó? \_\_\_\_\_
- 5.- ¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_
- 6.- ¿Qué debía hacer con el dinero? \_\_\_\_\_
- 7.- ¿Qué hicieron los policías? \_\_\_\_\_

**ENCUESTA DEL TEXTO B.**

- 1.- ¿De dónde era el Barco? \_\_\_\_\_
- 2.- ¿Cómo se llamaba? \_\_\_\_\_
- 3.- ¿Qué le pasó (cuándo y dónde)? \_\_\_\_\_
- 4.- ¿Quiénes iban en él? \_\_\_\_\_
- 5.- ¿Lograron rescatarlos? \_\_\_\_\_

**CALIF. PARCIAL:** \_\_\_\_\_

**V. MEMORIA DE CIFRAS.**

**ORDEN DIRECTO**

- (3).- 5, 8, 2  
6, 9, 4
- (4).- 6, 4, 3, 9  
7, 2, 8, 6
- (5).- 4, 2, 7, 3, 1  
7, 5, 8, 3, 6
- (6).- 6, 1, 9, 4, 7, 3  
3, 9, 2, 4, 8, 7
- (7).- 5, 9, 1, 7, 4, 2, 8  
4, 1, 7, 9, 3, 8, 6
- (8).- 5, 8, 1, 9, 2, 6, 4, 7  
3, 8, 2, 9, 5, 1, 7, 4
- (9).- 2, 7, 5, 8, 6, 2, 5, 8, 4  
7, 1, 3, 9, 4, 2, 5, 6, 8

**CALIFICACION** \_\_\_\_\_

**ORDEN INVERSO**

- (2).- 2, 4  
5, 8
- (3).- 6, 2, 9  
4, 1, 5
- (4).- 3, 2, 7, 9  
4, 9, 6, 8
- (5).- 1, 5, 2, 8, 6  
6, 1, 8, 4, 3
- (6).- 5, 3, 9, 4, 1, 8  
7, 2, 4, 8, 5, 6
- (7).- 8, 1, 2, 9, 3, 6, 5  
4, 7, 3, 9, 1, 2, 8
- (8).- 9, 4, 3, 7, 6, 2, 5, 8  
7, 2, 8, 1, 9, 6, 5, 3

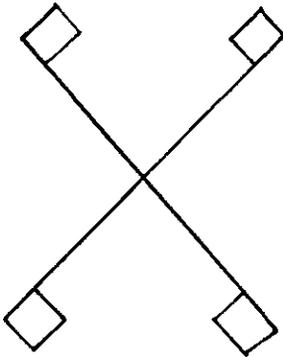
**CALIFICACION** \_\_\_\_\_

**PUNTAJE TOTAL** \_\_\_\_\_

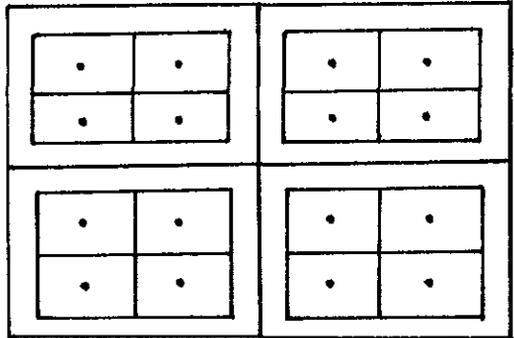
**CALIF. PARCIAL:** \_\_\_\_\_

VI. DISEÑO DE DIBUJOS.

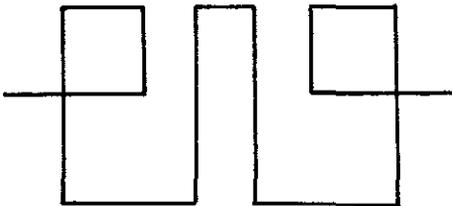
A



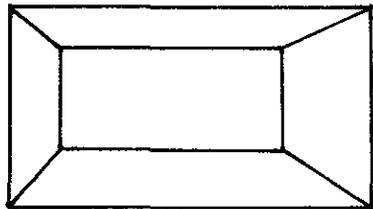
B



C<sub>1</sub>



C<sub>2</sub>



Dibujos A, B, C<sub>1</sub>, C<sub>2</sub>

CALIF. PARCIAL: \_\_\_\_\_

**VII. APRENDIZAJE - PAREJAS DE PALABRAS**

**1ª PRESENTACION**

metal	fierro
bebé	gritos
accidente	obscuridad
norte	sur
escuela	tienda
rosa	flor
alto	bajo
obedecer	avanzar
fruta	manzana
col	pluma

(intervalo 5")

F      D

norte	_____
fruta	_____
obedecer	_____
rosa	_____
bebé	_____
alto	_____
col	_____
metal	_____
escuela	_____
accidente	_____

F- \_\_\_\_\_ D- \_\_\_\_\_  
(INTERVALO 10")

**2ª PRESENTACION**

rosa	flor
obedecer	avanzar
norte	sur
col	pluma
alto	bajo
fruta	manzana
escuela	tienda
metaí	fierro
accidente	obscuridad
bebé	gritos

(intervalo 5")

F      D

col	_____
bebé	_____
metal	_____
escuela	_____
alto	_____
rosa	_____
obedecer	_____
fruta	_____
accidente	_____
norte	_____

F- \_\_\_\_\_ D- \_\_\_\_\_  
(INTERVALO 10")

**3ª PRESENTACION**

bebé	gritos
obedecer	avanzar
norte	sur
escuela	tienda
rosa	flor
col	pluma
alto	bajo
fruta	manzana
accidente	obscuridad
metal	fierro

(intervalo 5")

F      D

obedecer	_____
fruta	_____
bebé	_____
metal	_____
accidente	_____
escuela	_____
rosa	_____
norte	_____
col	_____
alto	_____

F- \_\_\_\_\_ D- \_\_\_\_\_  
(INTERVALO 10")

**CALIF. PARCIAL: \_\_\_\_\_**

# DATOS SIGNIFICATIVOS

N°	NOMBRE	EDAD	SEXO	BENDER	C.I. TOTAL	C. MEMORIA	INDICE DETERIORO
1	Juan L.	50	M	Micrografías	99	101	Negativo
2	Norma A.	51	F	Micrografías	99	98	Negativo
3	Lorena L.	51	F	Expansión, macrografías	122	107*	Negativo
4	Yolanda C.	52	F	Expansión, dif. en cierre	105	103	Negativo
5	Marina M.	52	F	Colisión, regresión	94	88	Negativo
6	Amparo P.	54	F	Constricción, regresión, fragmentación	86	87	Negativo
7	José Y.	54	M	Caótico, fallas de integración, regresión rotación, expansión, línea fragmentada angulación, dif. en cierre	80	68*	13.60%
8	Felipe Z.	54	M	Macrografías, regresión	94	93	Negativo
9	Carmen B.	56	F	Caótico, fallas de integ., colisión, rotación sobreposición, expansión, constric., lin. frag.	83	69*	11.20%
10	Irma R.	56	F	Angulación, dif. en cierre,	77	72	Negativo
11	Norma R.	58	F	Macrografías	99	100	Negativo
12	María F.	59	F	Regresión, dif. en cierre	86	91	2.79%
13	Rafael D.	61	M	Angulación, dif. en cierre,	88	86	Negativo
14	Irma G.	62	F	Colisión	101	107	Negativo
15	Mima P.	62	F	Macrografías, expansión	108	108	Negativo
16	Victoria M.	63	F	Dif. en cierre, regresión	80	71	Negativo
17	Lucía C.	65	F	Micrografías, angulación, dif. en cierre	86	80	3.43%
18	Dolores R.	65	F	Angulación, fragmentación	70	77	3.41%
19	Manuel T.	65	M	Micrografías, constricción	93	92	Negativo
20	Fausto G.	68	M	Micrografías	101	97	Negativo
21	Rosalba G.	68	F	Micrografías, colisión	98	95	5.66%
22	Lilia M.	70	F	Angulación, regresión	108	99*	Negativo
23	Ana C.	72	F	Perseveración A, angulación	102	97	Negativo
24	Laura R.	74	F	Constricción, regresión, angulación	105	114	Negativo
25	Silvia S.	75	F	Expansión	96	101	8.81%
26	Carmen R.	76	F	Fallas de integración, caótica, angulación sobreposición, regresión, perseveración A modificación de la curvatura, macrografías	83	75*	21.86%
27	Elba J.	76	F	Macrografías, regresión	90	92	Negativo
28	María C.	78	F	Angulación, regresión	106	112	Negativo
29	José M.	80	M	Micrografías, angulación, regresión	101	95	Negativo
30	Javier C.	80	M	Micrografías, expansión	107	96*	Negativo

\* Diferencias significativas entre Cociente Intelectual Total y Cociente de Memoria