

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE
LA COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**"METAMEMORIA Y RENDIMIENTO MNÉMICO EN ADULTOS MAYORES DE
LA ASOCIACIÓN DEL ADULTO MAYOR-SACHACA, AREQUIPA 2018"**

**TESIS PRESENTADA POR LOS
BACHILLERES:**

**PUMA HUAYHUA ELSA ERIKA
TACO BELLIDO VIDAL ANGEL
PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE
PSICÓLOGOS**

AREQUIPA – PERÚ

2018

"Tenía tan mala memoria que se olvidó de que tenía mala memoria y se acordó de todo".

Ramón Gómez de la Serna

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES

INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

SEÑOR PRESIDENTE DEL JURADO DICTAMINADOR

SEÑORES CATEDRÁTICOS MIEMBROS DEL JURADO DICTAMINADOR

Tenemos el honor de dirigirnos a ustedes con el propósito de poner a su consideración el presente trabajo de tesis titulado: “METAMEMORIA Y RENDIMIENTO MNÉMICO EN ADULTOS MAYORES DE LA ASOCIACIÓN DEL ADULTO MAYOR-SACHACA, AREQUIPA 2018” el mismo que tras su evaluación y dictamen nos permitirá optar el título profesional de Psicólogos. Esperamos que el siguiente trabajo responda a sus expectativas y sirva de base para las futuras investigaciones en esta área.

Arequipa, noviembre 2018

Bachilleres:

Elsa Erika Puma Huayhua

Vidal Angel Taco Bellido

DEDICATORIA

A nuestros padres y amigos, que nos
brindaron su apoyo en todo el trayecto de
este estudio.

AGRADECIMIENTO

A la universidad y a todos los docentes de
la Escuela Profesional de Psicología por
nuestra formación profesional.

RESUMEN

En el desarrollo de la presente investigación se tuvo como objetivo determinar la relación existente entre la Metamemoria y el Rendimiento Mnémico y así mismo comprender la influencia de la metamemoria en el rendimiento mnémico de los adultos mayores de Sachaca, Arequipa 2018. La muestra estuvo constituida por 70 personas de tercera edad pertenecientes a la asociación del CIAM del distrito de Sachaca, cuyas edades oscilan entre las edades de 65 y 85 años. El tipo de muestreo utilizado es de tipo intencionado no probabilístico.

El presente trabajo se hizo en base al paradigma cuantitativo. Siendo el diseño de tipo correlacional, porque con este estudio pretendemos buscar la correlación entre las variables Metamemoria y Rendimiento Mnémico empleando el instrumento TEST de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC) y para la evaluación de metamemoria se utilizó el Cuestionario MFE.

Los resultados arrojaron que la metamemoria influye en el rendimiento mnémico, es decir los adultos mayores que presentaron mayores quejas subjetivas tuvieron menor rendimiento mnémico.

Podemos concluir que, si el sujeto considera que existe un deterioro en su memoria, es más probable que su rendimiento mnémico se vea afectado.

Palabras clave: Metamemoria, Rendimiento mnémico, Adulto mayor.

ABSTRACT

In the development of this research, the aim was to determine the relationship between Metamemory and Mnemic Performance and also to understand the influence of metamemory on the mnemonic performance of older adults in Sachaca, Arequipa 2018. The sample consisted of 70 elderly people belonging to the CIAM association of the district of Sachaca, whose ages range between the ages of 65 and 85 years. The type of sampling used is intentional non-probabilistic type.

The present work was made based on the quantitative paradigm. Being the correlational type design, because with this study we intend to look for the correlation between the Metamemory and Mnemic Performance variables using the Spanish-Complutense Verbal Learning TEST instrument (TAVEC) and for the metamemory evaluation the MFE questionnaire was used.

The results showed that metamemory influences mnemonic performance, that is, older adults who presented greater subjective complaints had lower mnemonic performance.

We can conclude that if the subject considers that there is a deterioration in his memory, it is more likely that his nematic performance will be affected.

Keywords: Metamemory, Mnemic performance, Elderly

INDICE

PRESENTACIÓN	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 OBJETIVOS.....	5
1.3 HIPÓTESIS	5
1.4 VARIABLES E INDICADORES.....	6
1.5 JUSTIFICACIÓN	7
1.6 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	11
1.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	13
1.8 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	13
1.81 Metacognición.	13
1.8.2 Metamemoria.....	13
1.8.3 Adulto Mayor.....	14

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ENVEJECIMIENTO	15
---------------------------------	-----------

2.2 TEORÍAS DE ENVEJECIMIENTO	18
2.2 PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO	19
2.2.1 Cambios físicos.....	19
2.2.2 Cambios en los sistemas orgánicos.....	21
2.2.3 Cambios psicológicos.....	23
2.2.4 Funciones cognitivas.....	23
2.2.5 Cambios afectivos.....	27
2.2.6 Personalidad.....	28
2.3 VEJEZ EN LA ACTUALIDAD.....	29
2.4 Deterioro Cognitivo	30
2.4.1 Antecedentes.....	30
2.4.2 Concepto de deterioro cognitivo.....	33
2.5 Diferenciación de términos	35
2.5.1 Delirium.....	35
2.5.2 Demencia.....	36
2.5.3 Trastorno Amnésico.....	37
2.5.4 Enfermedad de Alzheimer.....	37
2.6 Importancia del estudio del deterioro cognitivo.....	38
2.6.1 Factores que propician su evolución a demencia.....	40
2.6.2 Subtipos.....	43
2.6.3 Elementos que constituyen la función cognitiva.....	44
2.6.4 El deterioro cognitivo en el adulto mayor.....	48
2.7 MEMORIA	51
2.7.1 Definición.....	51
2.7.2 Fases de la memoria.....	55
2.7.2.1 Atención.....	55
2.7.2.2 Codificación.....	55
2.7.2.4 Evocación.....	55
2.7.3 Clasificación de la memoria.....	56
2.7.3.1 Memoria a Corto Plazo y Memoria a Largo Plazo.....	56
2.8 METAMEMORIA	62
2.8.1 Quejas subjetivas de memoria.....	69
2.9 MEMORIA Y METAMEMORIA.....	70

CAPITULO III

METODOLOGÍA	73
 3.1 TIPO / DISEÑO / MÉTODO	73
 3.2 Sujetos	74
 3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	75
 3.3.1 Actividad funcional de Pfeffer (FAQ).....	75
 3.3.2 Indice de Katz.....	75
 3.3.3 Escala de depresión geriátrica -test de Yesavage.....	77
 3.3.4 Fototest.....	78
 3.3.5 Test de aprendizaje verbal española-complutense (TAVEC)	79
 3.3.6 Cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana (MFE)	89
 3.4 PROCEDIMIENTOS.....	92

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Procesamiento de la información	94
 4.1.1 Características de la metamemoria.	95
 4.1.3 Correlación entre la metamemoria y el rendimiento mnémico.	109
 4.2 DISCUSIÓN.....	111
CONCLUSIONES	114
RECOMENDACIONES	115
BIBLIOGRAFÍA.....	116
ANEXOS	121
CASOS CLÍNICOS.....	134

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características de la metamemoria de los AM.....	95
Tabla 2: Media y Desviaciones típicas de los ensayos del recuerdo libre inmediato ...	97
Tabla 3: Estadísticos descriptivos para el Recuerdo libre inmediato	99
Tabla 4: Estadísticos descriptivos para el Recuerdo libre a corto plazo	100
Tabla 5: Estadísticos descriptivos para el Recuerdo libre a corto plazo con claves ..	101
Tabla 6: Estadísticos descriptivos para el Recuerdo libre a largo plazo	103
Tabla 7: Estadísticos descriptivos para el Recuerdo libre a largo plazo con claves ..	104
Tabla 8: Estadísticos descriptivos para el Reconocimiento	106
Tabla 9: Estadísticos decriptivos para el rendimiento nmémico	107

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivos determinar la relación existente entre la metamemoria y el rendimiento mnémico de los adultos mayores de Congata, Arequipa y así mismo comprender la influencia de la metamemoria en el rendimiento mnémico.

En la sociedad en la que vivimos existen muchos prejuicios hacia los adultos mayores, con frecuencia, estos son considerados como personas poco útiles y con bastantes limitaciones, en este caso la afectación en su memoria. El rápido envejecimiento de la población exige ajustes en las políticas públicas para que restablezcan los prejuicios sociales existentes sobre la vejez. Estos prejuicios sociales terminan influyendo en las personas mayores y por los que desarrollan una imagen negativa de sí mismos y de las capacidades que posee su memoria, llegando a pensar que cuando envejecen dejan de tener ciertas capacidades cognitivas, entre ellas, la memoria. Esto no se ajusta a la realidad sino a una infravaloración estereotipada, pues a diario en nuestra sociedad actual muchas personas mayores poseen sus facultades cognitivas constantes. Por lo tanto, el presente estudio pretende demostrar cual es la capacidad mnémica real de los adultos mayores y valorarlos de acuerdo a su rendimiento real, dejando de lado los prejuicios y las falsas creencias que se tienen de ellos.

Y siguiendo esta línea de estudio de entrenamiento se ha optado por estudiar la metamemoria en las personas mayores; es decir, identificar sus pensamientos y trabajar con las creencias subjetivas que estos presentan sobre las funciones y características de su propia memoria, para estudiar la posibilidad de que estas percepciones coincidan con la memoria real y objetiva que poseen.

El estudio se realizará en la asociación del CIAM de Sachaca, Arequipa, 2018. Se realizará en base al paradigma mixto. El estudio será de tipo correlacional transversal porque con

este estudio pretendemos buscar la correlación entre las variables Metamemoria y Rendimiento.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE ESTUDIO

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el tema del deterioro de la memoria a causa de la edad ha aumentado de una manera significativa de modo que es común escuchar prejuicios hacia las personas adultas respecto a este tema, según estadísticas brindadas por el neurólogo Danilo Sánchez Coronel del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (2009) el 1% de la población de 60 años padece Alzheimer, en los adultos mayores de 60 a 65 años es el 2%; mientras que en los mayores de 65 años a 70 es del 4%; porcentaje que sube a 8% si es mayor de 70 años; en tanto que en los mayores de 75 años llega al 16%, esta enfermedad de tipo neurodegenerativo se relaciona directamente con la pérdida progresiva de la memoria en relación con la edad. La mayoría de pacientes con esta enfermedad no tienen un diagnóstico definitivo y viven excluidos socialmente, apartados en sus viviendas y sin ningún tratamiento adecuado.

El mismo autor señala también que para potenciar la memoria debe ponerse en práctica hábitos como la lectura, el aprendizaje de alguna actividad artística o deportiva y la resolución de problemas matemáticos. Son recursos que ayudan a desarrollar habilidades mentales, pero también pueden ser de gran utilidad para evitar o retrasar el avance de problemas asociados con la memoria.

Por otro lado, la meta memoria, definida como la capacidad de reflexionar sobre las propias habilidades mnémicas, se ha configurado como un tema de interés en interacción con la memoria.

Se ha encontrado que los estereotipos culturales sobre el efecto negativo de la edad en la memoria inducen a la creación de creencias negativas sobre la propia autoeficacia de la memoria que, a su vez, influyen en el comportamiento. En efecto, las creencias de autoeficacia negativa pueden inhibir el uso de estrategias adecuadas, inducir el uso de otras inadecuadas (Troyer y Rich, 2002).

De esta manera, se establece una relación importante semejante a un ciclo entre creencia negativa, autoeficacia, ejecución pobre que refuerza las creencias de auto eficacia negativa.

Pero no todas las investigaciones sobre ejecución en tareas de memoria han encontrado diferencias absolutas relacionadas con la edad. Es así que se reportaron similitudes de retención entre jóvenes y adultos mayores a pesar de diferencias cuantitativas en el desempeño (Mc Dougall, Fisk, Cooper, Hertzog y Anderson-Garlach, 1995).

En otras investigaciones se encontró en una muestra grande de adultos mayores, desempeños exitosos en tareas de memoria, a pesar de una baja autoeficacia (Turvey y Schultz, 2000).

La metamemoria presenta una correlación elevada con los puntajes que se obtienen en pruebas de memoria, la interferencia y el olvido ocurrieron de manera estrechamente paralela en la metamemoria. Así mismo el mismo autor señala que en algunos estudios realizados a adultos mayores analizados separadamente se mostró factores de déficit, haciendo hincapié que la relación del desempeño de la memoria no está determinada solamente por la edad (Sierra, 2009).

Es por todo ello que se propone conocer las características de la metamemoria y la influencia en el rendimiento mnémico, considerando características necesarias para una

comprensión profunda de la etapa de desarrollo en cuestión y así desechar los estereotipos y prejuicios que se tienen acerca de las habilidades respecto a la capacidad de la memoria de los adultos mayores.

¿Cuál es la relación entre la Metamemoria y el Rendimiento Mnémico en el CIAM de Sachaca-Arequipa 2018?

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre la Metamemoria y el rendimiento mnémico de los adultos mayores de Sachaca-Arequipa 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las características de la metamemoria de los adultos mayores y su influencia en el rendimiento mnémico.
- Identificar la meta memoria en los adultos mayores de Sachaca-Arequipa 2018.
- Identificar el Rendimiento mnémico en los adultos mayores de Sachaca-Arequipa 2018.
- Analizar la relación entre la Metamemoria y el Rendimiento mnémico en los adultos mayores de Sachaca-Arequipa 2018.

1.3 HIPÓTESIS

H1 Existe relación entre la Metamemoria y el Rendimiento mnémico en los adultos mayores de Sachaca-Arequipa 2018.

H2 No existe relación entre la Metamemoria y el Rendimiento mnémico en los adultos mayores de Sachaca-Arequipa 2018.

1.4 VARIABLES E INDICADORES

Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	Sub-indicadores
Variable 1: Meta memoria	La meta memoria es la capacidad de reflexionar sobre las propias habilidades mnémicas	Funcionamiento Mnésico optimo Funcionamiento normal con fallos poco significativos Función mnésica con alguna repercusión en su actividad diaria Deterioro mnésico moderado o severo	- ≥ 0 y <8 - ≥ 8 y ≤ 35 - ≥ 36 y ≤ 50 - >50
Variable 2: “Rendimiento Mnémico”	El rendimiento mnémico Es nuestro rendimiento objetivo de memoria	Recuerdo Libre Inmediato Recuerdo a corto plazo con claves semánticas Recuerdo a largo plazo	- 0-14 - 0-14 - 0-14

		conclaves semánticas Reconocimiento a Largo Plazo	- 0-14
--	--	--	--------

1.5 JUSTIFICACIÓN

La memoria ha sido una de las funciones superiores más estudiada en el envejecimiento normal; no obstante, la intervención en los problemas o fallos de memoria en las personas mayores se ha desarrollado en los últimos años.

El estudio de la metamemoria en adultos se remonta a finales de la década de 1970 y comienzos de 1980. Este interés relativamente reciente se debe, en parte, al estereotipo habitual del declive y de las quejas acerca de la memoria de las personas mayores (Levy y Langer, 1994). Cuando la creencia más extendida era el de una degradación inevitable, existía escasa necesidad de teoría o investigación acerca de lo que las personas mayores sabían o creían acerca de la memoria. Conforme fue quedando claro que el desarrollo de la memoria a lo largo de la última parte del ciclo vital depende del tipo específico de memoria que se evalúe (memoria operativa, a largo plazo...), y que las diferencias individuales eran importantes, la metamemoria de la tercera edad pasó a ser una de las potenciales variables explicativas (Cavanaugh, 2002).

En general, la metamemoria se define como las creencias, conocimientos y percepciones acerca de la propia memoria. La importancia de la metamemoria radica en su influencia sobre el funcionamiento de memoria (Cavanaugh y Poon, 1989).

Existe el estereotipo de que la memoria se deteriora con la edad. Diferentes autores han comprobado que entre las personas mayores esta idea es una firme creencia (Dixon, 1989;

Cavanaugh y Poon, 1989). Tienden a percibirse como menos eficaces en tareas cognitivas respecto a los jóvenes o a ellos mismos cuando eran jóvenes.

Consideran que su memoria ha disminuido de forma importante y que sus déficits son más graves que los presentados por los jóvenes.

Jonker, Geerlings y Schmand (2000) hacen una revisión de estudios que tratan de estudiar la prevalencia de quejas de memoria y la relación de estas quejas con el deterioro cognitivo o demencia en personas ancianas. Por otro lado, encontraron también que la edad, sexo femenino y bajo nivel educativo están generalmente asociados a una mayor prevalencia de quejas de memoria. Otro de sus hallazgos fue que existía una asociación entre quejas de memoria y deterioro de la memoria después de presentar síntomas depresivos.

La presente investigación se realiza con el propósito de dar a conocer la relación que existe entre Metamemoria y rendimiento mnémico debido a que, en la actualidad, la mala memoria puede ser una parte normal del envejecimiento. A medida que las personas van envejeciendo, ocurren cambios en todas las partes del cuerpo, inclusive en el cerebro.

Como resultado, algunas personas pueden notar que les toma más tiempo aprender algo, que no recuerdan información tan bien como lo hacían antes o que pierden cosas como sus anteojos. Éstas usualmente son señales de problemas leves de mala memoria, no de problemas serios de la memoria.

Los prejuicios sociales que terminan influyendo en las personas mayores y por los que desarrollan una imagen negativa de sí mismos y de las capacidades que posee su memoria, llegando a pensar que cuando envejecen dejan de tener ciertas capacidades cognitivas porque éstas están atrofiadas por el mero hecho de ser mayor. Esto no se ajusta a la realidad sino a una infravaloración estereotipada, pues comprobamos a diario en nuestra sociedad

actual cómo muchas personas mayores poseen sus facultades cognitivas constantes, lo que les hace ser una fuente de sabiduría y sapiencia digna de cuidar, cultivar, mejorar y de la que aprender (OMS, 2012).

La influencia negativa de las creencias que tienen los adultos mayores en el desempeño de su memoria, consideran que las creencias acerca de la memoria, como un aspecto de la metamemoria que podría estar relacionado con un pobre desempeño de la memoria en los adultos mayores, en la medida en que un conocimiento erróneo del funcionamiento de la propia memoria, los llevaría a utilizar las estrategias inadecuadas en tareas de memoria cotidiana (Cavanaugh, Feldman y Hertzog, 1998; Troyer y Rich, 2002).

El interés en el estudio de la metamemoria se ha sustentado en la idea de que el conocimiento de la propia memoria juega un rol importante en la generación y modificación del comportamiento relacionado con la misma (Flavell y Wellman, 1977).

Los investigadores que se han interesado en el estudio de esta relación, parten de la premisa de que las percepciones, creencias y conocimientos que los adultos mayores tienen sobre el funcionamiento de su memoria, influyen en la elección de comportamientos que les permitan tener un mejor desempeño en tareas de memoria (Bunnell, Baken y RichardsWard, 1999; Hertzog, Lineweaver y McGuire, 1999; Lineweaver y Hertzog, 1998; Ponds y Jolles, 1996).

Desde un ámbito más psicosocial, es una realidad el hecho que los mayores se quejan de más problemas de memoria que los jóvenes. La autoevaluación de la memoria tiende a ser más negativa con la edad. Ello en parte puede ser debido a la constatación real de ciertos problemas de memoria, pero también es resultado de una retroalimentación negativa o bien

de las actitudes sociales hacia el envejecimiento: los ancianos se muestran más tolerantes con los fallos de memoria de los jóvenes, mientras que tienden a juzgar los mismos fallos en los ancianos como un problema mental y en ellos mismos como un mero efecto distractor (Guirado, 1999).

Se sabe que algunos declives de la memoria están relacionados con el desarrollo negativo de conceptos como el de auto confianza o auto eficacia: al contrario que en los jóvenes, las autoevaluaciones de las personas mayores tienden a reflejar percepciones de declive creciente a lo largo del tiempo (Fingerman y Perlmuter, 1994). Los problemas de autoeficacia en la vejez, centrados muchas veces en la evaluación errónea de las propias capacidades, favorecen la aparición de procesos autos perturbadores, que originan un descenso en el funcionamiento cognitivo y conductual (Pelechano, 1996; Bandura 1987).

Las personas que se juzgan a sí mismas ineficaces en tareas de memoria y quienes creen que carecen de control sobre las habilidades de memoria muestran un rendimiento más pobre (Berry, Westy Dennehey, 1989; Soederberg y Lachman, 1999); es por ello que surgen preguntas como: ¿Cuál es la relación entre la metamemoria y el rendimiento mnémico en adultos mayores? Y ¿Cómo influye la metamemoria en el rendimiento mnémico en adultos mayores?

Existen estereotipos culturales negativos que consideran que en los adultos mayores se da un declive de la memoria con mayor rapidez, que ejercen gran influencia sobre lo que los adultos mayores piensan y creen sobre su propia memoria, y por consiguiente, en sus desempeños y tareas de memoria, y esto podría estar influenciando en el rendimiento mnémico de los adultos mayores es por ello que con esta investigación se pretende estudiar la metamemoria en las personas de tercera edad ; es decir, trabajar con las creencias subjetivas que estos presentan sobre las funciones y características de su propia memoria,

para estudiar la posibilidad de que estas percepciones coincidan con la memoria real y objetiva que poseen y de esta manera determinar la relación existente entre la metamemoria y el rendimiento mnémico. Finalmente, de ser hallada dicha relación será factible que: Pueda Trabajarse en el fortalecimiento de una metamemoria positiva en los adultos mayores y que estas diferencias de memoria que se observan con la edad, desaparezcan con entrenamiento y práctica.

1.6 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Solanly et al (2005) en su investigación “Memoria y Metamemoria en Adultos Mayores” presentan una revisión de 47 reportes de investigación publicados entre el año 1995 y 2005. Sus resultados fueron reseñados y organizados en una matriz que permitió categorizar las variables abordadas en los estudios. En cada variable se encontraron estudios cuyos resultados reflejan el estereotipo cultural negativo sobre el declive de la memoria asociada al proceso de envejecimiento; y en menor cantidad, investigaciones que evidencian un estereotipo positivo caracterizado por la estabilidad en el funcionamiento de la memoria hasta edades avanzadas. El balance plantea interrogantes acerca de la pertinencia del diseño metodológico y de los instrumentos utilizados para evaluar la memoria y la metamemoria en este grupo poblacional, si bien es cierto el uso de instrumentos y métodos para la realización de investigaciones es un tema de debate, el uso del método cualitativo nos permitirá obtener un análisis más profundo sobre las variables a analizar, especialmente con la metamemoria, ya que está relacionada con el grado de conciencia y el la opinión de los propios participantes.

La investigación, realizada por Koutstaal y Aizpurua (2012), concluye que la memoria de los adultos mayores no es tan deficiente como se creía hasta ahora. Los adultos mayores

recuerdan menos detalles específicos que los jóvenes, y, en general, tanto unos como otros conservan mejor las informaciones concretas de los hechos vividos que las abstractas. La principal diferencia estriba en la capacidad de recordar los hechos más remotos, es decir; los jóvenes los recuerdan mejor. Los adultos mayores recuerdan con más dificultad los hechos más alejados en el tiempo, los mismos autores mencionan que “no es del todo cierta la tan extendida creencia de que al llegar a la vejez la memoria se deteriora. Diversas investigaciones neuropsicológicas y otros estudios demuestran que la pérdida cognitiva comienza a los 20 años, pero que apenas la percibimos, porque contamos con la suficiente capacidad para hacer frente a las necesidades de la vida cotidiana, dicha pérdida es más perceptible entre los 45 y los 49 años, y general a partir de los 75, aproximadamente”.

Oscar Sierra (2009) en su investigación sobre la memoria y la relación con la metamemoria, resalta la habilidad general de reflexionar sobre los propios procesos cognitivos se denomina metacognición y sobre las habilidades mnésicas, en particular, metamemoria. Empleando la Prueba de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey PAAVR, se exploró la metamemoria predictiva y su estabilidad. Antes de cada ensayo de aprendizaje de la PAAVR, 428 sujetos sanos estimaron cuántas palabras creían poder recordar. Teniendo las correlaciones entre los puntajes de aprendizaje y las correspondientes estimaciones fueron altas. La correlación entre aprendizaje total y la estimación total del mismo fue elevada, la estabilidad de las estimaciones un año más tarde fue significativa, la interferencia y el olvido ocurrieron de manera estrechamente paralela en la metamemoria.

La relación existente entre la memoria y la metamemoria es estrecha, y se hace más cercana debido a la influencia que existe entre ambas, por otro lado las investigaciones anteriores muestran la capacidad de predicción que se puede tener sobre el rendimiento

mnémico, en el análisis de estas variables no existe mucha información sobre el uso de metodología cualitativa para investigar el tema a profundidad, lo que conlleva a sesgos en las investigaciones dado que las diferencias individuales son un factor importante para un análisis más profundo sobre la influencia de la metamemoria en la memoria.

1.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La presente investigación no tiene ninguna limitación de orden económico, ni teórico, ni metodológico.

1.8 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1.81 Metacognición.

Según Flavell (1978), un especialista en psicología cognitiva, dice “La metacognición hace referencia al conocimiento de los propios procesos cognitivos, de los resultados de estos procesos y de cualquier aspecto que se relacione con ellos; es decir el aprendizaje de las propiedades relevantes que se relacionen con la información y los datos. Por ejemplo, yo estoy implicado en la metacognición si advierto que me resulta más fácil aprender A que B.

1.8.2 Metamemoria.

Según Flavell (1971) introdujo por primera vez el término de “metamemoria”. En la metamemoria están implicados dos aspectos: El conocimiento de las tareas de memoria y cuáles son sus funciones; El conocimiento de las capacidades de la propia memoria y sus limitaciones; también incluye el conocimiento acerca de la relativa dificultad que implica la tarea, al igual, que el conocimiento de uno como aprendiz (Flavell y Wellman, 1977)

1.8.3 Adulto Mayor.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) considera como personas adultas mayores a las personas de 60 a 74 años en edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos.

A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad o adulto mayor.

Mencionar a las personas adultas mayores es hacer referencia al envejecimiento natural e inevitable del ser humano, el cual es un proceso dinámico progresivo e irreversible, en el que van a intervenir conjuntamente factores biológicos, psíquicos, sociales y ambientales.

De acuerdo al Plan Nacional para las Personas Adultos Mayores (2010), lo clasifican:

Persona adulta mayor independiente o autovalente: Es la que es capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria: comer vestirse desplazarse asearse bañarse, así como también es capaz de realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar limpiar la casa comprara lavar planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar su economía con autonomía.

Persona adulta mayor frágil: es quien tiene alguna limitación para realizar todas las actividades de la vida diaria básica.

Persona adulta mayor dependiente o postrada (no autovalente): Es aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tiene problemas severos de salud funcional y mental.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ENVEJECIMIENTO

Según la OMS (2018), es un “proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”.

Según lo anterior se podría entender que el envejecimiento es un proceso que ocurre universalmente y sugeriría cambios importantes en los organismos subrayando una implicancia con el medio en que el organismo, y en este caso la persona habita. Otro punto que resaltar es la heterogeneidad de este proceso siendo necesario para comprender la singularidad que tiene cada ser vivo al pasar de los años.

Es un proceso selectivo y diferencial desde el punto de vista psicológico y social, con una evolución individualizada y no generalizable. Por tanto, la edad únicamente constituye un referente y no una causa, por lo que no es generalizable el grado de

involución de las personas asociado a una edad determinada (Garcés de los Fayos y col, 2002). El envejecimiento es un proceso ante todo individual, que se expresa por la singularidad ya mencionada, diferenciando entre edad cronológica, edad biológica, edad psicológica, edad social y edad funcional, que se conjugan en el envejecimiento individual.

Estas dimensiones dibujan la realidad global del envejecimiento que esencialmente marcado por la subjetividad en la forma de afrontar, de manera individual y diferente, el propio proceso de envejecimiento.

Es cierto que hasta ahora no hay teoría explica con suficiencia todos los cambios del proceso de envejecimiento, el cuales complejo y variado, describiéndose como un efecto acumulativo de la interacción de muchas influencias a lo largo de la vida, la herencia, el ambiente, las influencias culturales, la dieta, el ejercicio, la diversión, las enfermedades y otros muchos factores. Todo lo cual hace impredecible cómo y cuándo será el envejecimiento de una persona (Troen, 2003).

El envejecimiento no implica enfermedad, dependencia y falta de productividad necesariamente, sin embargo, conforme se van añadiendo años a la vida también se van incorporando en las personas mayores diversas modificaciones fruto del proceso natural de envejecimiento que conllevan cambios en las estructuras internas y externas (Alonso y Moros, 2011).

Con lo anterior el envejecimiento se comprendería una etapa que está comprendida en normalidad que modificará el terreno en el cual las características de vida de cada individuo actuarán en el adulto mayor, dejando de lado las percepciones casi siempre

negativas de la vejez, dando cabida a la posibilidad de un proceso de vida más adecuado y con el bienestar que el ser humano necesita.

Características del envejecimiento

- Universal: es propio de todos los seres vivos.
- Progresivo: porque es un proceso acumulativo.
- Dinámico: porque está en constante cambio.
- Irreversible: no se puede detener, es irreversible, definitivo.
- Declinante: las funciones del organismo de deterioran de forma gradual hasta la muerte.
- Intrínseco: por es este proceso ocurre a pesar de la influencia de factores ambientales.
- Heterogéneo e individual: puesto que el proceso de envejecimiento no sigue algún patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento, varía enormemente de persona a persona, de tejido a tejido, de órgano a órgano.

Desde un punto de vista funcional el adulto mayor se puede clasificar como auto Valente, auto Valente con riesgo (frágil), dependiente y postrado o terminal.

- Auto Valente: es aquella persona adulto mayor capaz de realizar actividades básicas de la vida cotidiana.

- Auto Valente con riesgo: aquella persona con aumento de susceptibilidad a la discapacidad, es decir aquella persona adulto mayor con alguna patología crónica.
- Dependiente: se dice de aquella persona con restricción o ausencia física o funcional que limita y/o impide realizar actividades de la vida cotidiana.
- Postrada o terminal: se puede comprender a aquella persona adulto mayor con restricción física, mental incapaz de realizar actividades básicas como alimentarse y controlar esfínteres.

2.2 TEORÍAS DE ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento en su singular forma de edificarse como una interacción de múltiples factores tanto internos como externos, con el organismo que dan como resultado un debilitamiento del equilibrio en el cual opera la salud y bienestar de la persona, lo cual conlleva a la muerte.

El afán de esclarecer este proceso de importancia, se han formulado teorías para explicar el envejecimiento dentro de las cuales podemos señalar:

- La teoría del envejecimiento programado: según el cual los cuerpos envejecen según un patrón de desarrollo norma establecido 1 para cada órgano.
- La teoría del desgaste natural: según el cual los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo natural y a su vez envejece debido al uso continuo.

- Teoría de inmunología: considera que a través de los años hay disminución de la respuesta inmune ante los antígenos externos y paradójicamente un aumento de los mismos.
- Teoría de los radicales libres: explica que en el envejecimiento hay una lesión irreversible en cada célula.
- Teoría de sistema: describe al envejecimiento como el deterioro de la función del sistema neuroendocrino.
- Teoría genética: son las que más se acercan a la intimidad del proceso de envejecimiento, sostienen que en el ciclo de la réplica celular se pierde una pequeña porción de ADN hasta provocar la muerte de la célula.

Es así que el envejecimiento y su comprensión se torna una ardua tarea, los diferentes puntos de vista en las teorías dan pie a un análisis más profundo de un conjunto de factores que interactúan de maneras complejas.

2.2 PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

2.2.1 Cambios físicos.

Durante esta etapa se presentan cambios físicos que incrementan la posibilidad de desarrollar, pues el organismo se torna frágil. Algunas de las enfermedades que se le asocian a la vejez son enfermedades crónicas que han sido adquiridas aproximadamente a los treinta años, como lo es la artritis, diabetes, enfermedades cardíacas, reumatismo, lesiones ortopédicas, alteraciones mentales y nerviosas.

Cambios en los sistemas sensoriales:

- La visión: Disminuye el tamaño de la pupila, hay menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue una menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana; disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores.
- La audición: menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que dificulta la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa por la cual una persona de mayor edad tenga problemas para reconocer voces femeninas, pues estas suelen ser más agudas.
- Gusto y olfato: Disminuye la capacidad para discriminar sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas; pérdida para discriminar los olores de los alimentos. Es así que la combinación de estas dos funciones es una de las razones por la cual gran parte de los adultos mayores se quejan de las comidas en las instituciones socio-sanitarias.
- El tacto: La piel es el órgano relacionado a la capacidad sensorial del tacto. Los cambios que se producen en la piel pueden percibir por observación, como lo es las arrugas, manchas, flacidez y sequedad.

Estos cambios se producen por transformaciones internas, como lo puede ser la disminución de producción de colágeno que hace evidente esta etapa, la pérdida de grasa subcutánea y la masa muscular, que también pueden ser influenciadas por la alimentación, por posibles enfermedades o por la excesiva exposición al sol sin usar

algún protector, esto puesto en escena por una consideración social del uso de medias preventivas en ambientes con alto grado de contaminación.

2.2.2 Cambios en los sistemas orgánicos.

- La estructura muscular. Se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro. En consecuencia, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular.
- El sistema esquelético. La masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos (menos densidad del hueso) y quebradizos. Debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por tanto, más vulnerables a las fracturas. Estos cambios afectan en mayor medida al sexo femenino, debido a la mayor pérdida de calcio, los factores genéticos, factores hormonales como la menopausia.
- Las articulaciones. Se constituyen menos eficientes al reducirse la flexibilidad, una mayor rigidez articular debido a la degeneración de los cartílagos, tendones y ligamentos, siendo estas las teres estructuras que componen las articulaciones. Estos cambios como consecuencia producen dolor.
- El sistema cardiovascular. En el corazón se da el aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción, entre otros cambios.

- Los vasos sanguíneos se estrechan y pierden inelasticidad, al aumentar de grosor y cumular grasa en las arterias (ateroesclerosis). El estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre.
- Las válvulas cardiacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, es decir que necesitan más tiempo para poder así cerrarse. Estos cambios provocan un aporte menor de sangre oxigenada y a su vez se convierte en una causa importante por la que la fuerza disminuye y la resistencia física.
- El sistema respiratorio. Su funcionamiento queda disminuido debido a diversos factores, entre los cuales está la atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y el deterioro del tejido pulmonar (bronquios). Todo ello produce una disminución del contenido de oxígeno en la sangre, que se reduce entre un 10% y un 15%, y en la aparición de alguna enfermedad respiratoria, el enfisema que es muy común en las personas mayores.
- Sistema excretor. El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho. Es por esta razón, que se hace necesario al organismo misionar con mayor frecuencia. El deterioro del mismo sistema hace también que sea frecuente los problemas de incontinencia.
- Sistema digestivo. En lo general todos los cambios se traducen en una digestión con dificultad y en la disminución del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y en el intestino delgado.

2.2.3 Cambios psicológicos.

La vejez supondrá cambios y manifestaciones de importancia a nivel de bienestar mental, de la percepción del medio cercano y su actuar.

La predisposición a la tristeza, la melancolía y a la depresión son también aspectos relacionados con la vejez, estos bien pueden estar relacionados con los aspectos físicos debido a la pérdida de autonomía y/o a los aspectos sociales (jubilación, perdida de seres queridos, miedo a la enfermedad y a la muerte, etc.) y como consecuencia se produce un mayor aislamiento social (Enríquez y Núñez, 2005).

2.2.4 Funciones cognitivas.

Las funciones cognitivas (atención, orientación, percepción fijación, memoria, etc.), establecen procesos importantes para la recepción, almacenamiento y utilización posterior de información de la realidad de la propia persona. Hasta hace poco tiempo las modificaciones en las funciones cognitivas se asociaban a un proceso de deterioro irreversible, que hoy se ha desechado gracias a los avances en el conocimiento de las mismas y a la existencia de diferentes técnicas y programas de intervención que hacen posible, al menos en algunos casos, frenar y modificar estos procesos (Yanguas, J.; Sancho, M. & Leturia, F. 2004).

En el funcionamiento intelectual se sabe que, si bien es cierto, algunas personas mayores presentan un cierto declive en algunas funciones relacionadas al rendimiento intelectual propiamente dicho, algunas personas no sufren de alguna dificultad notable. Sin embargo, sabemos que ciertos elementos moduladores personales, socioeconómicos y educativos influyen en el funcionamiento intelectual en la vejez, así como en la salud general, en contrapartida, el organismo humano

tiene capacidades de reserva que pueden ser activadas durante la vejez que permiten compensar, e incluso prevenir, el declive. (Belsky, 1996).

2.2.4.1 La inteligencia.

La edad de la persona por sí sola no se establece como un factor determinante en la afectación de facultades mentales, aunque las personas hacen uso de conocimiento de modo de compensar la lentitud de respuesta a los estímulos. Esta situación da cuenta una cierta estabilidad como una principal característica de la inteligencia del adulto mayor.

La disminución de la rapidez en los procesos mentales es un factor que se debe de tener en cuenta para el estudio de los cambios psíquicos, y su formulación en el comportamiento individual que se caracteriza por: fatiga intelectual, perdida de interés, perdida de atención y/o dificultad de concentración. Por lo general este cambio de ritmo de vida no es más que el reflejo de un enlentecimiento orgánico general, es por esto que se considera que la persona adulto mayor invertirá mayor cantidad de energía para adaptarse a las diferentes situaciones que se les presenta en su proceso de envejecimiento, así podremos entender la naturaleza de sus respuestas.

En cuanto a la inteligencia fluida como se le conoce, guarda relación con el aprendizaje y precisa una base neurofisiológica. Es en esta que se encuentra la creatividad, el comportamiento innovador y permite al ser humano la resolución de problemas nuevos; la creatividad brindara una herramienta para la elaboración de percepciones positivas de la realidad. La inteligencia cristalizada, se relaciona con la

experiencia y la reflexión. Está vinculada a aspectos culturales, educacionales y a la experimentación. Esta permite la resolución de problemas mediante técnicas que se aplicaron a otras situaciones vividas.

2.2.4.2 *La memoria.*

La pérdida de la memoria reciente parece ser un signo por lo general característico de los cambios en la psique durante el envejecimiento. Al adulto mayor le cuesta mucho evocar sucesos recientes y sufre además pequeños olvidos. Diversos factores se relacionan con la pérdida de memoria reciente, aunque no se tiene bien delimitado las causas de ni las interacciones inmersas, comprenderían desde cambios neurológicos y circulatorios que afectan la función intelectual, la oxigenación y nutrición celular; hasta la motivación y la pérdida de interés ya mencionada del entorno, sentimientos de inferioridad o impotencia, estados depresivos, disconformidad con el estado de vida actual, enfrentar las pérdidas de sus seres queridos, entre otros.

La persona mayor tiene mayores dificultades para retener informaciones que son poco significativas, más aún cuando deben esforzarse mucho o si en ese momento tiene su foco de atención puesta en alguna otra actividad. También tienen problemas con acontecimientos nuevos guardados en la memoria remota. Tiene mayor capacidad de evocar detalles que tuvieron lugar en otra época, esta época que, por otro lado, tiene significancia para el adulto mayor. La memoria remota permite recordar y conservar el vocabulario, las experiencias, recuerdos y mucha más información que es básicamente útil sobre el mundo que rodea al adulto mayor.

La memoria visual se conserva intacta durante más tiempo que la memoria auditiva o relaciones tempo espacial. Teniendo en cuenta de la edad de las personas, en los adultos mayores la utilización de listas, agendas, notas calendarios, etc. permite recordar las ocupaciones, responsabilidades y compromisos sin que esta tarea signifique gran dificultad.

Con el transcurrir de los años, esa primera modalidad de memoria no sufre prácticamente deterioro, excepto por la rapidez de la recogida de información por el contrario la capacidad de procesamiento y retención en la memoria secundaria, se puede ver seriamente afectada (Charchat-fichman y col. 2005).

Los problemas con la memoria, con la pérdida de esta, son de especial significancia para los adultos mayores puesto que conlleva a sentimientos de pérdida de control sobre el medio y su propio comportamiento, atribuyéndolos comúnmente a la edad. La normalización de un problema, en algunos de los casos, más que ayudar estructura en la concepción colectiva que la perdida, aunque negativa es inevitable y que su final será catastrófico.

Así también debemos de considerar que los aspectos motores están condicionados, de gran manera por los procesos psicológicos, mantener en un funcionamiento adecuado ayudara en la motricidad del sujeto.

Los datos históricos, antropológicos y particularmente los psicológicos, muestran que los ancianos pueden mantener sus capacidades psicológicas a buen nivel si no dejan de estimularlas (Oña, 2002).

En nuestra realidad la situación común del adulto mayor provoca una disminución de la preservación de las funciones psicológicas puesto que la estimulación es muy poca.

2.2.5 Cambios afectivos.

La mayoría de las personas ancianas han adquirido una madurez emocional debido a las experiencias que han tenido, con lo cual le hacen frente a la vida como lo son las pérdidas de sus seres queridos. No obstante, su salud física y mental, así como las características del entorno en que vive, influirá en la expresión de la emotividad. Con la edad aumentan las crisis, problemas, los factores estresantes cobran importancia, y se agravan situaciones de la vida del anciano, la perdida de fuerzas físicas ante los problemas.

La motivación representa el impulso generador de actividades dirigidas a la satisfacción y consecución de objetivos precisos. No se espera que cumpla la misma cantidad de horas en las mismas actividades que las personas jóvenes, pero si debemos procurar que las actividades que realicen sean satisfactorias, les hagan sentir útiles y participes en la sociedad.

Hace décadas, los adultos mayores gozaban de una posición relevante en la sociedad, debido a que constituían una valorada e importante fuente de sabiduría. El avance del tiempo, la industrialización alteró este proceso, pasando a ser del adulto mayor, un sujeto “pasivo” para la sociedad.

2.2.6 Personalidad.

Se suele decir que los rasgos de personalidad de las personas se remarcán los matices con la edad. Cuando se habla de una personalidad madura, hablamos de una personalidad que se mantiene estable si no aparece ningún problema de enfermedad. Aunque al referirse a cambio, no se refiere a unos grandes cambios, opero se realizan ciertos ajustes según la experiencia de vida del adulto mayor.

En relación a algunos tipos de personalidad en la vida del adulto mayor que puedan ayudar a tener un panorama de bienestar con el proceso, podemos identificar personalidades “adaptadas” y personalidades “mal adaptadas”. En las primeras estarían aquellos mayores que tienen perspectiva realista de la vida, contentos de vivir la vejez de forma satisfactoria, que se mantienen en actividad y con interés con lo que les rodea. Y también se encontrarían aquí, los contentos de jubilarse y de ya no tener una obligación con la sociedad; también se encuentran aquellos septuagenarios que son más estrictos consigo mismo, que han puesto en primer lugar el deber antes del placer, y que perciben que serán vulnerables en el momento en que termine su actividad.

En las segundas, las “mal adaptadas”, identificamos a personas negativas, hostiles, coléricas, que muestran un profundo descontento, que no han interiorizado el envejecimiento y tienen miedo a morir. O aquellos que la percepción de su vida es mala, con sentimientos de culpa, con actividades inconclusas y consideran que la muerte es la única salida a su propia situación.

Según Erikson (2000) la vejez es una de las ocho etapas del ciclo vital. En su teoría psicosocial, Erikson describe los conflictos en el desarrollo de la vida de una

persona. Estas etapas son, Confianza vs desconfianza, autonomía vs vergüenza y duda, Iniciativa vs culpa, laboriosidad vs inferioridad, búsqueda de identidad vs difusión de identidad, intimidad frente a aislamiento, generatividad frente a estancamiento, y por último y la etapa que es importante tomar en cuenta según el estudio, Integridad frente a desesperación.

Esta es la última etapa del ciclo vital, se encuentra a partir de los 60 años aproximadamente y transcurre hasta la muerte. En esta etapa existe un sentido de inutilidad biológica pues el cuerpo ya no responde como antes. Desde este sentimiento ocurre en la persona un distanciamiento de la sociedad y también el miedo a la muerte (Erikson, 2000).

Es así que la percepción propia que tiene el ser humano acerca del envejecimiento influirá en el bienestar integral del mismo, a su vez las políticas que tengan por finalidad el bienestar de los adultos mayores deberán tener en cuenta de las características propias y singulares de los individuos de la etapa.

2.3 VEJEZ EN LA ACTUALIDAD

La realidad actual ha dado un importante cambio al envejecimiento, lo que antes se consideraba como un anhelo de vivir más años de vida hoy en día se puede ver que está en marcha un incremento de la longevidad de las personas

- Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%.
- Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años.

- En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.
- La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado.

Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico (OMS, 2018).

Por ejemplo, en Italia se proyecta más de un millón de personas sobre la edad de 90 años para el año 2024 (Deiner y Silverstein, 2011) y en China, en el 2050, se proyecta 330 millones de personas mayores de 65 años y 100 millones mayores de 80 años. El incremento en la población adulta mayores ha considerado un fenómeno global, e incluso se menciona el «envejecimiento de la población mayor», es decir, no solo serán más ancianos, sino que aumentarán sustancialmente el número de adultos mayores con una edad más avanzada (Berrío, 2012).

2.4 DETERIORO COGNITIVO

2.4.1 Antecedentes.

La definición y delimitación del deterioro cognitivo tuvo importancia por la afectación en la vida de las personas con el pasar de los años, pues los cambios si no bien estrictos en la magnitud en todas personas, significan un revuelo en el bienestar de cada individuo, en especial los adultos mayores. El énfasis en la detección temprana de la demencia conduce a una serie de intentos por caracterizar estadios entre el envejecimiento normal y la demencia (Petersen, 2001). El deterioro cognitivo leve ha sido considerado como una condición normal que sucede en la vejez, así mismo como un camino común que sería el desarrollo de una demencia, que es muy atribuida a la vejez que es Alzheimer. El concepto de deterioro

cognitivo leve en el envejecimiento ha sido descrito y discutido en la literatura científica desde hace años (Petersen, 2004)

En 1986, en el seno de los trabajos llevados a cabo por un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos – National Institute of Mental Health junto con otros investigadores de Estados Unidos y Europa, con el objetivo de definir el cuadro descrito por Kral, y unificar los criterios de investigación provenientes de los cambios cognitivos en la memoria asociados a la edad, propusieron una terminología y unos criterios diagnósticos para una nueva entidad neuropsicológica denominada deterioro de la memoria asociado a la edad” (Crook, RT.Bartus, Ferris, Withehouse, y Gershon, 1986).

Según lo anterior, se hace hincapié en la memoria como un eje de investigación en relación con la edad, siendo un punto de partida a de estudios en las etapas por ende avanzadas como lo es la vejez.

Levy (1994) junto con la International Psychogeriatric Association, propusieron una revisión del término “deterioro de la memoria asociado a la edad, ya que consideraron este concepto muy restrictivo en términos de la naturaleza del déficit, indicando que la alteración cognitiva en los mayores también afectaba a otras funciones distintas de la memoria. Por ello, propusieron un término alternativo, el “deterioro cognitivo asociado a la edad”. Se establecieron criterios para su diagnóstico y propusieron recomendaciones sobre las líneas de investigación para avanzar en la determinación del cuadro. En el concepto mencionado se puede ampliar el campo de análisis del deterioro a otros dominios cognitivos diferentes de la memoria, como atención, lenguaje, habilidades visoespaciales, praxias u otras.

Los déficits no presentaban la suficiente severidad como para interferir en las actividades funcionales de la vida diaria y la duración del cuadro debía de ser superior a 6 meses. (Levy, 1994).

La afectación de las actividades cotidianas se pone en manifiesto en la determinación ya por sí mismo, de lo esperable y no esperable de la edad del ser humano.

En la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 1992), se propuso el concepto de "trastorno cognitivo leve", referente a alteraciones de la memoria o la concentración, que debía ser demostrable mediante tests neuropsicológicos y atribuible a lesión o enfermedad cerebral o a enfermedad sistémica que podría ser la causante de la disfunción. Se excluía la posibilidad de demencia, síndrome amnésico, commoción cerebral o síndrome postencefalítico.

Por otro lado, en el DSM-IV en 1994 apareció el término "declinar cognitivo relacionado con la edad", esto para indicar que otras funciones cognitivas además de la memoria aparecen comprometidas (American Psychiatric Association, 1994).

El manual amplió el abordaje al estudio del deterioro cognitivo, salir de una postura de calificación a priori de la relación única edad y memoria.

En 1999, el grupo liderado por Petersen de la clínica Mayo, acuñó el término 'deterioro cognitivo leve'. Aunque este término fue introducido inicialmente en la literatura en 1988 por Reisberg y colaboradores (Reisberg y Ferris, 1988), sin embargo, en ese momento, la intención fue referirse al estadio 3 de la Escala de

Deterioro Global. Por lo tanto, ha sido el grupo de Petersen quien con mayor rigor y meticulosidad ha abordado el concepto de deterioro cognitivo leve.

2.4.2 Concepto de deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo leve no sólo es un concepto importante en las investigaciones epidemiológicas y especializadas en el campo del deterioro cognitivo, sino también es una condición clínica cuya identificación y seguimiento es recomendada en la práctica clínica, propiamente dicha. Sin embargo, la falta de consenso clínico en la definición del concepto ha obstaculizado el uso de deterioro cognitivo leve como entidad específica diagnóstica (Palmer y Winblad, 2003). Aunque no determinante de la acción puesta para ocuparse del deterioro, la falta de esclarecimiento podría significar una dificultad en el actuar y elegir métodos, técnicas y estudios de los especialistas de la salud.

En general, las personas con deterioro cognitivo leve se caracterizan por presentar algún tipo de deterioro cognitivo, pero de gravedad insuficiente para constituir una demencia, es decir, las dificultades cognitivas no interfieren con la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida independiente y no conlleva pérdida de autonomía.

Es aquí donde aparecen las quejas subjetivas de deterioro cognitivo leve, con afectación en la mayoría de los casos de la memoria episódica. Con lo mencionado el diagnóstico del deterioro cognitivo leve se basará en una aclaración real, en la objetivación de deterioro en el individuo con un nivel de conciencia normal, a través de pruebas neuropsicológicas estandarizadas, con valores normativos para la edad y nivel de escolaridad del sujeto. Aunque el desempeño social y funcional de las

actividades de la vida diaria está preservado, las personas con deterioro cognitivo leve pueden presentar dificultades en la realización de tareas comprometidas y complicadas cognitivamente, como por ejemplo el mantenimiento de la economía familiar, la realización de comidas elaboradas o la realización de compras complejas (Petersen, 2004). Los resultados hallados en estudios han demostrado que estas sutiles dificultades en el desempeño de las actividades cotidianas señaladas son comunes en personas con deterioro cognitivo leve y suelen aparecer dos años antes del diagnóstico de demencia, aunque estas personas, generalmente, mantienen su independencia en el funcionamiento de las actividades de la vida diaria, con mínimas ayudas o asistencia. (Artero, 2003).

Según los criterios de la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) y la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el DCL es un “síndrome caracterizado por una alteración adquirida y prolongada de una o varias funciones cognitivas, que no corresponde a un síndrome focal y no cumple criterios suficientes de gravedad para ser calificada como demencia”. Según estas definiciones lo que toman en referencia es la gravedad en déficits de los procesos, así como su carácter en gran parte individual y permanencia en el día a día de las personas.

Los trastornos neurocognitivos son aquellos que no han estado presentes en la persona desde el principio, es decir que esta no nació con este trastorno, sino que ha declinado en ese aspecto cognitivo con el pasar de los años. Dentro de la demencia actualmente nombrada como Trastorno neurocognitivo mayor, se encuentra el trastorno cognitivo leve, el cual también ha sido nombrado así recientemente pues

se le entendía como un trastorno neurocognitivo no especificado (DSM- IV- TR, 2002).

2.5 DIFERENCIACIÓN DE TÉRMINOS

2.5.1 Delirium.

Es un síndrome cerebral orgánico que carece de una etiología específica, caracterizado por la presencia simultánea de trastornos de la conciencia y atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, de la psicomotricidad, de las emociones y del ciclo sueño-vigilia. Puede presentarse en cualquier edad, pero es más frecuente después de los 60 años. El cuadro de delirium es transitorio y de intensidad fluctuante. La mayoría de los casos se recuperan en cuatro semanas o menos. Sin embargo, no es raro que el delirium persista con fluctuaciones incluso durante seis meses, en especial cuando ha surgido en el curso de una enfermedad hepática crónica, carcinoma o endocarditis bacteriana subaguda. Un delirium puede superponerse o evolucionar hacia una demencia. (CIE-10, 2010)

La característica esencial de un delirium consiste en una alteración de la conciencia que se acompaña de un cambio de las funciones cognoscitivas que no puede ser explicado por la preexistencia o desarrollo de una demencia. La alteración se desarrolla a lo largo de un breve período de tiempo, habitualmente horas o días, y tiende a fluctuar a lo largo del día.

A través de la historia, del examen físico o de las pruebas de laboratorio se demuestra que el delirium se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, de la intoxicación por o la abstinencia de sustancias, del

consumo de medicamentos o de la exposición a tóxicos, o bien a una combinación de estos factores. La alteración de la conciencia se manifiesta por una disminución de la capacidad de atención al entorno. La capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención está deteriorada (Criterio A). Las preguntas deben repetirse debido a que la atención del sujeto es vaga, éste puede perseverar en una respuesta a una pregunta previa en lugar de focalizar su atención de forma adecuada, y los estímulos irrelevantes le distraen con facilidad. Debido a estos problemas, puede ser difícil o imposible mantener una conversación. (DSM IV, 2002).

2.5.2 Demencia.

Según Lorenzo y Fontan la demencia es un síndrome caracterizado por el déficit progresivo pero que no presenta trastorno de conciencia, como expresan estos autores la demencia influye en aspectos de la vida de la persona en cuanto a su rendimiento a nivel de vínculos familiares, laborales y sociales. (Lorenzo et al, 2004) El diccionario de neuropsicología denomina Demencia al deterioro cognitivo significativo, así vemos su definición como "Deterioro significativo en el funcionamiento cognoscitivo, conductual y funcional debido a diversas causas neurofisiológicas, a pesar de que se mantiene la conciencia". En el DSM- V se denomina como Trastorno Neurocognitivo Mayor" (Ardilla et al, 2015; p. 22)

La característica esencial de una demencia consiste en el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución. La alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa las actividades laborales y sociales y puede

representar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto. Si los déficits cognoscitivos se presentan exclusivamente durante el delirium, no debe realizarse el diagnóstico de demencia. (DSM IV, 2002).

2.5.3 Trastorno Amnésico.

Es un Síndrome caracterizado por un deterioro marcado de la memoria para hechos remotos, en el cual la memoria para hechos inmediatos está conservada. También está disminuida la capacidad para aprender cosas nuevas, lo que da lugar a una amnesia anterógrada y a una desorientación en el tiempo. Forma parte del síndrome una amnesia retrógrada, pero de una intensidad variable, que puede disminuir en el curso del tiempo, si la enfermedad o el proceso patológico subyacentes tienen tendencia a remitir. Presencia de confabulaciones, aunque de forma inconstante. La percepción y otras funciones cognoscitivas, incluyendo la inteligencia, están bien conservadas y constituyen un trasfondo del que destaca de un modo particular el trastorno de la memoria. El pronóstico depende del curso de la lesión básica (normalmente afecta al sistema hipotálamo-diencefálico o a la región del hipocampo). La recuperación completa es, en principio, posible (CIE-10, 2010).

2.5.4 Enfermedad de Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es el trastorno neurodegenerativo más frecuente en nuestro país, representando alrededor del 50-70% de las demencias que se diagnostican. Esta alteración se caracteriza por presentar un inicio insidioso y un curso lentamente progresivo que típicamente se manifiesta a través de problemas de memoria pero que, a medida que avanza, implica otras funciones cognitivas además

de alterar otros aspectos de la persona, como son la conducta o la personalidad (Alberca y López Pousa, 2002).

Es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología específica desconocida con exactitud que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos. El trastorno se inicia por lo general de manera notable, lenta y evoluciona progresivamente durante un período de años. El período evolutivo puede ser corto, dos o tres años, pero en ocasiones es bastante más largo. Puede comenzar en la edad madura o incluso antes (enfermedad de Alzheimer de inicio presenil), pero la incidencia es mayor hacia el final de la vida (enfermedad de Alzheimer de inicio senil). En casos con inicio antes de los 65 a 70 años es posible tener antecedentes familiares de una demencia similar, el curso es más rápido y predominan síntomas de lesión en los lóbulos temporales y parietales, entre ellos disfasias o disgraxias. En los casos de inicio más tardío, el curso tiende a ser más lento y a caracterizarse por un deterioro más global de las funciones corticales superiores. Los enfermos con síndrome de Down tienen un alto riesgo de desarrollar una enfermedad de Alzheimer. La demencia en la enfermedad de Alzheimer se considera hoy día irreversible. (CIE-10, 2010).

2.6 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DEL DETERIORO COGNITIVO

Aunque establecer una relación directa entre edad y demencia estaría errado, es una posibilidad que en prevención tiene mucha importancia. "La fase conocida como deterioro cognitivo leve es muy importante porque si bien se caracteriza por la ausencia de demencia, una vez desarrollada ésta, entre el 8 y 16 por ciento de los casos evolucionan hacia esta patología en un lapso de dos años. Es decir que, si bien no necesariamente tiene que existir

esta transición entre la senectud habitual y la demencia, puede ser que ocurra" (Schapira, 2011).

Lo importante cuando se estudia el deterioro cognitivo leve es la existencia de test, puesto que la cantidad de afectados ya sea de manera típica y atípica, es bastante, también es importante el matiz del entorno, así como que el individuo mencione que se está olvidando de las cosas, es necesario que esos olvidos sean posibles de comprobar

A nivel neuronal, la capacidad cognitiva depende de la habilidad dinámica de las células nerviosas de establecer conexiones (o "sinapsis"). Por supuesto cuando se es más joven la dinámica de formación de sinapsis es mayor. Sin embargo, según, "está demostrado que cuanto más activas se mantengan las capacidades cognitivas durante la juventud (mediante el estudio, la actividad social, el juego y todo aquello que estimule el ejercicio de la inteligencia y la salud mental), mayores serán las conexiones sinápticas que se establezcan, y por ende mayores las chances de tener una buena capacidad cognitiva a medida que avanza la edad". (Schapira, 2011)

"No obstante, pasados los 65 años todas las personas deben ocuparse de buscar actividades que les permitan preservar las funciones remanentes y ejercitárlas, dado que es muy difícil recuperar una función cuando se ha perdido por completo. Por eso es fundamental estar atentos a las posibles señales de deterioro, así como también aprender a diferenciar situaciones 'normales' (teniendo en cuenta la edad), de aquellas que representan algún grado de declinación. Por último, en caso de que sea necesario hay que contemplar recurrir a actividades y tratamientos capaces de minimizar el deterioro cognitivo".

Para finalizar, "Uno no puede predecir qué persona evolucionará del deterioro cognitivo leve a la demencia, así como tampoco se sabe por qué eso se produce. Lo que si tenemos claro es que realizando determinadas actividades es posible detener o disminuir el impacto del avance de la edad". (Schapira, 2011).

2.6.1 Factores que propician su evolución a demencia.

Como expresa Petersen et al. (1999) muchos estudios realizados indican que las personas con DCL tienen más probabilidad de desarrollar enfermedades como el Alzheimer (EA) posteriormente, pero no todas las que tienen DCL presentan tal demencia.

El DCL se refiere a un estado transitorio entre la normalidad y la demencia que parece delimitar un grupo heterogéneo de individuos que se encuentran en una situación de riesgo superior a la observada en la población general para el desarrollo de una demencia, especialmente EA (Grundman, Petersen, Ferris, Thomas, Aisen, Bennett et al., 2004).

Petersen et al (1999) explica que existe un problema a la hora de determinar qué pacientes con DCL podrían evolucionar hacia la enfermedad de Alzheimer en vista de que muchas personas pueden haber tenido en su vida una memoria descendida, una memoria pobre que no ha progresado.

Lorenzo et al (2004) explica que se abre una ventana en la vejez donde existe la posibilidad de este pasaje. El principal factor de riesgo de Alzheimer es la edad avanzada, y junto con el aumento de población de adultos mayores también aumenta el número de personas con Enfermedad de Alzheimer.

Los criterios diagnósticos de DCL propuestos por Petersen et al. (1997) incluyen: a) alteración subjetiva de la memoria, a poderes corroborada por un informador fiable; b) alteración de la memoria objetivada mediante test con datos normativos de personas de la misma edad y nivel de escolaridad; c) función cognitiva general normal; d) realización normal de las actividades de la vida diaria; e) no estar demenciado. Resumiendo, el diagnóstico de DCL básicamente implica la presencia de alteraciones de la memoria superiores a aquellas esperables para la edad y nivel de escolaridad del sujeto, quien se desenvuelve adecuadamente en su quehacer diario, por lo que no puede aplicarse el diagnóstico de EA posible u otro tipo de demencia.

Lorenzo y Fontan (2004) tomando los estudios de Petersen et al (1999) describen que los criterios diagnósticos para el DCL son, la queja subjetiva de pérdida de memoria que se confirma por otros familiares o seres cercanos, además de la prueba de un descenso de memoria una vez que se han realizado test al paciente, la normalidad en cuanto a las actividades cotidianas del mismo y que la situación de queja de memoria no se explique por alguna otra causa médica.

Tras realizar un estudio Samper encuentra en relación a la edad que, apenas cinco de 26 personas con DCL se encontraban entre los 50 y 54 años, las personas más afectadas eran aquellas que tenían entre 60 y 64 años. Otros autores sitúan la edad con más afectación de DCL entre los 72 y 79 años. La explicación está en que la masa del cerebro disminuye con la edad y debido al número de neuronas que se ve disminuido. (Samper et al 2011)

También la tasa de consumo de oxígeno del cerebro disminuye con la edad, afectando las neuronas. Además, se encuentran en el cerebro de las personas mayores placas seniles y ovillos neurofibrilares que son lesiones presentes también en la enfermedad de Alzheimer. (Samper et al, 2011)

Los factores asociados a la ruptura en la cognición del adulto mayor que lo encaminan hacia la EA no tienen que ver solo con la edad avanzada ya que si bien se desconoce su causa esta enfermedad se caracteriza por el acumulo excesivo de proteínas que una vez que se despliegan se vuelven tóxicas.

Como describe Lorenzo et al (2004) existe un factor de riesgo genético para la EA, ligado al cromosoma 19 donde se codifica el alelo e4/e4 de la apolipoproteína E, que presenta una frecuencia de 40% en personas con EA, siendo lo normal un 20%.

Además, la ausencia de este alelo está relacionada con el envejecimiento exitoso. La historia familiar de demencia no es considerada un factor de riesgo para la EA. Y el riesgo de desarrollarla es mayor en mujeres que en hombres y también aumenta en la población de bajo nivel educacional, y de edad avanzada.

En relación a estos dos últimos factores, Samper et al (2011) tras un estudio donde comparan un grupo de 20 personas sin DCL y uno de 20 personas con DCL, encontraron que los bajos niveles educacionales estaban solo en el grupo de las personas con DCL.

Se demuestra que aquellas personas con baja escolaridad es decir que llegan apenas a educación secundaria presentan 17,6 veces más de riesgo de tener DCL. En este estudio se explica que existe una reserva cognitiva en aquellas personas con alto

nivel educacional que posibilita la tolerancia a los cambios cerebrales que se asocian a la edad. Esa es la explicación de que las personas con bajo nivel educacional presenten más veces DCL.

Estudios demuestran que el nivel intelectual está ligado a la inteligencia. Existen dos posturas en cuanto al tema inteligencia en la vejez. Por un lado, una postura que habla del declive irreversible de la inteligencia a medida que avanza la edad y por otro lado una postura más reciente en donde se defiende la idea de que los cambios en la inteligencia si bien se asocian a la edad no son siempre negativos y tampoco son irreversibles, sino que algunas funciones maduran y otras regresan (Pousada y de la Fuente, 2006)

Sin embargo y según explica Pousada et al (2006) en las próximas investigaciones sobre la memoria del adulto mayor se deberían tener en cuenta los aspectos en cuanto al contexto de la persona afectada, y en qué medida el nivel intelectual y el nivel educacional inciden en el desenvolvimiento del mismo.

2.6.2 Subtipos.

Samper et al (2011) hablan de los subtipos de deterioro cognitivo leve y de cuan próximos al Alzheimer puede estar cada uno de ellos. Los autores tomando a Petersen (1999) describen el DCL Amnésico, DCL Difuso, y DCL focal.

El primer de los subtipos, el DCL Amnésico, es una fase prodrómica a la enfermedad, y es también el más frecuente. El segundo subtipo de DCL es el difuso, también progresiva hacia enfermedad de Alzheimer, pero sin embargo la levedad en el

grado de alteración no permite su diagnóstico, y además tiene que ver con otras etiologías como la demencia vascular.

Por último, se encuentra el DCL Focal no amnésico, que trata de la alteración de una función cognitiva como por ejemplo la alteración del lenguaje que pueda evolucionar hacia una afasia, es decir que no tiene que ver con la memoria. (Samper et al, 2011).

2.6.3 Elementos que constituyen la función cognitiva.

Los elementos de la función cognitiva son:

2.6.3.1 Orientación.

Permite al individuo tener conocimiento de sí mismo y de sus relaciones con el espacio y del tiempo en que se desenvuelve. El individuo, gracias a ella, sabe quién es, su nivel de instrucción, en qué trabaja (orientación auto psíquica), dónde está (orientación alopsíquica en el espacio) y en qué época vive (orientación alopsíquica en el tiempo). No existe un centro cerebral, determinado, de la orientación y depende de la acción de extensas áreas de las cortezas hemisféricas (Villanueva, 2000)

2.6.3.2 Memoria de fijación.

Permite poner en funcionamiento y enfocar la capacidad intelectual en un objeto (atención) para aprehender datos y evocarlos en el corto plazo. Se le llama también memoria reciente o anterógrada. Sus elementos primordiales son la atención y la captación de lo enfocado. Algunas zonas del cerebro intervienen en esta función como la parte anterior de las caras externa e interna del polo frontal de los

hemisferios y la superficie inferior u orbitaria, en la porción anterior de dichos lóbulos frontales. (Villanueva, 2000)

2.6.3.3 Concentración y cálculo.

Permite fijar la atención, y por medio del razonamiento, efectuar operaciones matemáticas u otras manipulaciones similares. Estas dos funciones tienen su centro en el lóbulo frontal en el mismo lugar que la memoria, llamada área premotora. (Villanueva, 2000)

2.6.3.4 Memoria de evocación.

Consiste en traer a la esfera de la conciencia datos almacenados tiempo atrás. Se denomina memoria remota o retrógrada y se diferencia de la memoria inmediata porque evoca sucesos remotos y no inmediatos, desde unos minutos a años de antigüedad. Su centro se encuentra en la cara interna de la corteza de los lóbulos temporales. Pero este centro recibe aferencias del hipotálamo, tálamo óptico y del área pre motora frontal de modo que una amnesia retrógrada puede significar la existencia de una lesión temporal, frontal o diencefálica. (Villanueva, 2000).

2.6.3.5 Percepción.

Es la capacidad del individuo para reconocer objetos, figuras, personas, colores, sonidos, olores, partes de un todo (por ejemplo, del cuerpo como los miembros, cabeza y tronco), etc. Este reconocimiento se logra gracias a otra función mental que está íntimamente ligada, la sensación, la cual recibe información de los órganos de los sentidos y del sistema de la sensibilidad propioceptiva y superficial. De acuerdo al reconocimiento producido, según el estímulo, habrá percepciones

visuales, auditivas, olfativas, sensitivas. Cada sensación tiene un centro donde el estímulo es recibido, elaborado y reconocido transformando y perfeccionando una sensación en percepción.

Las percepciones visuales se producen en el lóbulo occipital, alrededor y un poco más allá de la cisura calcarina en la cara externa del mismo. Las olfativas y auditivas en la cara externa del lóbulo temporal. Las sensitivas y sensoriales en el lóbulo parietal, también superficie externa. La pérdida de la capacidad de reconocimiento por falla de la percepción, pero conservando las sensaciones se denomina agnosia. (Villanueva, 2000).

2.6.3.6 Lenguaje.

Es la capacidad del individuo para comunicarse con sus semejantes ya sea emitiendo un mensaje, recibiéndolo o ambas actividades a la vez. Dichos mensajes pueden ser emitidos por la palabra (lenguaje hablado) o por la escritura (mensaje escrito) lo cual implica la colaboración del sistema motor para emitir y articular la palabra o escribirla y la sensopercepción auditiva y visual para escucharla o verla y elaborarla. Pero lo más importante es el reconocimiento de lo visto u oído y la generación del concepto a transmitir, es decir la producción de pensamientos e ideas.

Interesa también los componentes intelectuales del lenguaje haciendo abstracción de los factores motores y sensoriales para investigar un elemento importante de las demencias cual es la afasia, es decir la incapacidad de comunicación del paciente por no comprender lo que se ve u oye en presencia de una audición o visión

conservadas o por no poder expresarse por la palabra o la escritura en ausencia de parálisis musculares. El paciente ha perdido la memoria de las maniobras mentales que le permiten comprender, generar y transmitir ideas. El afásico es un individuo que, no siendo ciego, sordo ni paralítico no puede comunicarse. Puede estar demente o no según que solo haya lesión localizada en las áreas del lenguaje únicamente (afasia pura) o lesión difusa o generalizada de toda la corteza cerebral (demencia que padece afasia además de otras alteraciones cognitivas). (Villanueva, 2000)

La expresión de la palabra hablada tiene su centro en la parte posterior de la tercera circunvolución frontal del hemisferio dominante (izquierdo en los diestros) (derecho en los zurdos). El centro que emite los estímulos para la escritura de las palabras está en la segunda circunvolución del mismo lóbulo y a nivel posterior. El centro de la comprensión de la palabra oída se encuentra en la parte media de la 1º y 2º circunvoluciones temporales del hemisferio dominante. El centro de la comprensión de la palabra vista y leída en la escritura se encuentra en la unión de dichas circunvoluciones con la parte vecina del lóbulo occipital, siempre del hemisferio dominante. (Villanueva, 2000)

2.6.3.7 Praxia.

Se le conoce como capacidad de efectuar movimientos automáticos complejos previamente aprendidos y que tienen un fin determinado, generalmente realizar actos automáticos de la vida diaria o habituales (vestirse, calzarse, manejar vehículos, etc.). La apraxia es la incapacidad de efectuar automáticamente movimientos previamente aprendidos y que tienen un fin determinado (peinarse,

cepillarse los dientes, encender un cigarrillo, tomar un vaso de agua, calzarse las medias y los zapatos, etc.) puede confundirse con incomprendimiento del lenguaje oral o escrito (afasia) o incapacidad de reconocer los objetos necesarios para ejecutar dichos actos (agnosia).

Una forma de diferenciar estas incapacidades es buscando la comprensión del lenguaje de un modo más sencillo en la cual el paciente debe responder si o no a preguntas que buscan verificar si el mismo reconoce el significado de las palabras o es capaz de evocar palabras. Se debe descartar compromiso del aparato motor y sensorial (movilidad, sensibilidad, oído, vista) puesto que sus alteraciones no corresponden a la apraxia y su existencia invalida el diagnóstico de apraxia. Se puede averiguar sobre el estado de la praxia interrogando sobre las dificultades para efectuar algunas actividades de la vida diaria como el afeitado, lavado de dientes, calzado, etc. (Villanueva, 2000).

2.6.4 El deterioro cognitivo en el adulto mayor.

Las funciones cognitivas (atención, orientación, percepción, fijación, memoria, etc.) establecen procesos por los que el individuo recibe, almacena y utiliza la información de la realidad y de sí mismo. En consecuencia, si con la edad se producen cambios relacionados con las funciones anteriores, estos afectarán al conjunto de procesos, funciones y capacidades psicológicas fundamentales para nuestra vida. Hasta hace poco tiempo las modificaciones en las funciones cognitivas se asociaban a un proceso de deterioro irreversible, que hoy se ha desechado gracias a los avances en el conocimiento de las mismas y a la existencia de diferentes

técnicas y programas de intervención que hacen posible, al menos en algunos casos, frenar y modificar estos procesos (Yanguas, Sancho y Leturia, 2004).

En el ámbito del funcionamiento intelectual se sabe que, si bien es cierto que las personas mayores, como grupo de edad, presentan un cierto declive en algunas funciones relacionadas con el rendimiento intelectual, éste no aparece hasta el final de los 60 años y no se trata de una disminución generalizada ya que un importante porcentaje de sujetos no sufre merma alguna. No obstante, sabemos que ciertos elementos moduladores personales, socioeconómicos y educativos influyen en el funcionamiento intelectual de la vejez, así como la salud en general. En contrapartida, el organismo humano tiene capacidades de reserva que pueden ser activadas durante la vejez y que permiten compensar, e incluso prevenir, el declive (Belsky, 1996).

Deterioro significa, lógicamente, la pérdida de algo que anteriormente se poseía. El deterioro cognoscitivo se refiere a la pérdida de las facultades intelectivas. Aunque no resulta sencillo en la clínica documentar el nivel de rendimiento previo de estas funciones superiores, las evidencias indirectas suelen ser suficientemente convincentes, es posible en la clínica concluir, tras la historia clínica y el examen de los pacientes, que en algunos se ha producido un deterioro de intensidad variable. Pero a la hora de la valoración es imprescindible tener en cuenta la edad de los individuos o de los pacientes (Lobo y cols, 2002).

En circunstancias normales, se estima que hay un equilibrio entre ese declive fisiológico de algunas facultades intelectuales (incluyendo la memoria y la sabiduría) y la experiencia acumulada. Existen grandes diferencias individuales,

pero un rápido declive sugiere la existencia de una patología. Sin embargo, no se debe confundir dicha pérdida con la tendencia al enlentecimiento en los mayores para procesar la información, procesado que requieren algunos de los tests psicométricos habituales.

Las pruebas experimentales de rendimiento han documentado, además, que no se produce el declive de modo homogéneo en todas las áreas intelectuales. Es bien conocida, por ejemplo, la mayor pérdida de memoria de capacidades “fluidas” y de hechos recientes y la mejor conservación de la memoria “remota”, de hechos más antiguos y de capacidades “cristalizadas”.

Es muy frecuente, por otra parte, que los mayores se quejen, al menos cuando se les pregunta, de que pierden memoria. Aunque las quejas subjetivas aumentan con la edad (50% de los mayores de 80 años), éstas se dan también en personas sin deterioro patológico y no se dan, por el contrario, en una proporción considerable de enfermos de Alzheimer. Además, la depresión aumenta esas quejas subjetivas, que tienden también a producirse en personas con tendencia a preocuparse demasiado, autocríticas o en quienes están sujetos a un nivel de exigencia importante. Las dificultades objetivas de memoria, documentadas en tests estándar que pueden ser muy sencillos, son mucho menos frecuentes, pero también aumentan con la edad; y cuando son importantes, como veremos, sugieren patología cerebral. (Lobo y cols., 2002).

2.7 MEMORIA

2.7.1 Definición.

Nuestra vida está formada por recuerdos, de los cuales aprendimos y aprendemos y la cual nos da una referencia de cómo actuar a partir de ellos. Es así que Constanza Papagno (2003) afirma. “la memoria es la capacidad de almacenar información a las que poder recurrir cuando sea necesaria”. Por otro lado, Según Ruiz Vargas (1994) afirma “Gracias a la memoria somos lo que somos y sabemos quiénes somos y nuestra vida adquiere el sentido de la continuidad”. He aquí que radica la importancia de nuestra memoria sin ella el ser humano no conocería su pasado no tendría claro su presente y por lo tanto no podría entender y manipular el mundo, su mundo.

San Agustín (354-430) concibe la memoria desde una visión platónica, considerándola como una “facultad del alma”.

Santo Tomás de Aquino (1224-1274), teólogo del siglo XIII, en sus escritos ya distinguió entre la memoria intelectiva y la sensitiva y vislumbró lo que denomina la capacidad de la propia memoria para saber qué es lo que conoce en realidad; es decir, comenzó a introducir lo que más tarde se conocerá en psicología con el nombre de metamemoria (Delgado, 2004).

A partir del siglo XVIII es cuando empiezan a hacerse estudios sobre los diferentes tipos de memoria.

De Biran (1802) distinguió entre tres tipos diferentes de memoria: la representativa o colección de ideas y de hechos; la mecánica, referida sobre todo a la adquisición de hábitos y habilidades; y la sensitiva, relacionada con los sentimientos.

Según Delgado (2004), Ebbinghaus (1913) y Bartlett (1932) son quienes marcan un antes y un después en el estudio de la memoria. Apareciendo, por un lado, el asociacionismo, con su aprendizaje producido por el método estímulo-respuesta y donde las dificultades en el recuerdo se explicarían por problemas en la adquisición, retención, reconocimiento y recuperación de la información; y por otro, el cognitivismo y el procesamiento de la información, que asemejan los procesos necesarios, para codificar, almacenar y recuperar la información.

Fernández-Guinea (2003), quien considera que “la memoria humana es un complejo sistema de procesamiento de la información encargado de codificar, almacenar, construir, reconstruir y recuperar percepciones, conocimientos, hechos, habilidades, emociones, planes, etc. Distinguimos en ella diferentes componentes de acuerdo con el tipo de material que manipulen, el modo de hacerlo o el momento en que lo hagan” (Delgado, 2004).

Según Pichardini (2000). “La memoria es una habilidad mental que nos permite almacenar, retener y recuperar información sobre el pasado; es además un proceso constructivo y reconstructivo, y como tal no está exenta de distorsiones de la realidad al recordarla, por tanto, que la memoria es imperfecta”, y en muchas ocasiones no es que los seres humanos tengamos un problema de memoria sino un ‘problema para evocar el recuerdo.

Según Anderson (2001), el aprendizaje se refiere al proceso de adaptación del comportamiento a la experiencia, y la memoria se refiere a los registros permanentes que subyacen en esa adaptación. Aprender, por tanto, significa adquirir nuevos repertorios de conducta y poder realizar alguna actividad que previamente no se podía realizar. Supone, además, dejar de desarrollar conductas no deseables que se realizaban antes y que podían resultar nocivas y peligrosas para la salud de quien actúa. Por ello, el número y variedad de aprendizajes posibles que puede realizar un sujeto es enorme (Ballesteros et al., 2002).

Según Pichardini (2000). “La memoria es una habilidad mental que nos permite almacenar, retener y recuperar información sobre el pasado; es además un proceso constructivo y reconstructivo, y como tal no está exenta de distorsiones de la realidad al recordarla, por tanto, que la memoria es imperfecta”, y en muchas ocasiones no es que los seres humanos tengamos un problema de memoria sino un ‘problema para evocar el recuerdo.

“La memoria es la capacidad neurocognitiva para codificar, almacenar y recuperar información” (Tulving, 2000)

Ruiz-Vargas (2002), define la memoria como la capacidad de los animales para adquirir, almacenar y recuperar “diferentes tipos de información”.

La memoria es la capacidad para retener y hacer un uso secundario de una experiencia. Se basa en las acciones del sistema nervioso y, en particular, del cerebro. Sus posibilidades corresponden al desarrollo del último de aquí la relevante importancia de la memoria en el hombre. La memoria, en realidad, nos permite

retener nuestra lengua materna y otras lenguas que podamos haber aprendido, mantener nuestros hábitos, nuestras habilidades motoras, nuestro conocimiento del mundo y de nosotros mismos, de nuestros seres queridos y odiados, y referirnos a ellos durante nuestra vida (Barbiset, 2008).

Mercedes Montenegro Peña (2015) afirma. “La memoria se ha definido en el lenguaje común como la capacidad de registrar, retener y recordar información, eventos, vivencias personales, tareas para hacer, recados ya realizados, libros leídos, caras de personas conocidas, etc.

Las distintas definiciones sobre la memoria concuerdan en que la memoria cuenta con 3 procesos indispensables para su funcionamiento que son: la codificación, el almacenamiento y la recuperación de la información, los cuales nos permiten que cuando el sujeto necesite de dicha información pueda acceder a ella.

La memoria conforma a los seres humanos con historia pasada, permite disfrutar de las vivencias y hace posible el día a día (hacer la compra, dar recados, recordar los números de teléfono, etc). “Gracias a la memoria somos lo que somos y sabemos quiénes somos y nuestra vida adquiere el sentido de la continuidad” (Ruiz Vargas, 1994, p.28).

Aquí radica la importancia de la misma, pues la memoria nos permite aprender en el área académica, adaptarnos a nuestro medio social y que podamos desempeñar algún rol en nuestros puestos de trabajos. Esto implica que al tener algún tipo de dificultades para evocar el recuerdo esto interferiría en nuestro aprendizaje, adaptación y desempeño.

2.7.2 Fases de la memoria.

2.7.2.1 Atención.

El proceso está íntimamente ligado a la atención que, en su nivel más fundamental, requiere alerta y activación. La atención es un componente lógico de cualquier modelo de memoria, ya que es la capacidad que inicialmente permite la entrada de información (Howieson y Lezak, 2005).

2.7.2.2 Codificación.

A veces también denominado registro. Es el proceso inicial por el que la información física se transforma en una representación mental almacenada (Delis y Kramer, 2000) o, lo que es lo mismo, el proceso por el que las características de un estímulo o de un hecho son tratadas y convertidas en una huella mnésica. Un elemento bien codificado puede conducir a un nivel de recuerdo estable a lo largo del tiempo.

2.7.2.3 Almacenamiento.

Se refiere al mantenimiento de la información para poder acceder a ella cuando se requiera. Supone una transferencia de una memoria transitoria a una forma o ubicación cerebral para su retención permanente o posterior acceso. Milner (2006) describió este fenómeno como un proceso.

2.7.2.4 Evocación.

Representa el proceso consciente de acceso a la información almacenada (Delis y Kramer, 2000). El fracaso en la recuperación de información no necesariamente

implica que haya desaparecido la huella mnésica, también puede representar una dificultad en el acceso o evocación de la misma. Esta interpretación se apoya en la evidencia proporcionada en casos de amnesia retrógrada, que tiende a irse reduciendo, desde la memoria para los sucesos más lejanos hasta los más cercanos al punto de la lesión. Este modelo de resultados sugiere que las memorias más remotas se tornan inaccesibles por algún problema de evocación, mientras que los sucesos inmediatamente precedentes a la lesión pueden perderse por no haber llegado nunca a consolidarse y, consecuentemente, nunca haber sido almacenados (Baddeley, 2005).

2.7.3 Clasificación de la memoria.

En 1890, William James propuso una de las primeras y más duraderas dicotomías que caracterizan a la memoria humana: la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo. A continuación, se facilitan algunas precisiones respecto a las dicotomías más frecuentemente empleadas en la literatura.

2.7.3.1 Memoria a Corto Plazo y Memoria a Largo Plazo.

Algunos autores se han referido también a esta distinción como memoria primaria y memoria secundaria. Petersen y Weingartner (2001), la memoria primaria, se refiere más concretamente a la forma de procesamiento que a un almacén real, es decir, al procesamiento o activación continua de una huella de memoria para su posterior consolidación. La memoria secundaria se refiere al material retenido durante largos períodos y se relaciona con los procesos implicados en el almacenamiento y la recuperación.

Por memoria a corto plazo se entiende el recuerdo de material de forma inmediatamente posterior a su presentación o su recuperación ininterrumpida.

2.7.3.2 Memoria Declarativa y Memoria No Declarativa.

La memoria declarativa se refiere a las memorias que son directamente accesibles de forma consciente; a menudo se ha empleado el término de forma genérica, abarcando entre estas memorias la episódica y la semántica (Parkin, 2000). La memoria no declarativa, también denominada Memoria Implícita se refiere a distintos sistemas de memoria, siendo los más estudiados el priming (fenómeno según el cual, la exposición previa a determinado material facilita el posterior rendimiento de un sujeto ante el recuerdo de ese mismo material) y el “aprendizaje de habilidades” o memoria procedural se demuestra cuando los sujetos manifiestan el aprendizaje de una habilidad (Squire, 2007).

Baddeley (2005) propone que la memoria no declarativa puede considerarse como un grupo de sistemas de aprendizaje, capaces de acumular información, pero no de extraerla e identificar episodios específicos.

2.7.3.3 Memoria Episódica y Memoria Semántica.

Esta distinción surge a consecuencia de la subdivisión de la memoria declarativa. Por memoria episódica se entiende el recuerdo de sucesos específicos, que pueden ser asignados a un momento concreto en el tiempo. Permite la recolección personal consciente de acontecimientos y hechos del propio pasado (Tulving, 2002). Por otro lado, la memoria semántica se refiere al almacén general de información, de datos; no está temporalmente codificada y alberga información que no depende de un

tiempo o lugar determinado. En último término, representa el corpus de conocimiento e información compartido por los miembros de una misma sociedad (Dalla Barba y Rieu, 2001).

2.7.3.4 *La memoria declarativa (MD).*

La memoria declarativa (MD) es la capacidad para adquirir, retener y recuperar consciente e intencionalmente eventos y hechos generales; permite una recolección flexible, es decir, que no está ligada a ningún contexto de adquisición y se puede acceder a ella desde contextos distintos, incluyendo nuevas situaciones; es principalmente relacional por lo que la activación de un elemento en la red declarativa activa automáticamente otros elementos relacionados; y su función es unir (to bind) de una forma rápida diferentes tipos de información en una representación unificada(Squire, 1994, Eichenbaum, 1994). Squire y su equipo consideran que existen dos subsistemas dentro de la memoria declarativa, uno encargado del recuerdo de los eventos (memoria episódica) y otro encargado del recuerdo de hechos generales (memoria semántica).

2.7.3.5 *La memoria no declarativa (MND).*

La memoria no declarativa (MND) incluye un grupo heterogéneo de habilidades de memoria no conscientes que dependen de múltiples sistemas cerebrales (Squire y Zola, 1996). La MND engloba la información adquirida durante el aprendizaje de habilidades (motoras, perceptivo-motoras, perceptivas, y cognitivas, incluyendo aprendizajes más complejos como el probabilístico o de gramáticas artificiales), formación de hábitos, condicionamiento clásico, priming o facilitación y otros

conocimientos expresados a través de la actuación. En general, la MND está implicada en el aprendizaje gradual y acumulativo de nuevas asociaciones (Graf y Schacter, 1985).

Según Squire y Zola (1996) la memoria puede clasificarse en explícita (declarativa) e implícita (no declarativa); formas que a su vez son subdivididas. De esta manera, la memoria explícita puede ser de hechos (semántica) o de eventos (episódica), mientras que en la implícita se incluyen las destrezas y los hábitos (memoria procedimental), el condicionamiento clásico simple, el priming, la memoria emocional y la memoria no asociativa (habitación y sensibilización). Otra distinción puede hacerse de acuerdo al tipo de información que es almacenada. De acuerdo a Schacter y Tulving (1994), la memoria puede dividirse en verbal y no verbal.

La primera teoría sobre la atención y la memoria inmediata fue de Broadbent en 1958 (Broadbent, 1985), quien sugirió un mecanismo de memoria que recogiese toda la información presentada durante un breve espacio de tiempo.

Fue Neisser (1967) quien denominó a esta memoria como una memoria de escasa duración, pero de capacidad ilimitada. Distingue Neisser entre la memoria icónica y la memoria ecoica.

La memoria icónica hace referencia a la memoria de imágenes y es aquella fugaz memoria fotográfica responsable de registrar la información visual, que se caracteriza sobre todo por recordar una imagen primitiva de la información presentada, en cuanto a su localización, tamaño, brillo y forma. Neisser (1967)

considera que esta memoria es esencial al permitirnos reconocer estímulos que se presentan de forma muy breve.

Serán Kemps y Newson (2005), en un estudio con personas de edades comprendidas entre los 65 y los 86 años, quienes examinen las diferencias de edad y los predictores de los componentes del procesamiento de imágenes. Los hallazgos sugieren que los deterioros observados en el procesamiento de imágenes debido a la edad dependen principalmente de la velocidad a la que se puede procesar la información y la integridad neuropsicológica del cerebro envejecido.

2.7.3.6 Memoria Episódica y Memoria Semántica.

Esta distinción surge a consecuencia de la subdivisión de la memoria declarativa. Por memoria episódica se entiende el recuerdo de sucesos específicos, que pueden ser asignados a un momento concreto en el tiempo. Permite la recolección personal consciente de acontecimientos y hechos del propio pasado (Tulving, 2002). Por otro lado, la memoria semántica se refiere al almacén general de información, de datos; no está temporalmente codificada y alberga información que no depende de un tiempo o lugar determinado. En último término, representa el corpus de conocimiento e información compartido por los miembros de una misma sociedad (Dalla Barba y Rieu, 2001).

2.7.3.7 Memoria Retrógrada y Memoria Anterógrada.

La información adquirida en momentos previos a la lesión constituye, la memoria retrograda, mientras que la información presentada para su aprendizaje tras la lesión, forma parte de la Memoria Anterógrada (Delis y Kramer, 2000).

2.7.3.8 Memoria a largo plazo (MLP).

Contiene nuestros conocimientos del mundo físico, de la realidad social y cultural, nuestros recuerdos autobiográficos, así como el lenguaje y los significados de los conceptos. Aquí la información está bien organizada, facilitando su acceso cuando es oportuno.

En su mayoría las cosas que realizamos a diario solicitan que utilicemos la información que tenemos almacenada, por lo cual las dificultades para evocar esa información interfieren con dichas actividades.

La memoria a largo plazo (MLP), también llamada memoria inactiva o memoria secundaria, es un tipo de memoria que almacena recuerdos por un plazo de tiempo que puede prolongarse desde unos pocos días hasta décadas, sin que se le presuponga límite alguno de capacidad o duración. Los mecanismos biológicos subyacentes a la memoria a largo plazo no están determinados, pero el proceso de potenciación a largo plazo, que conlleva un cambio físico en la estructura de las conexiones neuronales, ha sido propuesto como el mecanismo que con mayor probabilidad cumple la función de trasladar los recuerdos temporales al almacén de recuerdos a largo plazo.

- La memoria explícita/ memoria declarativa; tiene que ver con todos aquellos recuerdos que se encuentran conscientemente disponibles.
La memoria implícita/memoria procedimental; se refiere a la habilidad para realizar movimientos o utilizar objetos; por ejemplo, montar en bicicleta o utilizar un

bolígrafo. Este tipo de información se codifica probablemente en el cerebelo y el cuerpo estriado.

2.8 METAMEMORIA

La Psicología Cognitiva es una ciencia empírica que ha manifestado la importancia de las cogniciones internas a la hora de explorar el comportamiento humano. Es decir que los procesos cognitivos (percepción, atención, lenguaje pensamiento, memoria, etc. y las representaciones mentales sobre las que estas operan (Valiña y Martin 2000).

Para empezar a hablar sobre metamemoria primeramente debemos definir lo que es la metacognición, que es un término más general que encierra a la metamemoria.

Ruiz 2008 señalo que la metacognición es el estudio del papel de la conciencia en la conducta en general y en el procesamiento de la información en general. Sin embargo, Reder y Shunn (1996) consideran que la actividad metacognitiva se desarrolla de forma inconsciente.

En términos generales la metacognición es el conocimiento de la persona acerca de los propios procesos cognitivos (Wellman 1985).

La metamemoria es entendida por muchos autores como la percepción que tenemos acerca de nuestra propia memoria. Siendo así que la idea de la metamemoria la introduce el filósofo San Agustín (354-430) cuando habla de la paradoja del olvido: si el olvido es no saber, ¿cómo puedo saber que no sé, pues el saber está presente y el no saber ausente?

La metamemoria es un término utilizado según Flavell y Wellman (1977), para referirse al conocimiento y conciencia de los aspectos relacionados con el almacenamiento y

recuperación de la información; incluye las percepciones y creencias acerca del funcionamiento, desarrollo y capacidades de la propia memoria y del sistema de memoria humano (McDougall, 1995).

Según Navarro (1993). “la metamemoria se refiere al conocimiento que el individuo tiene sobre la memoria. Implica el conocimiento sobre las peculiaridades del propio sistema de memoria; la sensibilidad a las anteriores experiencias de memorización en diferentes situaciones; y una serie de habilidades relacionadas con la planificación, el control y la evaluación de la propia conducta durante las situaciones de aprendizaje” (p.395).

Autores como Weinert (1987) consideran que un buen funcionamiento de esta capacidad consigue un esfuerzo mental eficaz de la persona.

En contraste con la percepción negativa que se pueda tener de los adultos mayores, algunos estudios, como el de Baltes, Staudinger y Lindenberger (1999), han encontrado que la plasticidad cognitiva se preserva entre los adultos mayores saludables y es fácilmente activada por medio de manipulaciones experimentales. En otras palabras, el diseño de programas educativos, de entrenamiento y capacitación permite una mejora de sus capacidades cognoscitivas.

Para dar cuenta del funcionamiento de la memoria en la adultez mayor, las investigaciones se han centrado en establecer las diferencias entre adultos jóvenes y adultos mayores en el desempeño en tareas de memoria, y en algunas variables que explican estas diferencias (Alonso y Prieto, 2004; Pérez, Peregrina, Justicia y Godoy, 1995), tales como la educación, la salud, las características personales, los procesos neuropsicológicos, los procesos cognitivos y los procesos metacognitivos, particularmente la metamemoria.

Con respecto a la cuestión de si existen dimensiones de la metamemoria relacionadas con el rendimiento real de la memoria, ya sea en tareas de memoria de laboratorio o en el funcionamiento de la memoria en la vida real, serán los estudios de Cavanaugh (1996), Lachman, Weaver, Bandura y Elliott (1992) y, Hertzog y Hultsch (2000), quienes investiguen acerca de la relación entre el conocimiento y las creencias sobre metamemoria y la ejecución real de la memoria.

Las personas mayores sanas y motivadas son capaces de adquirir nuevos conocimientos, desarrollar nuevas actividades de ocio, nuevas aficiones y mostrar nuevas habilidades, aunque su ritmo de aprendizaje sea más lento que el de las personas jóvenes. En este sentido hay que tener en cuenta que esta motivación por aprender se puede ver disminuida en una persona mayor por un síndrome depresivo, así como por una aguda percepción subjetiva de pérdida de memoria (Navarro, 1993). Tras una depresión las personas mayores muestran una recuperación más lenta de las deficiencias cognitivas causadas por esa depresión, mientras que la recuperación de síntomas afectivos es más rápida (Adler, Chwalek y Jajcevic, 2004).

Según Hertzog y Hultsch (2000) sólo hay una relación moderada entre la ejecución en tareas de memoria y su conocimiento sobre el funcionamiento. El uso de estrategias de memoria en su vida diaria está muy poco relacionado con la ejecución en tareas de recuerdo, observándose también una relación moderada entre las creencias de autoeficacia de la memoria y la ejecución en tareas de memoria.

Hess y Pullen (1996) expusieron que las quejas que presentan las personas mayores sobre su memoria no están relacionadas apenas con la ejecución real que presenta a la memoria. Las quejas de la memoria parecen no estar directamente relacionadas con deficiencias

reales en la memoria, sino que parecen más un reflejo de la afectividad negativa, de una salud pobre y de presentar depresiones.

Dos estudios realizados por Desrichard y Köpetz (2005) compararon el rendimiento de personas jóvenes y mayores, presentándoles tareas tanto de memoria como de no-memoria. En sus resultados encontraron que un bajo nivel de autoeficacia de la memoria correlacionó con un bajo rendimiento de la memoria cuando la tarea era explícita de memoria y no cuando era una tarea de orientación. Más tarde, en un segundo estudio, estos trabajos midieron las expectativas de rendimiento presentadas. Sólo para el grupo de mayores las expectativas fueron sensibles a las instrucciones de la tarea, y mediaron la relación entre instrucciones de la tarea y rendimiento. Estos resultados sugieren que las diferencias relacionadas con la edad en el rendimiento de la memoria pueden ser exageradas por la situación de tener que realizar un test, por una baja autoeficacia y por unas expectativas de bajo rendimiento frecuentes en las personas mayores.

Otro estudio realizado por Zan Di (2004) examinó las relaciones entre las quejas subjetivas de las personas mayores sobre su memoria y su rendimiento objetivo de la memoria, teniendo en cuenta factores como la salud y la depresión. Las personas con déficits de memoria subjetiva tuvieron mayor puntuación en la escala de depresión en comparación con quienes no tenían problemas de memoria subjetiva. El autor concluye que deben ser tenidas muy en cuenta las quejas subjetivas en la evaluación de la demencia pues estas quejas pueden ser una prueba para la detección temprana y la gestión de trastornos de la demencia.

Light (1991) uno de los más prestigiosos investigadores en el ámbito de la memoria y la vejez, entiende por metamemoria el conocimiento de nuestra propia memoria y la

evaluación que podemos hacer cada uno de nosotros sobre sus propios procesos de memoria, es decir como evaluamos la competencia o el funcionamiento de nuestra memoria en nuestra vida cotidiana, por un lado, y la evaluación que hacemos acerca de cómo será nuestra ejecución en una tarea determinada por otro. Haciendo referencia, por último, al conocimiento que tenemos acerca de las estrategias de memoria que pueden ser más efectivas para la realización para una determinada tarea de memoria (Triado y Villar, 2006, p. 128).

Ackerman y Goldsmith (2008), que consideran que, al responder las personas, preguntas sobre su memoria, controlan estratégicamente la precisión y dureza de sus respuestas al querer ser informativas y correctas, encontrando que, a altos o moderados niveles de conocimiento, se cumplen los criterios de confianza en sí mismos y buena información. Con niveles bajos de conocimiento se incumple uno de los dos, normalmente el de confianza en deferencia al de información.

Se ha encontrado que los estereotipos culturales negativos ejercen una gran influencia sobre lo que los adultos mayores piensan y creen sobre su propia memoria y, por consiguiente, en sus desempeños en tareas de memoria (Erber, Szuchman y Prager, 1997; Hess, Auman, Colcombe y Rahhal, 2003; Pérez, Peregrina, Justicia y Godoy, 1995; Troyer y Rich, 2002). Este hallazgo puede generalizarse a todas las personas que estando en edades más tempranas, crean que su memoria se deteriorará como consecuencia de sumar años durante su ciclo vital.

Contradicidiendo los resultados anteriores, Hertzog (2002) cita algunos autores que han comprobado que los adultos mayores tienen una actitud más positiva en cuanto al declive,

considerando la posibilidad de la estabilidad del funcionamiento de memoria (Hertzog, York, y Badi, 2001, citados por Hertzog, 2002).

Aunque no necesariamente, las creencias acerca de la auto-eficacia son estimaciones verídicas de las habilidades reales de la memoria y pueden tener una fuerte influencia en la forma como las personas utilizan la memoria en situaciones cotidianas (Bandura, 1989). Lovelace, 1990, citados por Ponds y Jolles, 1996). Así, cuando estas creencias son fuertemente negativas, pueden fácilmente llevar a las personas a la profecía auto-cumplida. Por ejemplo, las creencias de auto-eficacia negativas pueden crear un prejuicio atencional fuerte hacia el olvido cotidiano.

Según Delgado (2004), investigadores como Crook (1989) han comparado la eficacia de la memoria de personas jóvenes y mayores demostrando que estos últimos demuestran un declive en los procesos de la memoria: adquisición, almacenamiento y recuperación de la información. Aunque no usan de forma natural estrategias para facilitar estos procesos de la memoria (Craik, 1977), en cambio, si se les enseñan estas estrategias que facilitan y mejoran las habilidades de la memoria, las personas mayores las usan mejorando así su rendimiento (Poon, 1985).

Como resultado de las bajas expectativas acerca del desempeño exitoso en tareas de memoria, las personas pueden decidir no comprometerse en situaciones que demanden el uso de su memoria o disminuyen el esfuerzo que deben invertir para realizar las tareas de memoria cotidiana.

Los adultos mayores que tienen creencias negativas sobre su memoria tienen menos control personal sobre su memoria (Jonker, Smits y Deeg, 1997).

Por otro lado, el estado de ánimo depresivo influye sobre las cogniciones asociadas al mismo y en el funcionamiento de memoria, de tal manera que los individuos recuerdan con mayor facilidad la información que es congruente con su estado de ánimo, que la información que no lo es (Ruiz-Caballero y Sánchez, 2001).

Los investigadores que se han interesado en el estudio de esta relación, parten de la premisa de que las percepciones, creencias y conocimientos que los adultos mayores tienen sobre el funcionamiento de su memoria, influyen en la elección de comportamientos que les permitan tener un mejor desempeño en tareas de memoria (Bunnell, Baken y RichardsWard, 1999; Hertzog, Lineweaver y McGuire, 1999; Lineweaver y Hertzog, 1998; Ponds y Jolles, 1996).

En síntesis, los investigadores concluyen que las creencias que las personas tengan sobre su memoria, positivas o negativas, influyen sobre su desempeño, ya sea para promoverlo o entorpecerlo.

Según Lachman, Lachman y Thronesbery (1979) el debilitamiento de la metamemoria en las personas mayores hace que éstos se enfrenten peor a su ambiente de lo que su conocimiento acumulado les podría permitir y, en cambio, si la metamemoria aumentase en las personas mayores, éstas afrontarían con éxito las situaciones en las que se requieren una buena capacidad de memorización, a pesar de presentar algún problema concreto de recuperación de la información.

Sus resultados han permitido establecer que la metamemoria incluye cuatro aspectos: Conocimiento acerca de cómo funciona la memoria, conciencia del estado actual de su memoria, auto-eficacia de memoria y afecto relacionado con memoria; una variedad de

estados emocionales que pueden ser generados o influidos por situaciones que demandan procesos de memoria, tales como ansiedad, depresión, y fatiga (Hertzog, Dixon y Hultsch, 1990).

2.8.1 Quejas subjetivas de memoria.

En la vida cotidiana en distintas situaciones ya sea a nivel académico social o personal algunas veces solemos quejarnos acerca de que olvidamos algo, por distintos motivos, estos olvidos suelen aumentar o volverse más frecuentes con el paso de los años, es por ello que no es ninguna sorpresa oír decir a los adultos mayores que se olvidaron de tomar alguna medicina o que no se acuerdan de porque fueron a la tienda o cualquier otra actividad que debían realizar, es decir que quienes se quejan con mayor frecuencia de su memoria son los adultos mayores.

En adultos mayores (AM) las quejas subjetivas de memoria (QSM) pueden referir un espectro de posibilidades muy amplio, aunque suelen asociarse con depresión.

Las quejas sobre la memoria se producen al ser capaces de apreciar los propios olvidos. Es esta capacidad de autoobservación la que permite ver que la memoria no es la de antes, no permite funcionar como se hacía hasta ahora en la vida cotidiana, e incluso empieza a dar problemas más serios de adaptación a las actividades de la vida diaria. Este conocimiento de la memoria, la comparación con el pasado y cómo influyen las acciones en la misma es lo que se conoce como metamemoria, concepto muy relacionado con las quejas, pero mucho más amplio.

Las quejas subjetivas de memoria son la expresión de la vivencia subjetiva de la propia memoria. Las quejas de memoria no son en sí memoria, sino que forman

parte de la metamemoria o conocimiento que cada uno tiene sobre su memoria y la capacidad de control de la misma. (Janowsky, Shimamura y Squire, 1989).

Recientemente, se ha propuesto cómo la aparición de quejas cognitivas guarda una estrecha relación con el patrón de habilidades atencionales, mnésicas y ejecutivas que presentan los individuos. Así, aquellos adultos jóvenes que acuden al neurólogo informando de problemas con su memoria lo hacen porque, efectivamente, sus rendimientos mnésicos, atencionales y ejecutivos se encuentran levemente por debajo de la población sin quejas, aunque en rango de normalidad estadística. También se ha propuesto cómo este patrón cognitivo –subclínicamente inatento, amnésico y disejecutivo– guardaría, a su vez, relación con la presencia de sintomatología cognitiva, emocional y comportamental de origen prefrontal, que se traduciría en errores, despistes y fallos cotidianos por inatenciones, respuestas impulsivas o mal planificadas, que serían los que el individuo auto percibiría como patológicos, aunque en ocasiones no lo fueran.

«Los sujetos que presentan quejas subjetivas de memoria tienen un mayor riesgo de deterioro cognitivo futuro y tienen niveles más altos de neuropatología de alzhéimer en sus cerebros, incluso cuando el deterioro cognitivo no se llega a producir. Los médicos deberían monitorizar las quejas subjetivas de memoria en los ancianos como heraldos potenciales de un futuro declive cognitivo».

2.9 MEMORIA Y METAMEMORIA

Una primera relación planteada entre la memoria y la metamemoria es necesaria para comprender las direcciones que se dieron en la comprensión del complejo interactuar.

La metamemoria es un término utilizado según Flavell y Wellman (1977), para referirse al conocimiento y conciencia de los aspectos relacionados con el almacenamiento y recuperación de la información; incluye las percepciones y creencias acerca del funcionamiento, desarrollo y capacidades de la propia memoria y del sistema de memoria humano (McDougall, 1995). Según el autor hay una relación de estrecha, reconociendo como parte de la subjetividad interviniente en la ejecución de la memoria, es la primera vez que se estudia y define como apreciación a priori de la función cognitiva en mención.

El estudio de Ridgway y Saul (2000) permitió mostrar una relación conceptual entre la metamemoria y la memoria ya que los autores pudieron reconocer que la memoria no entrenada debidamente parecía ser evocada a través de claves semánticas y no así por acceso directo a un almacén de recuerdos visuales, señalando una característica de la relación memoria en situaciones de desventaja de la educación adecuada de funciones superiores.

Una desorganización patológica de las funciones mnésicas también ha permitido ahondar en la comprensión de la relación entre la memoria y la metamemoria (Perfect, y Stollery, 1993).

McDonald et al. (1999), mostró que las autopercepciones de mayor capacidad de memoria, estabilidad y ansiedad reducida, estuvieron asociadas con una mejor ejecución en una tarea de memoria prospectiva basada en tiempo (acordarse de hacer algo en 20 minutos). Así da importancia a las condiciones propicias en las que una persona puede tener un mejor desempeño en general. Así mismo se plantea una relación entre la autoeficacia de la memoria y el uso de estrategias dando como un posible resultado un mejor desempeño de tareas de memoria.

Los estudios sobre la memoria y la metamemoria, independiente y conjuntamente, han mostrado que, tanto la ejecución en tareas de memoria como el funcionamiento de la metamemoria misma, están determinados por múltiples variables de naturaleza extrínseca e intrínseca (Sierra, 2009).

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO / DISEÑO / MÉTODO

Este presente estudio se enmarca en el paradigma cuantitativo de corte transversal.

El estudio, tiene un enfoque cuantitativo, porque medimos y estimamos los conceptos tomados. Además, hacemos una recolección de datos con la intención de generalizar resultados en poblaciones con las mismas características (Hernández, Fernández y Batista, 2010)

- **Tipo de estudio**

El estudio será de tipo correlacional descriptivo porque con este estudio pretendemos buscar la correlación entre las variables Metamemoria y Rendimiento Mnémico. Es decir que la utilidad y el propósito principal de nuestra investigación será saber cómo se puede afectar la variable conociendo el comportamiento de la otra variable relacionada.

- **Diseño del estudio**

Correlacional, porque nos permite conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. Transversal porque se realiza la recopilación de datos en un determinado momento. (Hernández, Fernández y Batista, 2010, p.85).

Es por eso que para el alcance de la investigación se utilizó el diseño correlacional-descriptivo que busca indagar la relación existente entre las variables, Metamemoria y como este influye en el rendimiento mnémico.

3.2 SUJETOS

La presente investigación se realizará con 70 adultos mayores entre varones y mujeres del CIAM del adulto mayor del distrito de Sachaca – Arequipa de edades entre 65 y 85 años.

Para la investigación no se tomará en cuenta su nivel socioeconómico, tampoco se tomará en cuenta su procedencia.

a) Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores con edades que comprendan entre los 65 y 85 años.
- Adultos mayores pertenecientes al CIAM del distrito de Sachaca, Arequipa.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores que acepten participar en el estudio previo consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión:

- Adultos mayores menores de 65 años
- Adultos mayores que no deseen participar en la investigación.

• MUESTREO

El muestreo que se utilizará es de tipo intencional no probabilístico.

Ya que seleccionamos no aleatoriamente la población estudiada, además esta población está dentro del rango de edad de aplicación de los instrumentos utilizados.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Descripción del instrumento

3.3.1 Actividad funcional de Pfeffer (FAQ).

El Cuestionario de Actividad Funcional (Functional Activities Questionnaire, FAQ) fue diseñado por Pfeffer y está basado en un estudio previo del mismo autor.

Se trata de una escala de screening de casos leves de demencia a través de cuestiones que evalúan la capacidad para desarrollar actividades sociales complejas, las llamadas actividades instrumentales de la vida diaria. En 1984 su autor amplió el cuestionario con 4 ítems más sobre actividades diarias y otro sobre iniciativa.

Calificación

Puntuar cada ítem del modo siguiente:

- **0:** Normal; o nunca lo hizo, pero podría hacerlo solo/a.
- **1:** Con dificultad, pero se maneja solo; o nunca lo hizo y si tuviera que hacerlo ahora tendría dificultad.
- **2:** Necesita ayuda (pero lo hace).
- **3:** Dependiente (no puede realizarlo).

3.3.2 Índice de Katz.

Se trata de un instrumento para evaluar la independencia de un enfermo en cuanto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria. En muchos casos, puede ser contestado por el propio enfermo, en otros deben ser los familiares, y en todo caso, deberá mediar una exploración adecuada. Se trata de seis ítems dicotómicos que evalúan la capacidad o incapacidad de efectuar una serie de tareas.

La capacidad para realizar cada una de las tareas se valora con 0, mientras que la incapacidad, con 1. El programa evalúa la puntuación final, y clasifica al enfermo en tres grados de incapacidad. Esta suele ser la valoración más utilizada, aunque originariamente los autores agrupaban progresivamente cada uno de los ítems, señalando con diversas letras (A, B, C etc.) el tipo de dependencia, según la función estudiada fuera clasificada de una forma u otra.

Validez y confiabilidad

Es un índice con buena consistencia interna y validez. Su concordancia con otros test de AVD básica es alta. Además, es un buen predictor de mortalidad a corto y largo plazo, predice de forma correcta la necesidad de institucionalización y el tiempo de estancia en pacientes hospitalizados, así como la eficacia de los tratamientos (Valderrama et al, 1994). Por último, es un predictor eficaz de expectativa de vida activa (a mayor puntuación menor expectativa de vida activa). Sin embargo, es poco sensible ante cambios pequeños de la capacidad funcional. Algunos autores han utilizado el índice de Katz para validar sus propias escalas. El índice de Katz está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos. Buena reproducibilidad tanto intraobservador (con coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.98) como interobservador con una concordancia próxima al 80%, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados.

3.3.3 Escala de depresión geriátrica -test de Yesavage.

Indicación

Se trata de un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Administración

Existen dos versiones:

- Versión de 15: Población diana: Población general mayor de 65 años. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntuá 1.

Los puntos de corte son:

- 0 - 5: Normal
- 6 - 10: Depresión moderada
- + 10: Depresión severa
- Versión de 5 ítems: Población diana: Población varón mayor de 65 años. Los ítems incluidos en esta versión son el 1, 4, 8, 9 y 12. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 4, 8, 9 y 12, y la negativa en el ítem 1. Cada respuesta errónea puntuá 1.

Un número de respuestas erróneas superior a 4 se considera depresión.

Validez y confiabilidad

Fernandez (2016) realiza validación en Perú-Trujillo la Escala de Depresión Geriátrica presentando una validez de constructo que varían los índices de discriminación ítem test entre .206 a .622. Los cuales son aceptables y muy buenos. Con respecto a la validez de constructo, se realizó el análisis factorial

exploratorio, mediante el método ortogonal, donde se extrajeron 5 factores que explican el 80.364% de la varianza total, apreciándose saturaciones mayores a .30 con respecto a los factores al que carga cada reactivo en la escala de Depresión Geriátrica de en los Adultos Mayores. Y la confiabilidad por consistencia interna se obtuvo mediante el K-R20 DE Kuder y Richardson, en la escala de Depresión Geriátrica teniendo el índice de confiabilidad .8581, perteneciendo a una categoría Muy alta de en los Adultos Mayores.

3.3.4 Fototest.

Indicación

El Fototest, al igual que otros test cognitivos breves, está especialmente indicado para la detección de sujetos con deterioro cognitivo y demencia, tanto en Atención Primaria como en consultas especializadas, pero también es un instrumento adecuado para el seguimiento de pacientes o la evaluación de la respuesta al tratamiento.

El Fototest ha sido desarrollado por el doctor Cristóbal Carnero Pardo, y ha sido sometido a un riguroso proceso de validación en el que participaron activamente múltiples y prestigiosos profesionales de la Neurología y otras disciplinas, habiendo mostrado unas adecuadas propiedades psicométricas.

Es un test breve, utilizable en sujetos analfabetos y con bajo o nulo nivel educativo, que no contiene tareas de «papel y lápiz», y aplicable en personas con escaso conocimiento del idioma en el que se practica.

La estructura del Fototest asegura una adecuada validez de contenido al evaluar directamente memoria (recuerdo libre y recuerdo facilitado), capacidad ejecutiva

(fluidez verbal) y denominación (lenguaje), elementos esenciales cuya afectación se exige para el diagnóstico de deterioro cognitivo y demencia. La validez ecológica también está asegurada, pues se manejan conceptos y materiales muy familiares incluso para sujetos analfabetos o con nivel educativo bajo.

Administración

Su administración es de forma individual

Calificación

Los puntos de corte recomendados son: 28-29 puntos para deterioro cognitivo y 26-27 puntos para demencia.

3.3.5 Test de aprendizaje verbal España-complutense (TAVEC)

Proporciona un análisis del aprendizaje y de la capacidad de retención. Como antecedentes a esta prueba citaremos el «Test de las 15 palabras» de Rey y el más reciente «CVLT-California Verbal Learning Test». Al igual que se hace en ellos, se utilizan listas de aprendizaje de elementos verbales. En el TAVEC concretamente se utilizan 2 listas para Aprendizaje, Inferencia y Reconocimiento. La interpretación de la prueba sigue una línea que supera el modelo «multialmacén» y se integra en las teorías de modularidad de la mente y permite determinar la «normalidad» del sujeto (comparando con una muestra similar en edad, sexo y nivel educativo), describir el modo de funcionamiento de su sistema de memoria, determinar forma y motivo de su desviación (en caso de que la hubiera), indicaciones sobre posibles sospechas de demencia, etc.

La prueba evalúa:

En el Recuerdo Libre Inmediato de la lista A y B

- Capacidad de atención endógena (Intrusiones y perseveraciones)
- Estrategias de aprendizaje a corto plazo (Semántica o serial).
- Curva de aprendizaje
- Capacidad para activar la atención
- Expresión a través del principio de primacía y recencia (Ascendente o descendente).

En cuanto el Recuerdo a corto plazo con claves semánticas:

- a) Capacidad de almacenamiento y errores de recuperación.
- b) Comparación de la memoria cuando tiene estrategia y cuando no tiene.
- c) En el Recuerdo libre de la memoria a Largo plazo (Lista A):
- d) Atención endógena (intrusiones y perseveraciones)
- e) Porcentaje de mantenimiento de la información
- f) Comparación del rendimiento de la memoria a corto plazo con la memoria a largo plazo.

En el Recuerdo a largo plazo con claves semánticas:

Comparación del rendimiento de la memoria a largo plazo cuando tiene estrategia y cuando no.

Por último, Reconocimiento a Largo Plazo (Lista A)

Capacidad de almacenamiento y errores de recuperación en la memoria a largo plazo.

Zona de desarrollo próximo.

Administración de la prueba

El test consta de tres listas de palabras que se presentan como listas de compras: una lista de aprendizaje (lista A) y una lista de interferencia (lista B) y una lista de reconocimiento.

La aplicación, corrección e interpretación constan de los siguientes pasos:

Instrucciones

Al comenzar a aplicar el TAVEC el evaluador se abstendrá de mencionar que se trata de un test de memoria. En su lugar se limitará a decir ahora vamos hacer otra cosa.

El evaluador leerá las instrucciones al pie de la letra. Antes de hacerlo, se asegurará de que el paciente este prestando atención a ellas. En ningún caso le dirá que hay más de un ensayo de aprendizaje, ni que existen pruebas de recuerdo o de reconocimiento. Las listas A y B se leen una sola vez en cada ensayo de aprendizaje. El evaluador no repetirá en ningún caso las palabras de dichas listas en un mismo.

No hemos de olvidar que se trata de una prueba de aprendizaje y que es indispensable controlar cuidadosamente la exposición del paciente a los estímulos que ha de aprender.

Por otro lado, es preciso poner en máximo cuidado impedir que el proceso secuencial (cinco ensayos de aprendizaje, tarea de interferencia, recuerdo libre a corto plazo, recuerdo con claves a corto plazo, intervalo relleno, recuerdo libre a largo plazo, recuerdo con claves a largo plazo y reconocimiento a largo plazo) inherente al TAVEC resulte interrumpido

Ensayo 1:

- Se leen las instrucciones al pie de la letra
- Se anotan las palabras conforme las fueron diciendo en orden de lista Ensayo 2 al 5:
- Se leen las instrucciones que están señaladas

Administración de la prueba

El test consiste en una lista de 15 palabras que se presenta en 5 ensayos en donde se registra el número de recuerdos que tiene el sujeto. Mediante este test podemos obtener información para conocer el modo y la severidad del déficit de memoria del paciente. La información que se obtiene se encuentra relacionada con: a) memoria inmediata en condiciones de sobrecarga (ensayo 1), b) nivel de adquisición final (ensayo 5), c) cantidad de aprendizaje en los 5 ensayos (ensayo 5 ensayo 1), d) recuerdo demorado (cantidad de información que es capaz de retener el sujeto a largo plazo) y reconocimiento (número de palabras que el sujeto ha aprendido realmente pero que por un problema de evocación no puede decirlas aunque las haya retenido).

La aplicación, corrección e interpretación constan de los siguientes pasos:

Leer al paciente la lista de palabras

El evaluador lee al paciente las 15 palabras de la “lista de palabras” a razón de una por segundo, después de darle las siguientes instrucciones:

Instrucciones: “A continuación voy a leerle una lista de palabras. Escuche con atención, ya que cuando termine deberá de decirme todas las palabras de las que se acuerde. No importa el orden en el que las diga. No es necesario o que las diga en el mismo orden en el que yo se las he dicho”. Muchos pacientes ante la primera

presentación de la lista pueden distraerse por miedo al fracaso o por ansiedad ante la gran cantidad de palabras, por lo que es conveniente incluir en las instrucciones la siguiente información: “No se preocupe si no recuerda todas las palabras, ya que es normal que no se recuerden toda la primera vez. Usted intente recordar tantas cuanto pueda”. Cuando el paciente empieza a decir las palabras de las que se acuerde el evaluador irá anotando el orden en el que las va diciendo con la finalidad de identificar el patrón de recuerdo. Esta anotación tiene la finalidad de conocer si el paciente ha asociado 2, 3 o más palabras, si tiene algún orden en el recuerdo, y los aciertos y errores (inclusiones de palabras que no se le han dicho, palabras relacionadas o pertenecientes a la misma categoría a la que pertenece alguna de las palabras – en este caso se anotará fuera de las columnas las palabras que dice el paciente).

Cuando el paciente indica que ya no se acuerda de más palabras el evaluador procede a la segunda lectura de las palabras.

Leer al paciente por segunda vez la lista de palabras

Para la lectura de la segunda lista de palabras el examinador da las siguientes instrucciones:

Instrucciones: “Ahora voy a leerle la misma lista otra vez. Cuando termine, usted deberá de decirme de nuevo cuantas palabras recuerda, incluyendo las 15 palabras que ya dijo antes. No importa el orden en el que las diga, sólo que diga todas las que recuerde, independientemente de si las dijo o no anteriormente. Estas instrucciones es necesario darlas porque algunos pacientes asumen que no deben decir las

palabras que ya dijeron anteriormente. Como en el registro de la primera lectura, deberá de anotarse el orden de recuerdo de las palabras.

Lectura del tercero, cuarto y quinto ensayo.

Se dan las mismas instrucciones que las proporcionadas en la lectura de la segunda lista y cuando el paciente las diga se anotan de la misma manera. Algunos evaluadores a partir del tercer ensayo, con la finalidad de obtener información acerca del conocimiento de sus limitaciones, capacidad para aplicar el conocimiento en relación a su autopercepción o autoestima, o adecuación para establecer metas realistas, se le pide al paciente que indique (antes de la lectura de la lista) el número de palabras que cree que será capaz de recordar en la siguiente presentación. Esta variación no interfiere con el aprendizaje o el proceso de recuperación de la información.

Puntuación

La puntuación para cada ensayo es el número total de respuestas correctamente recordadas. La puntuación total es la suma del total de recuerdos en cada lista (ensayos del 1 al 5). Se considera como puntuaciones normales que el paciente obtenga 6 recuerdos en la primera lista y 12-13 en la quinta.

Realización de la curva de aprendizaje

Una vez obtenidas las puntuaciones en cada una de las listas, la diferencia entre el número de palabras obtenidas entre el ensayo quinto y el primero nos proporciona el aprendizaje obtenido o la curva de aprendizaje.

- **Recuerdo demorado.**

A los 30 minutos, después de que el sujeto haya realizado otras tareas, se le solicita que nos diga las palabras que recuerde de la lista que le proporcionamos. Anotaremos el número de palabras que recuerda.

Instrucciones: “Ahora dígame las palabras que recuerda de la lista que le presente hace un rato”. Puntuación: “Se considera normal una puntuación igual o superior a 11 recuerdos”. En general, el rendimiento normal incluso para aquellos pacientes que presentan un rendimiento deficiente en el ensayo es de 2 palabras menos que en el ensayo 5. Si el número de palabras recordadas es significativamente inferior al número de palabras obtenido en el quinto ensayo, se le aplicará la lista de palabras de reconocimiento.

Lista de palabras de reconocimiento: Con el fin de comprobar si la pérdida de palabras a largo plazo es debida a un problema real de aprendizaje, en el que el sujeto no ha podido memorizar las palabras, o bien a un problema en la evocación, en el que el paciente si ha memorizado, pero tiene problemas con la evocación del material aprendido, se pasa la lista de palabras de reconocimiento. Instrucciones: “A continuación procederé a leerle una lista de palabras y usted solamente tendrá que decirme si la palabra que le digo se la dije anteriormente o no.” Se leen las palabras a un ritmo lento, dejándole tiempo al paciente para que pueda contestar. Se señalan con un “SI” las palabras que indica que se dijeron y con un “NO” las palabras que indica que no se le dijeron. Puntuación: La puntuación normal es de 11 palabras identificadas correctamente como que se dijeron y 15 como que no se dijeron.

Validez y confiabilidad

En un test de aprendizaje de una lista de palabras, semánticamente estructurada, el recuerdo de la estructura semántica de la lista y de la posibilidad de utilizarla como estrategia de aprendizaje es más importante que el recuerdo de las palabras propiamente dichas, por lo que afectaría igualmente al método de formas paralelas y al método test-retest. En cuanto al método de la consistencia interna, está basado en la división de las variables del test en dos mitades equivalentes y, como señalan Delis y otros (1987), los elementos de la lista de aprendizaje resultan interdependientes, tanto dentro de un mismo ensayo de aprendizaje como entre los diferentes ensayos. Así, debido a que la capacidad de aprendizaje es limitada, el recuerdo de una palabra en un ensayo conlleva la menor probabilidad del recuerdo de otra palabra en el mismo ensayo; por otro lado, el hecho de recordar una palabra en un ensayo conlleva una mayor probabilidad de recordar esa palabra en los ensayos siguientes. Para tratar de compensar estas limitaciones, los autores mencionados calculan cuatro índices de fiabilidad diferentes. En el trabajo de Benedet (1998) se han calculado los mismos índices y por el mismo procedimiento. Ello permite comparar estos datos con los del CVLT. Esta comparación tiene no obstante sus límites, debido a que, mientras los autores del CVLT utilizan sólo los datos procedentes de los individuos de edades comprendidas entre los 53 y los 68 años, aquí se han utilizado los datos procedentes de todos los grupos de edad. Para el cálculo del primer índice de consistencia interna, se ha tomado la puntuación de cada uno de los cinco ensayos de aprendizaje. Se puede considerar que estas puntuaciones son un buen indicador de la capacidad de aprendizaje, por lo que el

estudio de su consistencia nos puede dar información acerca de su potencialidad para predecir adecuadamente la capacidad de recuerdo libre de un individuo (Delis y otros, 1987). Debido a que el número de ensayos es impar, se calcularon dos correlaciones par-impar (ensayos 1+3 frente a 2+4 y ensayos 2+4 frente a 3+5), mediante la fórmula de Spearman-Brown. La fiabilidad estimada resultante fue de 0,94 con la puntuación total de los cinco ensayos (error típico: 2,69). La fiabilidad obtenida, mediante este mismo procedimiento, con el CVLT fue de 0,92 (error típico: 2,61).

Para la validez se obtuvo mediante una estructura factorial constituida por nueve factores: 30

En el Factor I saturan todas las variables referentes al aprendizaje y al recuerdo de la lista A y todas las variables referentes al uso de estrategias semánticas. Además, saturan en este factor los Índices 8 (comparación del Reconocimiento con el Recuerdo libre a largo plazo) y 9 (comparación del Reconocimiento con el Recuerdo con claves a largo plazo).

El Factor II quedó formado por las variables relativas al uso de estrategias seriales en las dos pruebas de recuerdo libre de la lista A.

El Factor III queda principalmente compuesto por las variables de aciertos y de sesgo de respuesta, ambos relativos a la prueba de reconocimiento.

En el Factor IV saturan los Índices 4 (comparación entre el Recuerdo libre a corto plazo y el recuerdo inmediato del quinto ensayo de aprendizaje), 5 (comparación entre el Recuerdo con claves a corto plazo y el Recuerdo con claves a largo plazo) y

6 (comparación entre el Recuerdo libre a largo plazo y el Recuerdo libre a corto plazo).

El Factor V cuenta principalmente con las variables propias de la lista de interferencia (lista B), incluido el Índice 3 (comparación entre el recuerdo de la lista B y el recuerdo del primer ensayo de aprendizaje de la lista A).

En el Factor VI saturan las variables referentes al porcentaje de palabras recordadas de cada región de la lista.

En el Factor VII la variable de mayor peso específico es el Índice 7, que compara el Recuerdo con claves a largo plazo con el Recuerdo libre a largo plazo.

Las Intrusiones y los Falsos positivos son las variables de mayor peso en el Factor VIII, siendo el resto muy poco apreciables.

El Factor IX es quizás el menos definido, aunque si se analiza con detalle se observa que, principalmente, está compuesto por variables de recuerdo inmediato y, con un peso negativo, pero muy destacado, por las Perseveraciones. Se observa así que el conjunto de las variables de aprendizaje y de recuerdo de la lista A se agrupan en un mismo factor, junto con las variables relativas al uso de estrategias semánticas.

Queda excluido de él el uso de la estrategia serial, que es poco exitoso y que satura por sí sólo en un factor. Las variables referentes al aprendizaje de la lista B se agrupan en otro factor. Por otro lado, las variables de error se distribuyen entre tres factores: las Intrusiones (recuerdo) y los Falsos positivos (reconocimiento) saturan juntos y por sí solos en un factor, el Sesgo de respuesta satura en otro factor (junto con los aciertos en el Reconocimiento) y las Perseveraciones saturan por sí solas en

el otro. También se agrupan juntos y solos en un mismo factor los porcentajes de palabras procedentes de cada región de la lista. Finalmente, los índices comparativos del rendimiento en las diferentes pruebas, se distribuyen entre cuatro factores. Cabe destacar que los nueve factores explican, en conjunto, el 66,7% de la varianza total y que el Factor 1 explica por sí sólo el 17% de ese porcentaje. Esta estructura factorial es acorde con los resultados de las investigaciones, de acuerdo con los cuales, el aprendizaje y el recuerdo están estrechamente relacionados con el uso de estrategias semánticas, pero no con el uso de estrategias seriales (véase Benedet, Martínez Arias y Alejandre, 1998).

3.3.6 Cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana (MFE)

Fue elaborado por Sunderland, Harris y Gleave (1984) como punto final de toda una serie de estudios sobre los aspectos de la memoria cotidiana que se veían más dañados debido a lesiones cerebrales. Lozoyola, D. et col (2012), elaboran una adaptación en castellano de 30 ítems formulando así un cuestionario unifactorial que valora un único constructo llamado ‘quejas cognitivas’.

Administración

Su administración es de forma individual

Corrección

Nunca o casi nunca = 0; Pocas veces = 1; A veces sí y a veces no = 2; Muchas veces = 3; Siempre o casi siempre = 4.

Puntuaciones

Puntuación total:

El MFE-30 es un cuestionario fundamentalmente unifactorial, por lo que la puntuación resulta del sumatorio de las puntuaciones en cada ítem, desde 1 al 30.

Por debajo de 8 puntos: el sujeto presenta un funcionamiento mnésico óptimo. Entre 8 y 35 puntos: funcionamiento normal con fallos de memoria poco significativos sin influencia en su desempeño cotidiano.

Entre 36 y 50 puntos: deterioro en su función mnésica con alguna repercusión en su actividad diaria.

Por encima de 50 puntos: deterioro mnésico moderado o severo con mayor impacto en su funcionamiento cotidiano.

Validez y confiabilidad

Para la validez del cuestionario se utilizó una muestra de 71 sujetos ancianos a los que administramos una batería de pruebas psicológicas compuesta por una serie de test tradicionales de memoria: Escala de Memoria de Weschler (WMS), Test de Retención Visual de Benton (TRVB). Se incluían otros tests de memoria basados en estudios de mayor componente ecológico como el Test Conductual de Memoria de Rivermead, así como las pruebas que suelen acompañar a esta última: dos pruebas de recuerdo de párrafos, una inmediata y otra diferida y el Test de Pares Asociados de Randt, Brown y Osborne (1980). Además se administró otro cuestionario de metamemoria, el CFQ (Cuestionario de Fallos Cognitivos, Broadbent y cols., 1982), la prueba de atención de Tolousse-Piéron (TP) y el Test de Matrices Progresivas en Color de Raven. El cuestionario no fue correlacionado por sus autores con ninguna prueba de ejecución, aunque si correlacionaron (Sunderland y cols., 1983) la

entrevista de 35 elementos que utilizaron para generar el cuestionario con cinco tests de memoria episódica (Reconocimiento Continuo de Kimura, una tarea de recuerdo de fotografías, una tarea de recuerdo de párrafos inmediatos y diferidos, la tareas de pares asociados de Brooks y Baddeley y el Test de reconocimiento forzado de Palabras de Warrington) y cuatro test de ejecución cognitiva (una tareas de tiempo de reacción visual con cuatro alternativas administrada al principio y al 99 Boletín de Psicología, No. 43, Junio 1994 final de la batería de tests, una tarea de presión rápida de un minuto de duración para evaluar el componente motor del tiempo de reacción, el Test Mili Hill de vocabulario y un test de velocidad de procesamiento semántico donde se debía informar sobre la veracidad o falsedad de la frase). Ninguna correlación fue significativa ni en el grupo de daño cerebral reciente ($N=33$) ni en la muestra de familiares ni en la de pacientes. En el grupo de daño cerebral producido al menos dos años atrás ($N =32$) encontraron correlaciones significativas entre los resultados de los pacientes y las tasas de recuerdo inmediato y diferido de párrafos, el porcentaje de olvido ocurrido entre el recuerdo inmediato y el diferido de los pares asociados ($r= .36, .35, .36$, significativas: $p =.05$). Para el grupo de familiares de estos sujetos se hallaron correlaciones significativas ($p =.01$) para las pruebas de recuerdo de párrafos inmediato, recuerdo de párrafos diferido, porcentaje de olvido entre el recuerdo inmediato y diferido de pares asociados ($r=.72, .63, .47$ y $p = .05$) para las pruebas de reconocimiento forzado de palabras, velocidad de presión ($r= .39, .42$). Para el grupo control ($N=.37$) sólo se alcanzaron algunas correlaciones significativas para el cuestionario respondido por los familiares y las siguientes pruebas: recuerdo inmediato de párrafos, recuerdo diferido de pares asociados ($r= .41, .45$; $p =.01$), recuerdo diferido de párrafos,

recuerdo inmediato de pares asociados, tarea de reconocimiento forzado de palabras y tiempo de reacción ($r = .37, .33, .40, .30; p = .05$). En definitiva, en este estudio fueron escasas las correlaciones halladas y con escasa relevancia psicológica. En nuestro estudio hallamos que la prueba evalúa inequívocamente memoria, pues obtuvimos correlaciones con un grado de significación importante con pruebas objetivas y de ejecución, sumamente validadas, como son el WMS y el RBMT o la prueba de Benton (con todas ellas alcanza correlaciones significativas, $p = .001$). El MFE tiende a correlacionarse más con tareas que evalúan memoria verbal, pares asociados y orientación inmediata, cosa que ya apuntaban los datos del estudio de Sunderland y cols. (1983). Pero sus mayores índices de correlación los consigue con pruebas elaboradas a partir de estudios de memoria cotidiana tanto de ejecución (RBMT, $r = -.448, p = .001$) como de metamemoria (CFQ, $r = -.661, p = .001$). 100

3.4 PROCEDIMIENTOS

Para la realización de la presente investigación se seguirá el siguiente procedimiento

- Se coordinará con el CIAM y sus miembros para evaluar si estén dispuestos a participar de la investigación para ello se explicará la importancia de su disposición y colaboración con la investigación, y como este nos va a ayudar para desarrollar actividades posteriores en relación a la investigación.
- Terminando la aplicación del primer test se procederá a un previo descanso en las que se absolverán algunas dudas o inquietudes de los participantes en relación al primer test, posteriormente se repartirá el siguiente cuestionario de preguntas tanto a los varones como a las mujeres.

- Se procederá al Análisis de sus cuestionarios y test para obtener los datos verídicos en relación a respuestas, para posteriormente realizar su procesamiento y obtención de resultados lo cual nos va a permitir obtener indicadores para posteriormente realizar los estudios correspondientes en relación a la metamemoria y rendimiento mnémico.
- Las pruebas fueron calificadas manualmente, posteriormente los datos reunidos se procesaron en la hoja de cálculo de Excel, finalmente con el paquete estadístico SPSS, se realizaron los análisis descriptivos pertinentes, mediante tablas estadísticas, y el análisis correlacional necesario.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Después de recolectar los datos, se digitalizó la información en los softwares: Microsoft Excel y el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales en su versión 22. Con la información digitalizada se iniciaron los análisis exploratorios para cumplir con los criterios de inclusión requeridos. Estos fueron:

- 1) Sujetos sin demencia según la prueba KATZ.
- 2) Sujetos sin depresión o con nivel moderado según la prueba YESAVAGE.
- 3) Sujetos sin demencia según el FOTOTEST.
- 4) Sujetos sin demencia según la prueba FAB.

De los 71 evaluados, se identificaron 39 caso que cumplieron con los criterios de inclusión, los cuales fueron ingresados a los análisis estadísticos.

Para las correlaciones se aplicó la prueba estadística R de Pearson y se trabajó con un 99% de confianza (Nivel de significancia .01). Se elaboraron tablas y figuras para analizar los resultados obtenidos.

4.1.1 Características de la metamemoria.

Tabla 1: Características de la metamemoria de los AM

	f	%
Funcionamiento mnémico óptimo	0	0.00%
Funcionamiento normal con fallos de memoria poco significativos	16	41.03%
Deterioro en su función mnémica con alguna repercusión en su actividad diaria	23	58.97%
Deterioro mnémico moderado o severo con mayor impacto en su funcionamiento cotidiano	0	0.00%
	39	100.00%

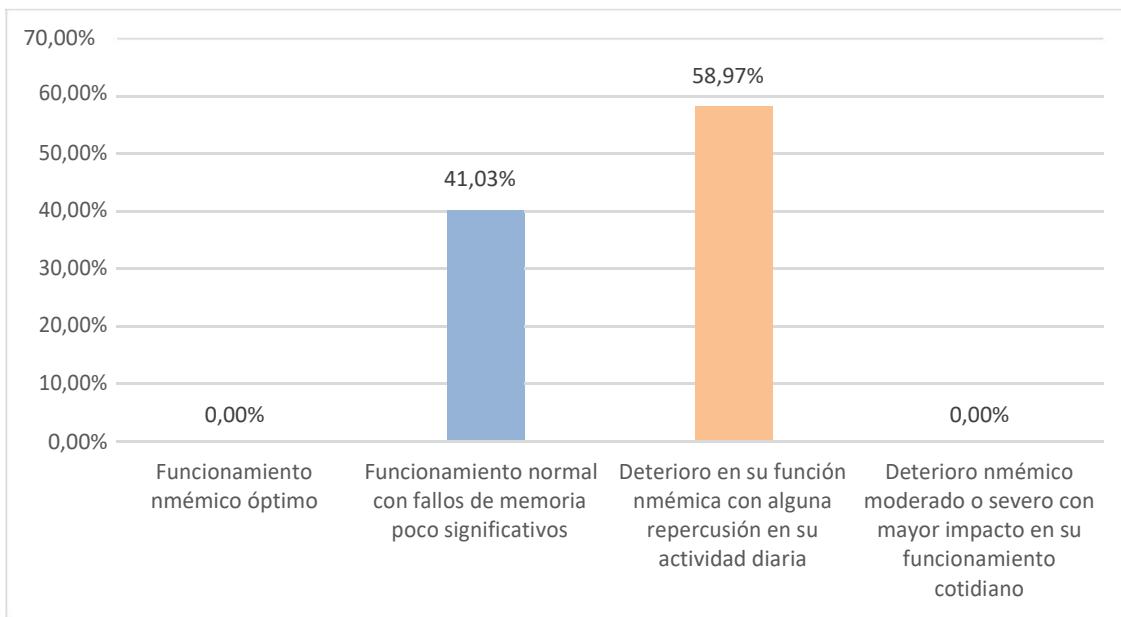


Figura 1. Características de la metamemoria

Interpretación

Se observa que la mayoría de evaluados presenta deterioro en su función mnémica, que implica alguna repercusión en su vida diaria (58.97%), y que el 41.03% tiene un

funcionamiento normal con fallos de memoria poco significativos. Es interesante observar que no hubo caso en los extremos tanto negativo como positivo, es decir, no hubo adultos mayores con funcionamiento mnémico óptimo o deterioro mnémico moderado o severo.

Rendimiento mnémico.

Recuerdo libre inmediato

Tabla 2: Media y Desviaciones típicas de los ensayos del recuerdo libre inmediato

Recuerdo	Ensayo 1	Ensayo 2	Ensayo 3	Ensayo 4	Ensayo
libre					5
inmediato					

Media	5.18	6.64	9.18	8.85	10.23
DT	0.94	1.64	1.30	1.44	1.78

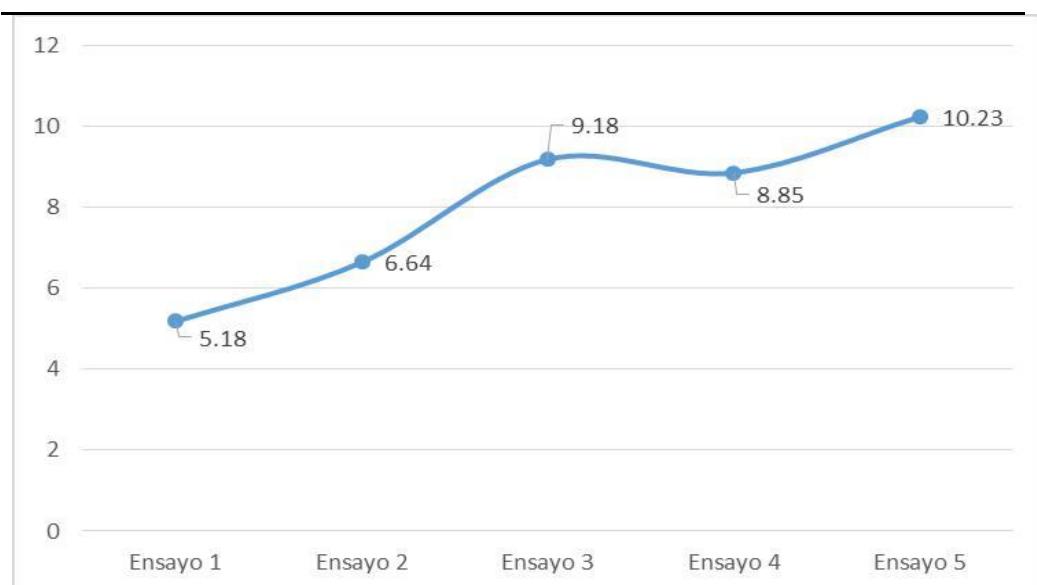


Figura 2. Curva de aprendizaje del Recuerdo libre inmediato

Interpretación

Se observa en la Figura 2 que los ensayos tuvieron un crecimiento ascendente, desde el primero hasta el quinto, comenzando con una media de 5.18 hasta una media de 10.23. Cabe resaltar el crecimiento en el tercer ensayo que fue el más grande con casi tres puntos, para luego disminuir un punto en el cuarto ensayo, esto podría

deberse a un efecto de cansancio, pero que se recupera la tendencia en el quinto ensayo.

Resultados para el recuerdo libre inmediato.

Tabla 3: Estadísticos descriptivos para el Recuerdo libre inmediato

	Recuerdo libre inmediato
Media	39.09
DT	5.69
Mínimo	29
Q1	36
Q2 (Mediana)	40
Q3	42
Máximo	49

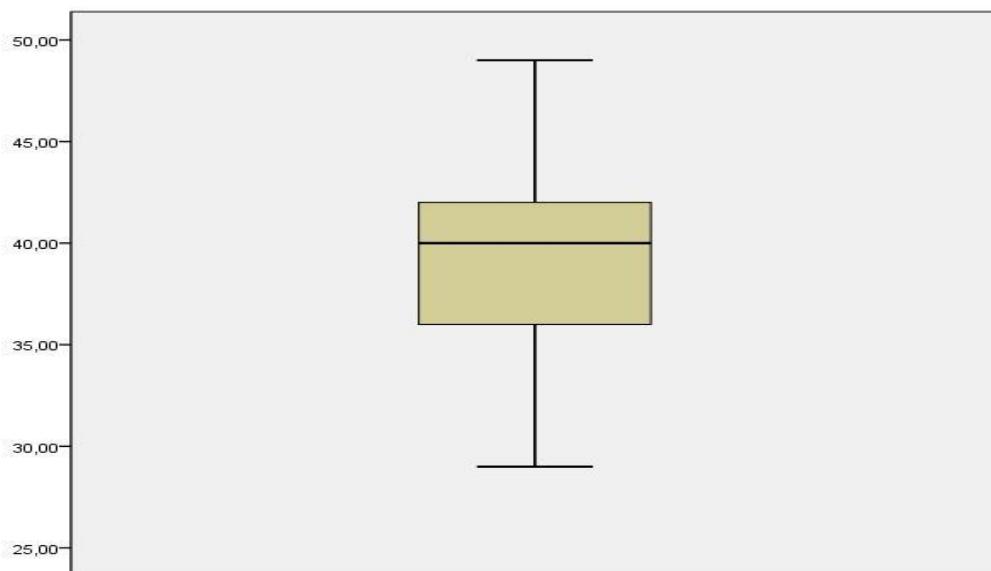


Figura 3. Diagrama de caja y bigotes para el Recuerdo libre inmediato

Interpretación

En la Figura 3 se observa que la mediana se encuentra aproximadamente en el centro de la caja y que los bigotes tienen una longitud similar. Considerando que en la Tabla 3, la media y la mediana tienen valores próximos entre sí, esto indica que implica que sigue una distribución normal. No se han encontrado casos extremos.

Resultados para el recuerdo libre a corto plazo

Tabla 4: Estadísticos descriptivos para el Recuerdo libre a corto plazo
Recuerdo libre a corto plazo

	Recuerdo libre a corto plazo
Media	8.28
DT	1.75
Mínimo	5
Q1	7
Q2 (Mediana)	9
Q3	10
Máximo	11

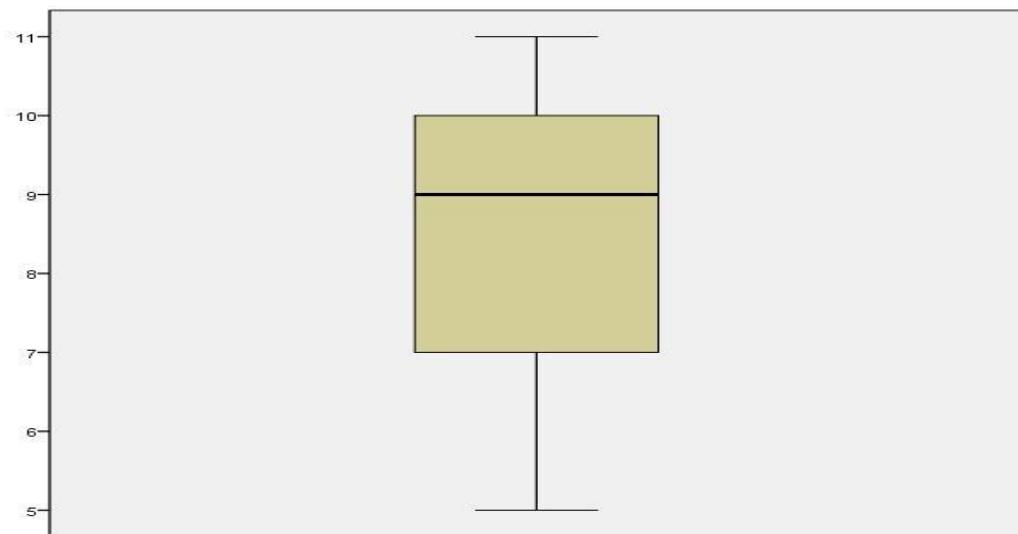


Figura 4. Diagrama de caja y bigotes para el Recuerdo libre a corto plazo.

Interpretación

En la Figura 4 se observa que la mediana se encuentra con una tendencia hacia los valores superiores, los bigotes tienen tamaños diferentes, lo que puede interpretarse que los casos por debajo de la mediana son más dispersos, y los que están por encima de la mediana están más próximos entre sí. Los valores de la media y la mediana están próximos, pero como el rango es menor se aprecian mayores diferencias entre los valores.

Resultados para el recuerdo libre a corto plazo con claves

Tabla 5: Estadísticos descriptivos para el Recuerdo libre a corto plazo con claves

Recuerdo libre a corto plazo con claves	
Media	9.87
DT	1.94
Mínimo	7
Q1	8
Q2 (Mediana)	10
Q3	12
Máximo	13

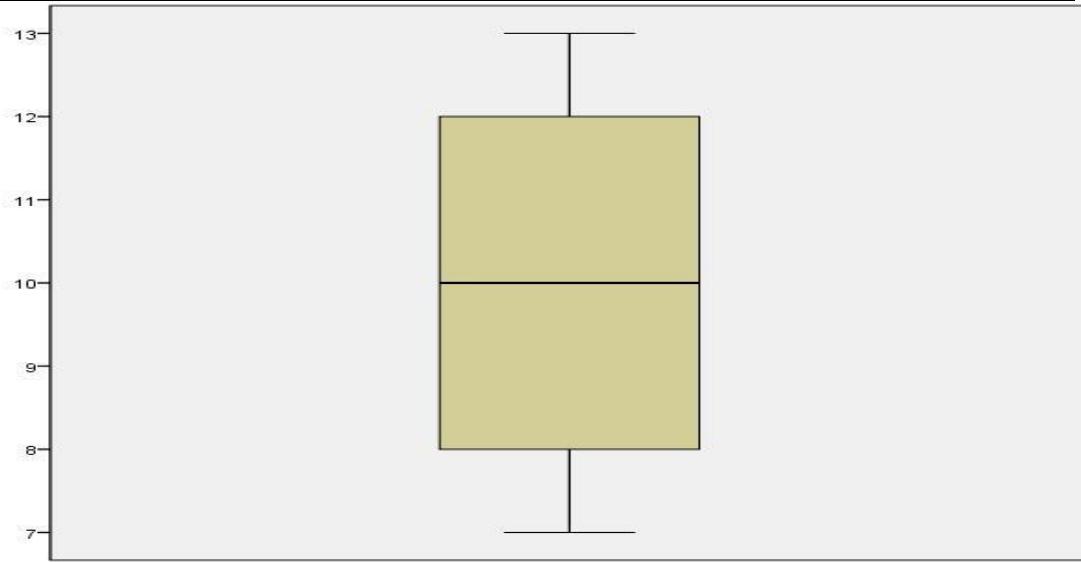


Figura 5. Diagrama de caja y bigotes para el Recuerdo libre a corto plazo con claves

Interpretación

En la Figura 5 se observa que la mediana se encuentra en la mitad de la caja y que los bigotes tienen la misma longitud, lo que puede interpretarse que estos datos siguen una distribución normal. Como era de esperarse, el rendimiento de los evaluados en esta prueba

obtuvo mayores valores que la prueba sin claves, lo que significa que su capacidad de almacenamiento (evocación) mejora frente a la presencia de claves semánticas.

Resultados para el recuerdo libre a largo plazo

Tabla 6: Estadísticos descriptivos para el Recuerdo libre a largo plazo

	Recuerdo libre a largo plazo
Media	8.00
DT	1.64
Mínimo	5
Q1	7
Q2 (Mediana)	8
Q3	9
Máximo	11

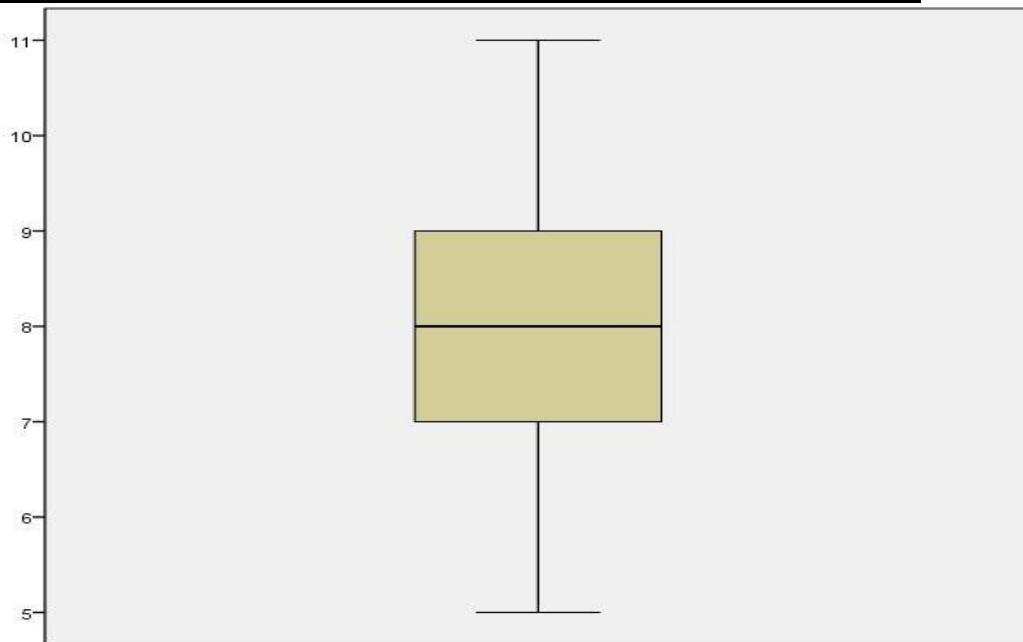


Figura 6. Diagrama de caja y bigotes para el Recuerdo libre a largo plazo

Interpretación

En la Figura 6 se observa que la mediana se encuentra en la mitad de la caja y que los bigotes tienen la misma longitud, lo que puede interpretarse que estos datos siguen una distribución normal. La media y la mediana tienen el mismo valor, y se aprecia que hubo una disminución en su rendimiento en comparación con las anteriores pruebas.

Resultados para el recuerdo libre a largo plazo con claves

Tabla 7: Estadísticos descriptivos para el Recuerdo libre a largo plazo con claves

Recuerdo libre a corto plazo con claves	
Media	9.62
DT	1.31
Mínimo	7
Q1	9
Q2 (Mediana)	9
Q3	11
Máximo	13

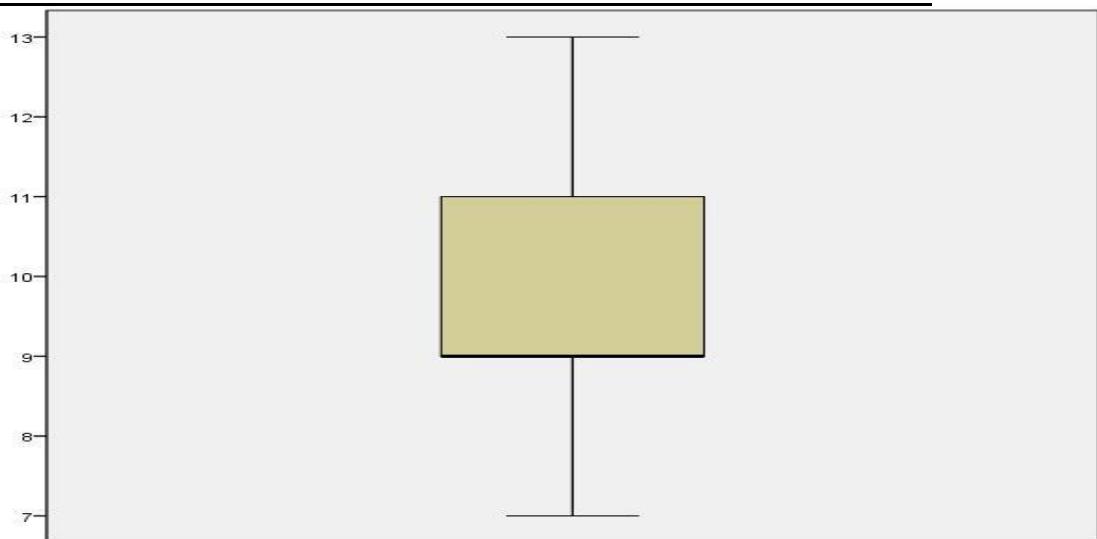


Figura 7. Diagrama de caja y bigotes para el Recuerdo libre a largo plazo con claves

Interpretación

En la Figura 7 se observa que la mediana es el mismo valor del primer cuartil, esto significa que la distribución tiene una tendencia hacia valores inferiores. Los bigotes se muestran del mismo tamaño, sin embargo, la Figura 7 se puede interpretar que la mayoría de evaluados obtuvo valores inferiores, y que las personas que obtuvieron valores superiores a la mediana, se encuentran más dispersos. La inclusión de las

claves semánticas mejoró su rendimiento a comparación de la prueba sin claves, pero aun así fue menor que en el caso de las pruebas de corto plazo con claves semánticas.

Resultados para el reconocimiento

Tabla 8: Estadísticos descriptivos para el Reconocimiento

	Reconocimiento
Media	13.23
DT	2.18
Mínimo	10
Q1	12
Q2 (Mediana)	12
Q3	14
Máximo	18

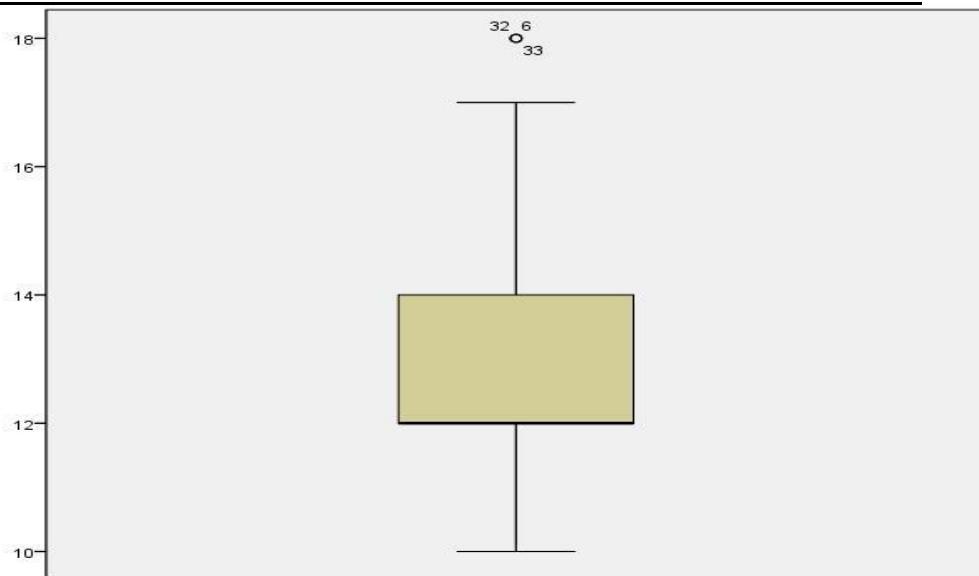


Figura 7. Diagrama de caja y bigotes para el Reconocimiento

Interpretación

En la Figura 8 se observa que la mediana es el mismo valor del primer cuartil, esto significa que la distribución tiene una tendencia hacia valores inferiores. Los bigotes se muestran del mismo tamaño, sin embargo, la Figura 8 se puede interpretar que la mayoría de evaluados obtuvo valores inferiores, y que las personas que obtuvieron valores superiores a la mediana, se encuentran más dispersos, lo que se hace evidente al observar que se detectaron casos extremos (en sentido positivo).

Resumen del rendimiento mnémico

Tabla 9: Estadísticos descriptivos para el rendimiento mnémico

	Media	DT	Mínimo	Máximo
Recuerdo libre inmediato	39.08	5.69	29	49
Recuerdo libre a corto plazo	8.28	1.75	5	11
Recuerdo libre a corto plazo con claves	9.87	1.94	7	13
Recuerdo libre a largo plazo	8.00	1.64	5	11
recuerdo libre a largo plazo con claves	9.38	1.9	1	13
Reconocimiento	13.23	2.18	10	18

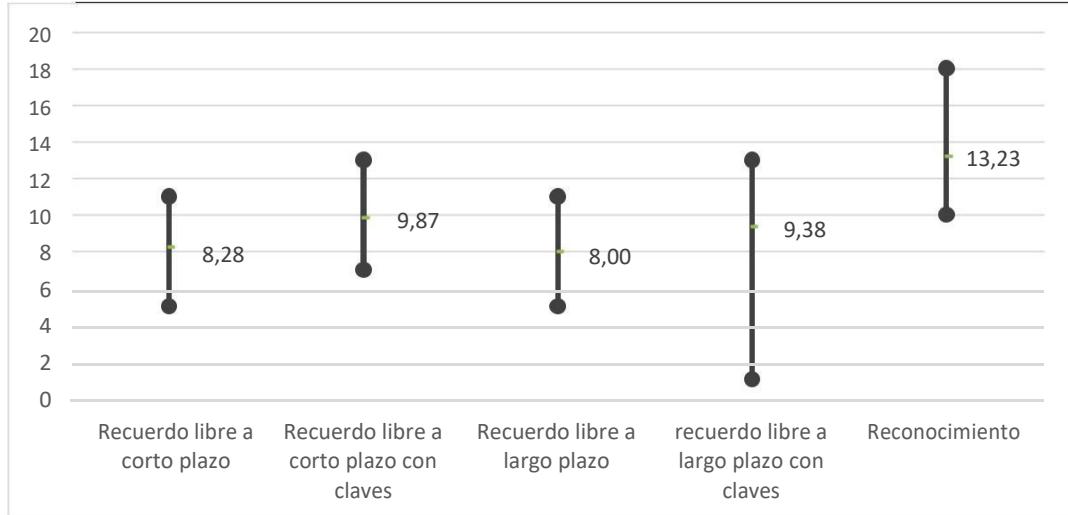


Figura 9. Gráfico de mínimos y máximos del Rendimiento

mnémico Interpretación

En la Figura 9 se observa que las pruebas sin y con claves mostraron diferencias, tanto para el recuerdo a corto plazo como el recuerdo a largo plazo. Los resultados

de las pruebas con clave obtuvieron mayores promedios que las pruebas sin claves. También se puede observar que hubo una diferencia entre los resultados para las pruebas a largo plazo y corto plazo, las de corto plazo obtuvieron promedios superiores. Es interesante observar la línea de la prueba Recuerdo Libre a largo plazo con claves, ya que su longitud significaría mayor dispersión de los evaluados, es decir que tuvieron rendimientos más positivos y más negativos a comparación de las otras pruebas. Para el reconocimiento se obtuvo una media mayor que en las cuatro pruebas anteriores, lo que podría significar que los AM de la muestra mantienen conservada su capacidad de almacenamiento.

4.1.3 Correlación entre la metamemoria y el rendimiento mnémico.

La metamemoria se correlaciona con el rendimiento mnémico en sus factores: Recuerdo Libre Inmediato, Recuerdo Libre a Corto Plazo, Recuerdo Libre a Corto Plazo con Claves, Recuerdo Libre a Largo Plazo, Recuerdo Libre a Largo Plazo con Claves y Reconocimiento. La Tabla 10 muestra las correlaciones con su p-valor respectivamente para las correlaciones entre la metamemoria y el rendimiento mnémico.

Rendimiento mnémico	Metamemoria	
	r	p-valor
Recuerdo Libre Inmediato	-.73	p < 0.01
Recuerdo Libre a Corto Plazo	-.63	p < 0.01
Recuerdo Libre a Corto Plazo con Claves	-.53	p < 0.01
Recuerdo Libre a Largo Plazo	-.71	p < 0.01
Recuerdo Libre a Largo Plazo con Claves	-.07	.66
Reconocimiento	-.69	p < 0.01

Interpretación

En la Tabla 10 se observa que la Metamemoria obtuvo relaciones estadísticamente significativas (99% de confianza) con los factores del Rendimiento Mnémico: Recuerdo Libre Inmediato, Recuerdo Libre a Corto Plazo, Recuerdo Libre a Corto Plazo con Claves, Recuerdo Libre a Largo Plazo y Reconocimiento.

El único factor que no se relacionó significativamente fue el Recuerdo Libre a Largo Plazo con Claves, esto posiblemente debido a que los AM obtuvieron

resultados con mayor dispersión, lo que provocó que las covarianzas fueran distintas entre los datos de las pruebas aplicadas.

Las correlaciones halladas, además de ser estadísticamente significativas, tuvieron magnitudes de regulares a altas (desde .53 hasta .73) y fueron negativas, lo que significa que las variables tienen una relación inversamente proporcional, a medida que las quejas subjetivas de la memoria sean mayores el Rendimiento Mnémico será más bajo.

El factor Recuerdo Libre Inmediato obtuvo una correlación negativa y, además fue la correlación con el mayor valor. La direccionalidad implica que el sujeto mientras mayor deterioro considere tener el AM (quejas subjetivas) de su memoria, menor será su rendimiento mnémico.

En la Tabla 10 se puede apreciar que la mayor correlación la obtuvo el Recuerdo Libre Inmediato, es decir que, si el sujeto considera que existe un deterioro en su memoria, es más probable que su rendimiento mnémico se vea afectado.

4.2 DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito principal, conocer la relación existente entre metamemoria y rendimiento mnémico en adultos mayores del CIAM del distrito de Sachaca, tras describir y analizar los diferentes resultados obtenidos, se realizó la interpretación.

Ahora bien, en función a los resultados de la metamemoria de los adultos mayores y sobre las características de la misma según la prueba se indica que el funcionamiento es normal pero con fallo poco significativos que tienen los adultos, y en un gran porcentaje se refleja que hay un deterioro en su función mnémica con alguna repercusión en su actividad diaria, esto se debe principalmente a la edad según indicaba Bellezza y Walker (1974), el recuerdo no es inmediato en los adultos y el almacenamiento posterior por ende hay una gran posibilidad a tener que fallar, esto también resulta diferido por el grado de recuerdo que tiene los adultos que afecta directamente. Esto se apoya en la figura N° 2 donde la desviación en el ensayo resalta un crecimiento esto se identifica que se debe al esfuerzo que se debe para alcanzar y se recupera de un tiempo con dificultad en el otro ensayo.

Sobre el rendimiento mnémico que se presenta en la Figura N° 03 en relación con el recuerdo libre inmediato en lo que se indica es que no tenemos problemas severos en asociar un recuerdo libre y espontáneo y de ello sea de recuerdo inmediato.

En la Figura N° 04 sobre el recuerdo libre a corto plazo se pueden diferenciar de por encima de los límites que se dan en los valores por ello el recuerdo a corto plazo puede

estar diverso por problemas de retención, esto se debe principalmente por que la metamemoria y la memoria es la inversa a la que se cabría esperar al principio.

En la figura N° 5 sobre el recuerdo libre a corto plazo con claves en este resultado se puede definir por que la memoria tiene un apoyo de los valores en la prueba que son las claves las cuales estimulan la presencia del almacenamiento de la memoria.

En la figura N° 6 sobre el recuerdo libre a largo plazo la memoria se debilita por la falta de ejercitación o estimulación mental que se relaciona directamente con lo que se declina con la edad, este recuerdo libre puede permitirnos mejorar la memoria de aprendizajes que son las funciones de la búsqueda de ejercicios de ejercitación correcta. Así también se formula que por la manera y revelarse en la metamemoria predictiva. Los resultados sugieren que un sujeto que acaba de aprender una lista y debe aprender otra, percibe que su nuevo aprendizaje va a estar afectado por el previo (interferencia proactiva) (Sierra 2009).

De igual manera en el recuerdo libre a largo plazo con claves que se ve en la figura N° 7 se muestra una mejora para el rendimiento asociando la memoria con las claves semánticas.

En la figura N° 8 sobre el reconocimiento el que se observa es de casos extremos en este caso se puede comprobar la metamemoria guarda relación con estrecha con el recuerdo que, con el grado de agrupamiento, por ello los sujetos altos en metamemoria recuerdan con más bajos, por ello debe de verse la organización. De manera que exijan una evaluación ajustada de las demandas de la tarea y la selección de estrategias de memorización apropiadas. Así cabe señalar el estudio de West et al. (2002) que, aunque los adultos mayores, en su estudio hombres, tenían creencias positivas sobre la efectividad de su memoria, su desempeño fue

pobre, sobreestimando el funcionamiento de su memoria. Se puede suponer la existencia de compensación ante los déficits percibidos por los adultos mayores.

En la figura N° 9 sobre el rendimiento mnémico el rendimiento a corto plazo obtuvo promedios superiores, el reconocimiento se obtuvo una media mayor que en las cuatro pruebas anteriores se puede entender que las pruebas se observan que los adultos de almacenamiento.

En contraste a nuestros resultados, la tesis realizada por Sierra (2010) el cual tenía como objetivo explorar la metamemoria predictiva y su estabilidad, dicho estudio reveló que la habilidad de los puntajes de metamemoria pudo predecir los de memoria, es decir los resultados de metamemoria fueron predictores significativos. En la figura N° 10 se puede observar que existe una relación significativa entre los factores de rendimiento mnémico, el recuerdo libre a largo plazo con claves y el recuerdo libre por una dispersión de distintas pruebas aplicadas. La mayor correlación la obtuvo el Recuerdo Libre Inmediato, es decir que, si el sujeto considera que existe un deterioro en su memoria, es más probable que su rendimiento mnémico se vea afectado.

En los estudios sobre memoria podríamos reconocer entonces como principio explicativo de la autoeficacia de la memoria: que las creencias, conocimientos y percepciones sobre nuestra propia memoria influyen en los comportamientos al aprender y recordar; traduciéndose en desempeños variables (Bunnell, 1999; Hert, 1996). Estas creencias y percepciones particulares, a su vez, parecen estar en relación con el sentido general de autoeficacia de una persona (Bandura, 1986) que sugiere que la autoevaluación positiva resulta en mejor ejecución cognitiva.

CONCLUSIONES

PRIMERA. - La metamemoria de los adultos mayores del CIAM de Sachaca, mayormente se caracterizó por presentar en su función mnémica alguna repercusión en su vida diaria. Lo cual indicaría que las percepciones, creencias acerca del funcionamiento y desarrollo de capacidades, fueron negativas.

SEGUNDO. - En el rendimiento mnémico de adultos mayores del CIAM de Sachaca, se pudo apreciar un mejor resultado, acerca del recuerdo cuando se le evaluó su Memoria a Corto Plazo, y por otro lado también el resultado fue positivo, en la evaluación de su Memoria Largo Plazo, cuando se les facilitó las claves semánticas, lo cual podría indicar un problema no de memoria, sino de evocación del recuerdo.

TERCERO. - En relación entre la metamemoria y el rendimiento mnémico de los adultos mayores del CIAM de Sachaca, las correlaciones halladas tuvieron una relación inversamente proporcional, lo cual indicaría que, a más quejas subjetivas de memoria el rendimiento mnémico será más bajo.

CUARTA. -Se encontró correlación estadísticamente significativa entre la variable metamemoria y rendimiento mnémico.

RECOMENDACIONES

PRIMERO. - Se recomienda a la asociación de adulto mayor de Sachaca que se considere realizar actividades recreacionales para mejorar que no se deterioren los factores de rendimiento mnémico, lo que se puede favorecer sobre el recuerdo libre a corto plazo y con claves ya que mejora su metamemoria.

SEGUNDO. - se recomienda que se estimule la memoria con actividades diarias diversas con algún significado distinto, lo que desarrolla su capacidad de memoria y el sistema de funcionamiento total.

TERCERO. - Se recomienda revisar la función mnémica de los adultos con relación a las actividades diarias es importante hacer unos señalamientos con respecto a la utilidad que pueden tener los hallazgos presentados.

CUARTO.- A nivel educativo, proporciona directrices generales y específicas que podrían ser tenidas en cuenta por las personas interesadas en diseñar, implementar y evaluar programas de prevención e intervención dirigidos a adultos mayores; algunas de estas directrices generales están relacionadas con la importancia de tener en cuenta el contexto social y las diferencias individuales de los participantes y se constituyen en directrices particulares, cada una de las variables que en el presente artículo fueron objeto de análisis.

QUINTO. - Se recomienda nuevas formas de evaluar permitirían contar con información más precisa sobre las dimensiones de la metamemoria de los adultos mayores a nivel intraindividual y establecer su relación con su desempeño de la memoria.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso Jiménez, R., y Moros García, M. T. (2011). Intervención psicomotriz en personas mayo-res. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia, TOG*, (14)
- Ardilla A., Arocho, Labos W. y Rodriguez E. (2015). Diccionario de Neuropsicología, pág. 22. <DOI: 10.13140/2.1.3185.3124>.
- Alberca, R. y López Pousa, S. (2002). Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Médica Panamericana.
- Artero, S. (2003). *Predicción de transición de deterioro cognitivo de la demencia senil. Psychiatrica Scand.*
- Belsky,J. (1996). “*Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones*”. Barcelona: Masson.
- Berrío Valencia, M. I. (2012). Envejecimiento de la población: Un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 192-194.
- Cavanaugh, J.; Feldman, J. y Hertzog, C. (1998). Memory beliefs as social cognition: a reconceptualization of what memory questionnaires assess. *Review of General Psychology*, 2(1), 48-65.
- Crook, T., RT Bartus Ferris S. Withehouse, P. y Gershon, G. C. (1986). Deterioro de la memoria asociado: *Criterios diagnósticos*. México. Prentice Hall
- Charchat-Fichman, H., Caranelli, P., Sameshima, K. y Nitrini, R. (2005). *Decline of cognitive capacity during aging*. *Rev Bras Psiquiatria*. 27(12), pp. 79-82.

- Deiner, S., y Silverstein, J. H. (2011). Anesthesia for geriatric patients. *Minerva Anestesiológica*, 77(2), 180-189.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*, Barcelona: Paidós.
- Fernandez, Muñoz, y Pelegrin. (2005). *Evaluación y rehabilitación neuropsicológica de las personas con demencia*. Madrid: Fundación Mapfre.
- Fernandez, T. (2016). Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión Geriátrica en los Programas Integrales del Adulto Mayor de Trujillo. Universidad Cesar Vallejo, Trujillo Perú.
- Garcés de Los Fayos, E.J., Alcántara Sánchez, P., & Ureña Villanueva, F. (2002). Repercusiones de un programa de actividad física gerontológica sobre la aptitud física, autoestima, depresión y afectividad. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2(2), 57-74.
- Grundman M., Petersen R.C., Ferris S.H., Thomas R.G., Aisen P.S., Ben-nett D.A. et al. (2004). Mild cognitive impairment can be distinguished from Alzheimer disease and normal aging for clinical trials. *Archives of Neurology*.
- Levy R. (1994). *Declive cognitivo asociado al envejecimiento*. En Grupo de trabajo de la asociación internacional de psiquiatría en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (págs. 63-68). Internacional de Psicogeriatría.
- Lobo y cols., (2002) Lorenzo, J., Fontan L. (2004) Fundamentos de neuropsicología clínica. Montevideo: Oficina del libro, FEFMUR.

- McDonald, L. et al (1999). *Metamemory predictors of prospective and retrospective memory performance*. The journal of General Psychology, 126(1), 37-52.
- McDougall, G. (1995). Memory self-efficacy and strategy use in successful elders. Educational Gerontology, 21, 357-373.
- OMS (2018). Envejecimiento y salud. <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Oña, A. (2002). *Longevidad y beneficios de la Actividad Física como Calidad de Vida en las Personas Mayores*. I congreso Internacional de Actividad Física y Deportiva para Personas Mayores. Libro de Actas. Málaga: Servicios de Juventud y Deporte.
- Perfect, T. y Stollery, B. (1993). *Memory and metamemory performance in older adults: One deficit or two*. Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology, 46, 119-135.
- Petersen, R. et col. (1999). *Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome*. Archives of Neurology; 56: 303-308.
- Petersen, R.C. (2004). *Mild Cognitive Impairment as a Diagnostic Entity*. Journal of Internal Medicine
- Pousada, M. y de la Fuente, J. (2006). *Envejecimiento y cambio cognitivo*. En Pinazo, S. y Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol40_3-4_11/mil01311.htm
- Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J. and Crook, T. (1988) *Global Deterioration Scale (GDS)*. Psychopharmacology Bulletin

- Ridgway, J. y Saul, J. (2000). *Learning and metamemory failures extensive experience.* Educational Psychology, 20 (4), 499-504.
- Sanchez, M. (2006) *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas.* España: Pearson. (pp. 185- 217)
- Schapira, M. (2011) *Pro Salud New.* Buenos Aires: Paidós.
- Samper, J.; Llibre, J.; Sanchez, C.; Pérez, C.; Morales, E.; Sosa, S. y Solórzano, J. pág. 31 (2011b) *Edad y escolaridad en sujetos con Deterioro Cognitivo Leve.* La Habana Cuba.
- Sierra, O. (2009). Memoria y metamemoria: relaciones funcionales y estabilidad de las mismas. Instituto de Psicología de la Universidad del Valle. Colombia. Consultado el 03 de noviembre de 2018 en: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64712156017.pdf?fbclid=IwAR2OIQNamwffeS8F12RIzb-rEV4Ru3dxiljrvMXqN0syBUC-YsL5hR1_SBQ>
- Turvey, C., Schultz, S., Arndt, S., Wallace, R. y Herzog, R. (2000). Memory complaint in a community sample aged 70 and older. Journal of the American Geriatric Society, 48(11), 1435-1441
- Troen, B. R. (2003). The biology of aging. Mount Sinai. Journal of Medicine, 70(1), 3-22.
- Valderrama, E. et al. (1997). *Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano.* Revista Española de Geriatría y Gerontología; 32 (5): 297-306 1997
- Villanueva, V. J. (2000). *Las Demencias.* Revista de Posgrado de la Catedra VI a Medicina, 4-7

Yanguas, J.; M. & Leturia, F. (2004). Aspectos psicológicos del envejecimiento. Terapia ocupacional en “geriatría: principios y práctica”. Barcelona: Masson.

ANEXOS

TEST de las FOTOS (Fototest)

Nombre:

Edad:

Fecha:

1.- Denominación (Den)

Enséñele la lámina con las fotos y pidale que las nombre; dé **1 punto** por cada respuesta correcta; en caso de error o no respuesta, indíquele el nombre correcto y no le dé ningún punto.
 (Una vez concluya esta tarea, retire la lámina y apártela de la vista del sujeto)

2.- Fluidez Verbal (FH / FM)

a.- "Quiero que me diga todos los nombres de hombres/mujeres que recuerde" (comience siempre por el sexo contrario)
 (No dé ejemplos, conceda **30 segundos** y comience a contar el tiempo cuando diga el primer nombre. Dé **1 punto** por cada nombre correcto, no puntúe los nombres similares (Mari-Maria; Pepe-José, Dolores-Lola, etc))

b.- "Quiero que me diga todos los nombres de hombres/mujeres (mismo sexo) que recuerde"
 (termine preguntando por el mismo sexo)
 (No de ejemplos, conceda **30 segundos** y comience a contar el tiempo cuando diga el primer nombre. Dé **1 punto** por cada nombre correcto, no puntúe los nombres similares (Mari-Maria; Pepe-José, etc))

3.- Recuerdo

a.- Recuerdo Libre (RL): "Recuerda qué fotos había en la lámina que le enseñé antes". (Máximo **20 segundos**; dé **2 puntos** por cada respuesta correcta.

b.- Recuerdo Facilitado (RF): Ofrecerle como pista y ayuda la "categoría" de las imágenes que **NO** haya recordado espontáneamente anteriormente, diciéndole por ejemplo: "También había una fruta. ¿la recuerda?". Dé **1 punto** por cada respuesta correcta.

Categoría	Fotos	Den	RL*	RF	Fluidez Hombres (FH)	Fluidez Mujeres (FM)
Juego	Cartas					
Vehículo	Coche					
Fruta	Pera					
Inst. Musical	Trompeta					
Prenda vestir	Zapatos					
Cubrierto	Cuchara					
Sub-Totales						
Total Test de las Fotos (Den+RL+RF+FH+FM)						

* 2 puntos por respuesta correcta



VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ-

1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos. Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores. Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	
3. Uso del WC	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
4. Movilidad	Independiente. Control completo de micción y defecación.	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
5. Continencia	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
PUNTUACIÓN TOTAL		

F. BERMEJO PAREJA, C. VILLANUEVA IZA, C. RODRÍGUEZ, A. VILLAREJO

Escala 51. CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FUNCIONAL DE PEFFER*

- ¿Administra su propio dinero?
- ¿Puede hacer solo/a la compra (alimentos, ropa, cosas, de la casa)?
- ¿Puede prepararse solo/a el café o té y luego apagar el fuego?
- ¿Puede hacerse solo/a la comida?
- ¿Está al corriente de las noticias de su vecindario, de su comunidad?
- ¿Puede prestar atención, entender y discutir las noticias de la radio y programas de TV, o leer libros y revistas?
- ¿Se acuerda si queda con alguien y de las fiestas familiares (cumpleaños, aniversarios) o de los días festivos?
- ¿Es capaz de responsabilizarse de su propia medicación?
- ¿Es capaz de viajar solo/a fuera de su barrio y volver a casa?
- ¿Saluda apropiadamente a sus amistades?
- ¿Puede salir a la calle solo/a sin peligro?

Normal	0
Con dificultad, pero lo hace solo/a	1
Necesita ayuda	2
Nunca lo hizo, pero ahora sí	0
Nunca lo hizo, ahora tendría dificultad	1
Dependiente	3

Contestado por un informador. Una puntuación superior a 5 puntos indica posible deterioro funcional patológico (demencia incipiente), aunque otra causa física, por ejemplo ceguera, debe excluirse).

**Escala 41c. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA.
(VERSIÓN ESPAÑOLA) GDS-VE**

1. ¿En general, está satisfecho/a con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Sí	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Sí	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Sí	No
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	Sí	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí	No

Puntuación total: las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.

TAVEC

Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense

María Jesús Benedit - María Ángeles Alejandre

DATOS GENERALES

Nombre _____ y
 apellidos _____

Edad _____ Sexo _____ Profesión/ocupación _____

Estudios _____

Fecha _____ de _____ la _____ evaluación _____ Evaluador

RECUERDO LIBRE INMEDIATO

(Lista A – 5 ensayos)

INSTRUCCIONES

En ningún caso se dejarán a la vista del sujeto ni las instrucciones ni este cuadernillo de registro.

ENSAYO 1

Lea al pie de la letra las siguientes instrucciones diciendo: “*Escuche atentamente porque voy a leerle lo que vamos a hacer; supongamos que va a ir a hacer las compras el lunes. Le voy a leer la lista de las cosas que tiene que comprar. Escuche atentamente porque, cuando haya terminado de leerla, le voy a pedir que me repita todas las cosas de esa lista que pueda recordar. Puede decirlas en cualquier orden, pero debe decir todas las que recuerde. ¿Comprendió bien lo que tiene que hacer?*”

Si el sujeto tiene alguna duda (o si usted cree que podría tenerla), repítale las instrucciones; si no está seguro de que el sujeto ha comprendido lo que tiene que hacer, pregúntele: “*¿Qué tiene que hacer?*”

Una vez que tenga claro que el sujeto ha comprendido, diga: “*¿Preparado/a?*”

Sólo debe volver a intervenir para decir (una sola vez): “*¿Algo más? ¿Está seguro de que no recuerda ninguna cosa más?*”

ENSAYO 2 A 5

Presentará cada uno de estos tres ensayos diciendo al pie de la letra: “*Voy a repetirle la lista de las compras del lunes. Escuche atentamente porque, cuando haya terminado de leerla, voy a volver a pedirle que me repita todas las cosas que recuerde, en cualquier orden. Debe decirme también todas las cosas que ya antes. ¿Preparado/a?*”

LISTA A

1) Taladro	5) Uvas	9) Laurel	13) Romero				
2) Limones	6) Comino	10) Mandarinas	14) Piña				
3) Casaca	7) Medias	11) Sierra	15) Tornillos				
4) Pimiento	8) Pala	12) Zapatos	16) Guantes				
ENSAYO 1		ENSAYO 2	ENSAYO 3	ENSAYO 4	ENSAYO 5		
Nº	Respuestas	Nº	Respuestas	Nº	Respuestas	Nº	Respuestas
1		1		1		1	
2		2		2		2	
3		3		3		3	
4		4		4		4	
5		5		5		5	
6		6		6		6	
7		7		7		7	
8		8		8		8	
9		9		9		9	
10		10		10		10	
11		11		11		11	
12		12		12		12	
13		13		13		13	
14		14		14		14	
15		15		15		15	
16		16		16		16	

17		17		17		17		17	
18		18		18		18		18	
19		19		19		19		19	
20		20		20		20		20	

RECUERDO LIBRE INMEDIATO

(Lista B)

INSTRUCCIONES

Inmediatamente después de concluido el quinto ensayo de aprendizaje de la lista A, diga textualmente: “*Supongamos ahora que va a ir a comprar también el martes. Voy a leerle una nueva lista de cosas que tiene que comprar. Cuando haya terminado de leerla le voy a pedir que me diga todas las cosas que recuerda, en cualquier orden. ¿Preparado/a?*”

LISTA B

1) Espumadera	5) Kiwis	9) Pimentón	13) Damascos
2) Cerezas	6) Batidora	10) Frutillas	14) Trucha
3) Atún	7) Ajo	11) Salmón	15) Orégano
4) Menta	8) Lenguados	12) Platos	16) Cazuela
Nº	Respuestas	Nº	Respuestas
1	6	11	16
2	7	12	17
3	8	13	18
4	9	14	19
5	10	15	20

RECUERDO LIBRE A CORTO PLAZO

(Lista A)

INSTRUCCIONES

Inmediatamente después de concluido el único ensayo de aprendizaje de la lista B, diga textualmente: “Ahora dígame todas las cosas que recuerde de la lista del lunes, la que le había leído cinco veces. ¿Preparado/a?”

Nº	Respuestas	Nº	Respuestas	Nº	Respuestas	Nº	Respuestas
1		6		11		16	
2		7		12		17	
3		8		13		18	
4		9		14		19	
5		10		15		20	

RECUERDO A CORTO PLAZO CON CLAVES SEMÁNTICAS

(Lista A)

INSTRUCCIONES

Inmediatamente después de concluida la prueba de recuerdo libre a corto plazo, diga: "Dígame todas las cosas de la lista del lunes que son especias...; ahora las que son herramientas...; ahora las que son frutas...; ahora las que son prendas de vestir..."

Hora Exacta: ____ : ____

NOTA: Anote la hora exacta y haga que durante los próximos **20 minutos** el sujeto trabaje en la tarea que será proporcionada por la cátedra.

RECUERDO LIBRE A LARGO PLAZO

(Lista A)

Hora Exacta: ____ : ____

INSTRUCCIONES

Inmediatamente después de transcurridos los 20 minutos, anote de nuevo la hora y giga textualmente: “Ahora dígame todas las cosas que recuerde de la lista del lunes, la que le había leído cinco veces. ¿Preparado/a?”

Nº	Respuestas	Nº	Respuestas	Nº	Respuestas	Nº	Respuestas
1		6		11		16	
2		7		12		17	
3		8		13		18	
4		9		14		19	
5		10		15		20	

RECUERDO A LARGO PLAZO

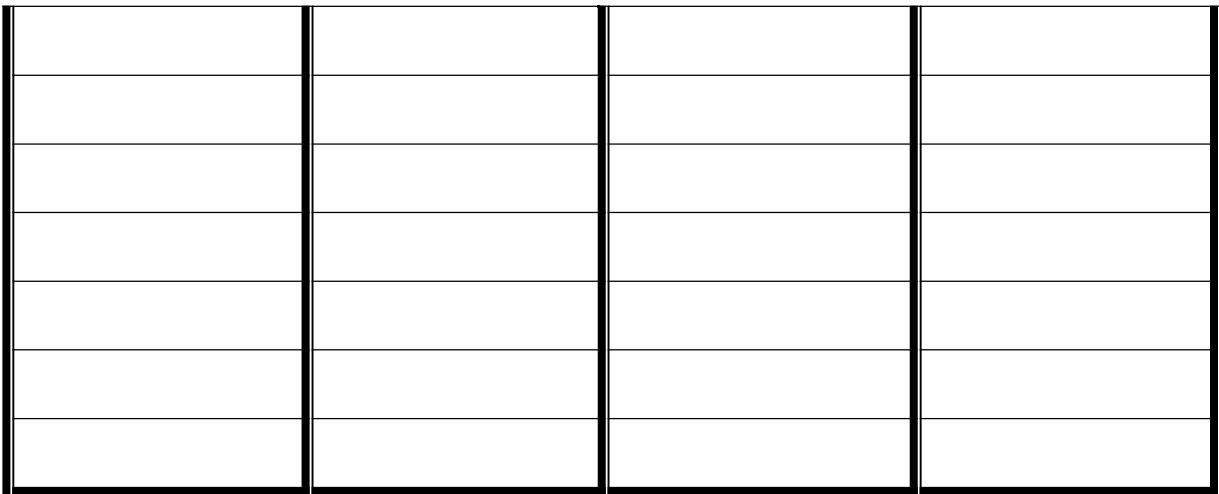
CON CLAVES SEMÁNTICAS

(Lista A)

INSTRUCCIONES

Inmediatamente después de concluida la prueba de recuerdo libre a largo plazo, diga: “Dígame todas las cosas de la lista del lunes que son prendas de vestir...; ahora las que son frutas...; ahora las que son herramientas...; ahora las que son especias...”

PRENDAS DE VESTIR	FRUTAS	HERRAMIENTAS	ESPECIAS



RECONOCIMIENTO A LARGO PLAZO

(Lista A)

INSTRUCCIONES

Inmediatamente después de concluida la prueba anterior, diga: “*Voy a leerle una lista de cosas que se pueden comprar. Después de cada cosa, diga Sí si esa cosa estaba en la lista del lunes, y NO si no estaba en ella. ¿Preparado/a?*”

NOTA: Si el sujeto dice no estar seguro de si la palabra estaba o no en la lista del lunes, o si pregunta, se le dirá que no se le puede contestar y que ha de decidirlo él mismo. Se le repetirá: “*Dígame si..... estaba en la lista del lunes*”.

Ítem	S/N?	Ítem	S/N?	Ítem	S/N?	Ítem	S/N?
Zapatos		Cazuela		Limones		Ananá	
Orégano		Frutillas		Trucha		Sierra	
Lenguados		Bombones		Azafrán		Damasco	
Reloj		Comino		Silbatos		Aspirinas	
Tierra		Libros		Ajo		Cartera	
Canela		Taladro		Campera		Tornillos	
Medias		Vitaminas		Alfombra		Batidora	
Sábanas		Clavel		Romero		Tenazas	
Mecedora		Uvas		Guantes		Laurel	
Pala		Hilo		Manzana		Plumero	
Mandarinas		Chaqueta		Palillos		Jabón	

CASOS CLÍNICOS

- CASO 1: Elsa Erika Puma Huayhua
- CASO 2: Vidal Angel Taco Bellido

CASO N° 1

ANAMNESIS

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : Merry L. C. Q.
Edad : 16 años
Fecha de Nacimiento : 23/02/2000
Lugar de Nacimiento : Arequipa
Grado de Instrucción : Secundaria
Dirección Actual : El Bosque - Sachaca
Referente : La adolescente
Examinado por : E. Erika Puma Huayhua
Bachiller de Psicología

II. MOTIVO DE CONSULTA

La adolescente es derivada a consulta porque ingresa al hogar San José por motivo de intento de violación por parte de su padre

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

La adolescente a los 13 años empieza a recibir tocamientos indebidos por parte de su papá, ocasionando esto que ella empiece a llegar tarde a su casa, quedándose con amigos hasta altas horas de la noche, algunas veces en

reuniones donde ingerían bebidas alcohólicas. Esto se volvió muy frecuente y en consecuencia el padre empezó a llevarla al colegio y a recogerla a la hora de salida.

Es en el mes de mayo de este año que su padre intenta abusar de ella, hecho que no se lleva a cabo porque con gritos pide ayuda a su hermano menor quien llega inmediatamente. Ella cuenta el suceso a su enamorado, quien la persuade de poner a denuncia respectiva.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

La menor refiere que su concepción no fue planificada, pero si deseada.

Desarrollo psicomotor:

No se cuenta con datos específicos al respecto.

Desarrollo socioemocional:

Es la mayor de 2 hermanos, nació en el distrito de Tiabaya de la provincia de Arequipa, donde vivió con sus papás y hermano. Hasta antes del problema. Ella considera que fue una niña tranquila, obediente a la cual le gustaba relacionarse con los demás, también cuenta que le gustaba dirigir los juegos y sus amistades eran de preferencia varones porque no eran tan problemático ni envidiosos como las mujeres.

Educación:

Ingresó al jardín a los 5 años colegio y a primaria los 6 años, Ahora está en 3ro de secundaria en donde no presenta problemas académicos, pero si conductuales sobre todo en casa donde recibe regaños por parte de sus padres pues llega tarde.

Vida Psicosexual:

Su desarrollo sexual ha sido normal, al cumplir los 13 años tuvo su primera pareja con la que actualmente lleva de 3 años, refiere que la relación con su pareja es buena y que solo en ocasiones hay alguna discusión que logran resolver.

No fuma, ingiere bebidas alcohólicas ocasionalmente, tiene como pasatiempo ingresar a facebook.

Actualmente está albergada en INABIF, donde no logra adaptarse con facilidad pues tiene peleas con tutoras y compañeras. Tiende a formar grupos y aislar de su entorno.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Merry pertenece a una familia nuclear; conformada por su madre de 35 años, su padre de 38 años y su hermano menor de 10 años. La estabilidad familiar es eventualmente perturbada por la rebeldía que la adolescente muestra en casa y sobre todo con el padre por quien siente rechazo y cólera afirmando ella que es porque es muy es malo, severo, no escucha y no los entiende.

La familia es de condición socioeconómica media, la vivienda es de material noble de un piso, cuenta con todos los servicios tienen todos los servicios básicos. La madre trabaja en la municipalidad, su hermano menor estudia en el colegio y el padre trabaja eventualmente en la chacra.

RESUMEN

Merry ingreso al jardín a los 5 años, a primaria a los 6 y actualmente cursa 3ro de secundaria, donde no tiene problemas académicos, sino más bien conductuales.

La evaluada es una adolescente con tendencia a la extroversión, alegre que en ocasiones le cuesta seguir órdenes.

Pertenece a una familia nuclear, su mamá tiene 35 años, su papá 38 y su hermano menor tiene 10 años. Existen algunos problemas con su padre a quien considera muy autoritario e injusto.

A la edad de 13 años ella empieza a tener tocamientos indebidos por parte de su padre. A los 16 años tuvo intento de violación por parte de su progenitor. Este acontecimiento produce en ella malestar, incomodidad y mucho rechazo hacia su padre.

Por el momento esta albergada en INABIF, donde muestra problemas de adaptación.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : Merry L. C. Q.
Edad : 16 años
Fecha de Nacimiento : 23/ 02/ 2002
Lugar de Nacimiento : Arequipa
Grado de Instrucción : Secundaria- incompleta
Dirección Actual : Corazón de Jesús
Referente : paciente
Examinado por : E. Erika Puma Huayhua
Bachiller de Psicología

II. MOTIVO DE LA CONSULTA

La adolescente es derivada a consulta porque ingresa al hogar San José por motivo de intento de violación por parte de su padre.

III. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

No se cuenta con muchas referencias; debido a que no se ha logrado entrevistar a los padres, se carece de información.

Merry ingreso al jardín a los 5 años, a primaria a los 6 y actualmente cursa 3ro de secundaria, donde no tiene problemas académicos, sino más bien conductuales.

La evaluada es una adolescente con tendencia a la extroversión, alegre que en ocasiones le cuesta seguir órdenes.

Pertenece a una familia nuclear, su mamá tiene 35 años, su papá 38 y su hermano menor tiene 10 años. Existen algunos problemas con su padre a quien considera muy autoritario e injusto.

A la edad de 13 años ella empieza a tener tocamientos indebidos por parte de su padre. A los 16 años tuvo intento de violación por parte de su progenitor. Este acontecimiento produce en ella malestar, incomodidad y mucho rechazo hacia su padre.

Por el momento esta albergada en INABIF, donde muestra problemas de adaptación.

IV. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Merry es una adolescente que aparenta su edad cronológica, de contextura regular, de estatura promedio, de tez ligeramente oscura (morena), presenta un aseo personal adecuado. Así como una postura erguida y durante las sesiones en un principio mostró resistencia, negándose a colaborar y seguir las indicaciones. Posteriormente se tornó más dispuesta a seguir con lo indicado, en ocasiones trabajo con rapidez y descuidadamente.

La paciente se encuentra orientada en espacio, tiempo y persona, su memoria a corto y largo plazo se encuentra conservado. En cuanto al lenguaje es de tono alto con un vocabulario adecuado, su pensamiento no contiene preocupaciones.

Sin embargo, se observó incomodidad al momento de evaluar lo relacionado a la familia, rengando y dando repuestas muy cortas. Merry responde ante las agresiones de forma impulsiva, su actitud hacia sus compañeras es relativamente autoritaria, agresiva y en ocasiones hasta imponente en sus ideas, llegándoles hablar de forma burlona e irónica, cumple con dificultad con las órdenes y obligaciones. Por último, su nivel intelectual va de acuerdo a su grado de instrucción.

V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Entrevista.
- Observación
- Test psicológicos.
 - Test de inteligencia No Verbal TONI II
 - Test Gestáltico visomotor – Bender
 - Test de la Familia
 - Test de la figura humana
 - Cuestionario de Personalidad Eysenck

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

- Test de Inteligencia No Verbal TONI – II

La paciente obtuvo un puntaje de 93 lo que la ubica dentro de una inteligencia

NORMAL PROMEDIO.

- Test de la Figura Humana

La paciente es una persona con inmadurez emocional, de carácter infantil, es impulsiva con ella misma y su entorno. Busca destacar sus habilidades y tener el dominio de las situaciones para cubrir sus sentimientos de inferioridad. Por otro lado no le gusta aceptar sugerencias, y al momento de relacionarse con su entorno muestra una actitud defensiva y de desconfianza.

- Test de la Familia

Merry presenta sentimientos de inseguridad e inferioridad. En cuanto al ámbito familiar existe distancia emocional entre los miembros de la misma. Por otro lado admira o teme a su padre a quien considera el miembro más importante de su familia.

- Cuestionario de Personalidad Eysenck

La paciente es de carácter colérico pues se caracteriza por ser una persona sensible, intranquila, agresiva, optimista y activa. Prefiere más actuar que pensar, es violenta y pierde rápidamente el temple.

- Test Gestáltico visomotor – Bender

La evaluada no presenta lesión cerebral.

VII. RESUMEN

De acuerdo a las evaluaciones realizadas, la paciente no presenta indicadores de lesión cerebral, posee una capacidad intelectual igual al promedio lo que indica que debería ser capaz adaptarse a su medio y resolver sus problemas sin dificultad, sin embargo, por sus problemas no hace uso de sus potenciales en la toma de

decisiones. Con respecto a la personalidad está referida a un tipo Colérico, sensible, intranquila, impulsiva, prefiriendo más actuar que pensar. En cuanto a la dinámica familiar es inadecuada y hay presencia de inestabilidad familiar.

Arequipa 22 de julio del 2017

E. ERIKA PUMA HUAYHUA

Bachiller de Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : Merry L. C. Q.
Edad : 16 años
Fecha de Nacimiento : 23/ 02/ 2002
Lugar de Nacimiento : Arequipa
Grado de Instrucción : Secundaria- incompleta
Dirección Actual : Corazón de Jesús
Referente : paciente
Examinado por : E. Erika Puma Huayhua
Bachiller de Psicología

II. ACTITUD PORTE Y COMPORTAMIENTO

La paciente aparenta su edad cronológica, es de contextura regular, con alíño y cuidado personal, de tez morena de ojos y cabellos negros. Durante la entrevista se muestra intranquila, apresurada por terminar la entrevista, con un comportamiento inadecuado a la situación, al sentarse, presenta una posición erguida y algo relajada, da respuestas breves sin querer entrar en detalles.

No muestra interés por recibir ayuda psicológica y la información que brinda es reducida.

III. ATENCIÓN CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

- **Atención:** En el transcurso de la entrevista se muestra inquieta se distrae rápidamente con otros estímulos no logrando seguir con las consignas encargadas y mostrando signos de fatiga y aburrimiento.
- **Conciencia:** se da de manera adecuada ya que la persona se encuentra lucida.
- **Orientación:** La paciente se encuentra orientada en el tiempo, espacio y persona. Discrimina la fecha, el lugar donde se encuentra, al personal del centro (INABIF), familia y otros miembros de su entorno.

IV. LENGUAJE

Presenta un adecuado lenguaje comprensivo y expresivo con una velocidad regular, no presenta anormalidades en su curso y tiene un tono de voz alto.

V. PENSAMIENTO

Se encuentra conservado, de respuestas coherentes con respecto a las preguntas que se le formula, es decir el contenido del pensamiento se encuentra en relación a su experiencia actual, presenta un normal curso del pensamiento.

VI. PERCEPCIÓN

La paciente no presenta alteración en la percepción, no presenta alucinaciones ni ilusiones de acuerdo a su persona ni a su medio en el que se desenvuelve.

VII. MEMORIA

Su memoria remota se encuentra conservada pues recuerda hechos cronológicos de su historia personal (niñez, adolescencia). En cuanto a su memoria reciente

está bien estructurada porque recuerda con exactitud los acontecimientos producidos para desencadenar el problema actual.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Posee conocimientos generales acorde a su edad, con capacidad de comprensión y cálculo conservadas.

IX. ESTADO DE ANIMO Y AFECTOS

No expresa con facilidad sentimientos, aunque se estableció un buen rapport mantenía cierta desconfianza. La paciente refiere sentirse bien, que no hay nada que le preocupa, no muestra concordancia entre lo que dice y su expresión emocional.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD

La paciente reconoce su problema, pero asegura que no le afecta su situación actual, menciona estar bien y sin necesidad de recibir ayuda.

XI. RESUMEN

La paciente de 16 años aparenta la edad referida, de contextura regular, tez morena de ojos y cabellos negros con aliño y arreglo personal adecuado, con postura erguida, muestra una actitud de confianza, colabora frente a la examinadora, su nivel de atención es inadecuado, Se encuentra orientado en tiempo, persona y espacio, su lenguaje comprensivo y expresivo están conservados, el curso de su pensamiento es adecuado, no hay ninguna distorsión en su percepción, su memoria remota y reciente están conservadas, su nivel intelectual está acorde a su edad, su expresión facial no tiene concordancia con lo que dice, es consciente de su problema pero asegura estar bien.

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : Merry L. C.Q.
Fecha de Nacimiento : 23/ 02/ 2001
Edad : 16 años
Lugar de Nacimiento : Arequipa
Sexo : Femenino
Grado de Instrucción : Segundaria
Procedencia : Arequipa
Religión : católica
Estado civil : Soltera
Informante : La adolescente
Lugar de entrevista : Consultorio Psicológico de la Institución
Fecha de entrevista : 21, 23,28 de junio del 2017
Nombre del entrevistador (a) : E. Erika Puma Huayhua
Bachiller de Psicología

II. MOTIVO DE CONSULTA

La adolescente es derivada a consulta porque ingresa al hogar San José por motivo de intento de violación por parte de su padre.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Test psicológicos:
 - Test de Inteligencia no Verbal - TONI-2
 - Test Gestáltico visomotor - Bender
 - Test de la Familia
 - Test de la Figura Humana
 - Cuestionario de Personalidad Eysenck

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

No se cuenta con muchas referencias; debido a que no se ha logrado entrevistar a los padres, se carece de información.

Merry ingreso al jardín a los 5 años y a la escuela primaria a los 6, durante el jardín y la educación primaria pudo adaptarse fácilmente y llevo todas las materias sin dificultad.

Actualmente cursa el 4to grado de nivel secundario, donde muestra ser responsable con sus deberes escolares, teniendo un rendimiento académico regular y destacando sobre todo en deportes y el área de educación para el trabajo.

Su desarrollo sexual es normal se dio a los 13 años.

Actualmente tiene un enamorado de 18 años, con el que lleva aproximadamente 3 años. La paciente se ha iniciado sexualmente con su pareja hace un año. La relación es rechazada por ambos padres, sin embargo, el que muestra más

hostilidad y sobreprotección al respecto es su progenitor le reclama diciendo: “si tienes relaciones sexuales con tu enamorado entonces ¿por qué no las tienes conmigo?”. El padre siempre se ha mostrado afectuoso y consentidor con ella, dándole todo aquello que ella le pueda pedir y dejando de lado a su hermano menor. Es a la edad de 13 años que la adolescente empieza a recibir tocamientos indebidos por parte de su papá, ocasionando esto que la misma empiece a llegar tarde a su casa, quedándose con amigos hasta altas horas de la noche, algunas veces en reuniones donde ingerían bebidas alcohólicas. Esto se volvió muy frecuente y en consecuencia el padre empezó a llevarla al colegio y a recogerla a la hora de salida.

Es en el mes de mayo de este año que su padre intenta abusar de ella, hecho que no se lleva a cabo porque con gritos pide ayuda a su hermano menor quien llega inmediatamente. Ella cuenta el suceso a su enamorado, quien la persuade de poner a denuncia respectiva.

Merry pertenece a una familia nuclear; conformada por sus dos padres y su hermano menor de 10 años, de condición socioeconómica media, la madre trabaja en el consejo y el padre en la chacra. La estabilidad familiar es eventualmente perturbada por la rebeldía que la adolescente muestra en casa y sobre todo con el padre por quien siente rechazo y cólera afirmando ella que es porque es muy es malo, severo, no escucha y no los entiende.

V. OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

Merry es una adolescente que aparenta su edad cronológica, de contextura regular, de estatura promedio, de tez ligeramente oscura (morena), presenta un

aseo personal adecuado. Así como una postura erguida y durante las sesiones en un principio mostró resistencia, negándose a colaborar y seguir las indicaciones. Posteriormente se tornó más dispuesta a seguir con lo indicado, en ocasiones trabajo con rapidez y descuidadamente.

La paciente se encuentra orientada en espacio, tiempo y persona, su memoria a corto y largo plazo se encuentra conservado. En cuanto al lenguaje es de tono alto con un vocabulario adecuado, su pensamiento no contiene preocupaciones. Sin embargo, se observó incomodidad al evaluar lo relacionado a la familia, rengando y dando repuestas muy cortas. Merry responde ante las agresiones de forma impulsiva, su actitud hacia sus compañeras es relativamente autoritaria, agresiva y en ocasiones hasta imponente en sus ideas, llegándoles hablar de forma burlona e irónica, cumple con dificultad con las órdenes y obligaciones. Por último su nivel intelectual va de acuerdo a su grado de instrucción.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el área de inteligencia (capacidad intelectual) la adolescente se ubica en la categoría de inteligencia promedio, obteniendo un puntaje de 93. Significando que la evaluada posee un conocimiento general de conceptos básicos, es decir que es capaz de resolver de manera óptima los problemas que se puedan presentar.

La adolescente es de carácter colérico (Extrovertido - Inestable) siendo así una persona intranquila, agresiva, inconstante, impulsiva, teniendo respuestas energéticas y rápidas. Merry se caracteriza por ser una persona que no acepta sugerencias, muestra una actitud defensiva al interactuar con su entorno,

mostrando impulsos agresivos con el propio ambiente. Tiene falta de confianza en sus propias facultades, autoimagen negativa e inmadurez emocional.

Su conducta adaptativa con dificultades pues se ve influenciado por su actitud defensiva y en ocasiones llega a tener reacciones impulsivas con el medio. Tiene dificultad para adaptarse a las normas sociales.

Merry es una adolescente de 16 años de edad a quien le cuesta seguir órdenes, es sociable, pero en ocasiones actúa de forma impulsiva (buscando tener la razón, imponiendo su idea) dificultando así su interacción con su entorno.

En el ámbito familiar, presenta dificultades para establecer buenas relaciones con sus padres con quienes muestra tener cierta cólera y rechazo pues considera que ellos no entienden, no escuchan, gritan y en el caso del padre llega hasta pegarle cuando se encuentra molesto. Sin embargo, tiene una buena relación con su hermano menor por quien se siente comprendida y en confianza. La adolescente se desvaloriza frente a los miembros de la familia, por lo que se muestra distante de ellos, muestra inmadurez emocional en cuanto a su interacción con el grupo familiar.

Por último no hay presencia de lesión cerebral.

VII. DIAGNÓSTICO

De todos los datos recabados mediante la observación, entrevista, evaluación psicológica y psicométrica, se concluye Mery tiene un CI promedio, lo que manifiesta en su capacidad de razonamiento. Sin embargo en funciones psicológicas como la atención y concentración últimamente muestra dificultad

mantener la atención en tareas cotidianas, mas no en actividades que son de su agrado.

En el aspecto afectivo y volitivo, tiende a perder el control emocional en situaciones que no le agradan, de reacciones agresivas con baja tolerancia a la frustración y rebeldía hacia la autoridad.

En cuanto a la sociabilidad, tiene dificultades para establecer relaciones sociales assertivas con sus pares, gusta de realizar actividades por sí sólo.

Por lo anteriormente expuesto podemos decir que la adolescente se encuentra atravesando por una dificultad y malestar que su entorno le genera y que le son difíciles de manejar creando una visión negativa de su imagen, que se expresan en su falta de habilidades sociales y recursos a los que no puede acceder; es decir presenta problemas de adaptación con su entorno (CIE-10, F43.2).

VIII. PRONÓSTICO

Reservado, teniendo en consideración el conflicto familiar que atraviesa.

IX. RECOMENDACIONES:

- Terapia individual
- Realizar Terapia familiar.
- Terapia Grupal

Arequipa 22 de julio del 2017

PLAN E INFORME PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos	: Merry L. C.Q.
Fecha de Nacimiento	: 23/ 09/ 2001
Edad	: 16 años
Lugar de Nacimiento	: Arequipa
Sexo	: Femenino
Grado de Instrucción	: Secundaria
Procedencia	: Arequipa
Religión	: Católica
Estado civil	: Soltera
Ocupación	: Estudiante
Informante	: La adolescente
Lugar de entrevista	: Consultorio Psicológico
Fecha de entrevista	: 21, 23,28 de junio
Nombre del entrevistador (a)	: E. Erika Puma Ibarra
	Interna de Psicología

II. DIAGNÓSTICO

De todos los datos recabados mediante la observación, entrevista, evaluación psicológica y psicométrica, se concluye Mery tiene un CI promedio, lo que manifiesta en su capacidad de razonamiento. Sin embargo en funciones psicológicas como la atención y concentración últimamente muestra dificultad

mantener la atención en tareas cotidianas, mas no en actividades que son de su agrado.

En el aspecto afectivo y volitivo, tiende a perder el control emocional en situaciones que no le agradan, de reacciones agresivas con baja tolerancia a la frustración y rebeldía hacia la autoridad.

En cuanto a la sociabilidad, tiene dificultades para establecer relaciones sociales assertivas con sus pares, gusta de realizar actividades por sí sólo.

Por lo anteriormente expuesto podemos decir que la adolescente se encuentra atravesando por una dificultad y malestar que su entorno le genera y que le son difíciles de manejar creando una visión negativa de su imagen, que se expresan en su falta de habilidades sociales y recursos a los que no puede acceder; es decir presenta problemas de adaptación con su entorno (CIE-10, F43.2).

III. OBJETIVOS GENERALES

- Fomentar buenas relaciones sociales para obtener una mejor adaptación e integración a la sociedad.
- Brindar recursos y herramientas para expresar empáticamente sus emociones y así poder establecer vínculos y generar cercanía en tus relaciones.

IV. TÉCNICAS

- Técnicas de respiración progresiva Jacobson
- Técnicas de relajación (Fenomenológico-Gestalt)
- Reconstrucción cognitiva(Fenomenológico-Gestalt)
- Técnica de la implosión (Fenomenológico-Gestalt)
-

V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar la capacidad asertiva en la interacción que permita controlar mejor la relación con su entorno.
- Comprender la utilidad de canalizar los propios sentimientos para que exista una comunicación efectiva.
- La adolescente contara con técnicas que podrán controlar mejor los momentos o reacciones de ira, frente a situaciones de conflicto.
- Podrá poner en práctica las técnicas de relajación que la mantendrán con un mejor estado de ánimo.
- La adolescente desarrollara más empatía hacia su entorno por medio de la demostración de su propia conducta con este.

VI. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Cada sesión durara un aproximado de 45 min, y se llevaran a cabo dos veces por semana.

VII. AVANCES TERAPÉUTICOS

SESIÓN 01	Relajación
1. OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que el estrés presente en la paciente disminuya mediante la relajación. • Reducir la activación fisiológica producida por el estrés.
2. TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración Controlada • Técnica de la imaginación

3. ESTRATEGIA	<p>PRIMERO: Se hizo la explicación de la técnica.</p> <p>SEGUNDO: Se le pidió a la paciente que hiciera una lista de 9 a 15 cosas desagradables que le generen preocupación de su problema actual. (Jerarquizando las cosas que le causen estrés).</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Sentirse sola 2. Miedo a su papá 3. Incapacidad de confiar en las personas 4. Ser juzgada por los demás 5. Me irrito con facilidad 6. Rechazo de su mamá 7. Pensamientos negativos 8. Rechazo hacia su pareja 9. No saber qué hacer con su vida <p>TERCERO: Se le enseño unas técnicas de relajación progresiva. Luego utilizaremos la técnica de la imaginación, que consiste en relajar el cuerpo, seguidamente tumbarse en un lugar cómodo. Luego se le describe un lugar bonito y tranquilo.</p> <p>Se finalizó con una retroalimentación y se le indicó que pusiera en práctica la técnica aprendida.</p>
4. TIEMPO TOTAL	45 min

SESIÓN 02	Modificación de su conducta
5. OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que el estrés presente en la paciente disminuya mediante la relajación. • Reducir la activación fisiológica producida por el estrés.
6. TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración Controlada • Técnica de la imaginación
7. ESTRATEGIA	<p>PRIMERO: Se continuó con el entrenamiento de la técnica de relajación progresiva.</p> <p>SEGUNDO: Cuando se logró la relajación de la paciente, se le enfrento a sus problemas de forma paulatina con ayuda de la técnica de imaginería.</p> <p>TERCERO: En todo momento se le indicó que dijera como se sentía, haciéndole confrontar sus miedos una y otra vez. Cada vez que indicaba sentirse muy ansiosa, se le pidió que recordara su estado de relajación, toda la paz y calma que sentía en ella.</p> <p>Se finalizó con una retroalimentación.</p>

8. TIEMPO TOTAL	45 min
------------------------	---------------

SESIÓN 03	Relajación
9. OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr que el estrés presente en la paciente disminuya mediante la relajación. • Reducir la activación fisiológica producida por el estrés.
10. TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Respiración Controlada • Técnica de la imaginación
11. ESTRATEGIA	<p>PRIMERO: Se continuó con el entrenamiento de relajación progresiva. Ahora asociada a una palabra –paz-, de tal manera que la paciente lograse relajarse tan solo con escuchar la palabra paz.</p> <p>SEGUNDO: Se continuó con la exposición ante las situaciones que le causaban estrés.</p> <p>Se finalizó con una retroalimentación, indicando que pusiera en práctica la técnica de relajación.</p>
12. TIEMPO TOTAL	45 min

SESIÓN 04	Autoestima
13. OBJETIVOS	Mejorar el auto concepto y la autoestima.
14. TÉCNICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de reconstrucción cognitiva
15. ESTRATEGIA	<p>PRIMERO: Se continuó con el entrenamiento de relajación progresiva.</p> <p>SEGUNDO: Se explicó a la paciente la técnica. Se le pidió que anote en una hoja un registro de los pensamientos que negativos que tenía sobre ella.</p> <p>TERCERO: Se le pidió que analizara la veracidad de estos pensamientos irracionales.</p> <p>CUARTO: Se le pidió que encontrara pensamientos alternativos.</p> <p>Al terminar se hizo una retroalimentación y se pidió a la paciente que pusiera en práctica las técnicas aprendidas.</p>
16. TIEMPO TOTAL	45 min

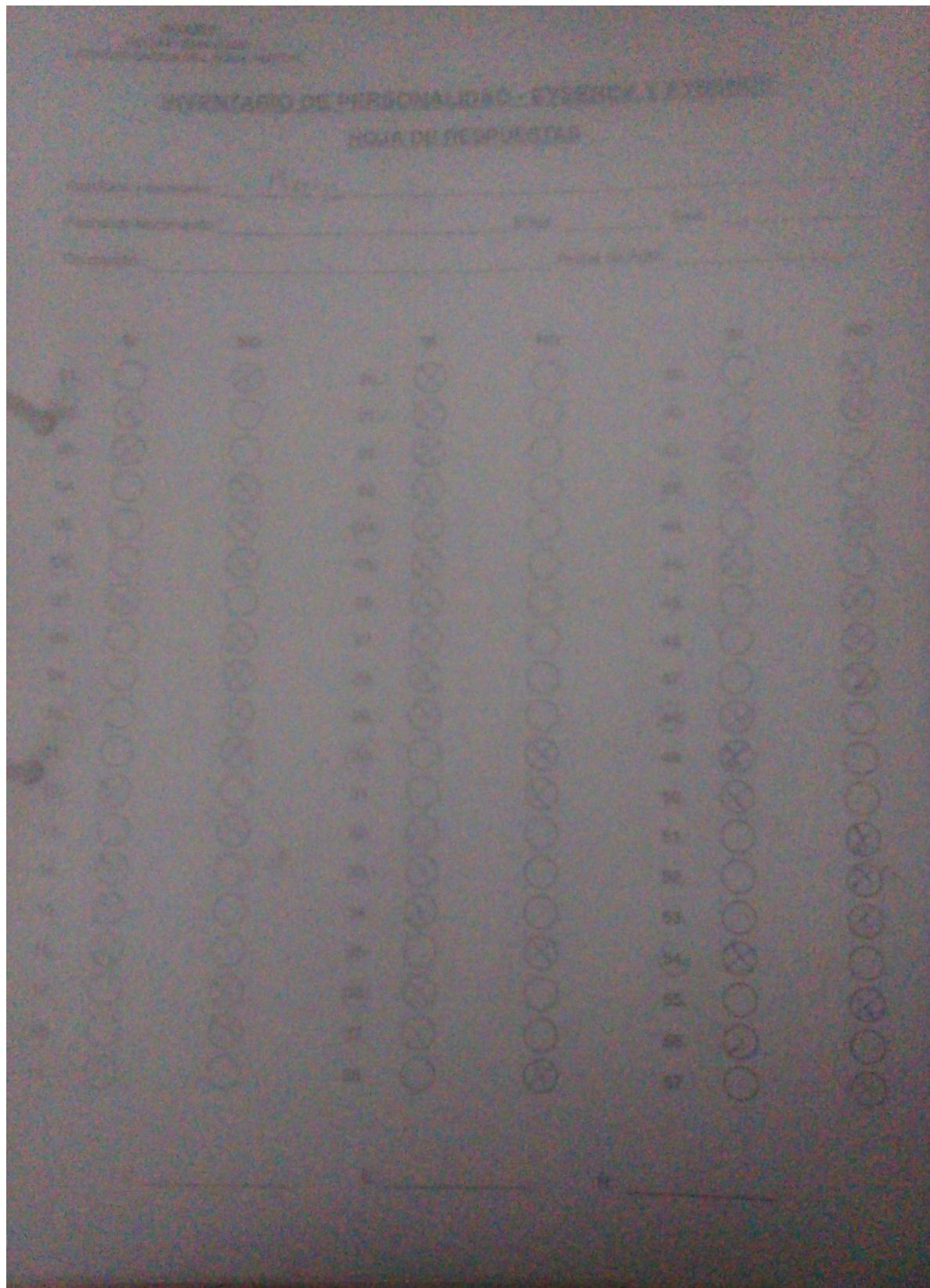
VIII. LOGROS OBTENIDOS

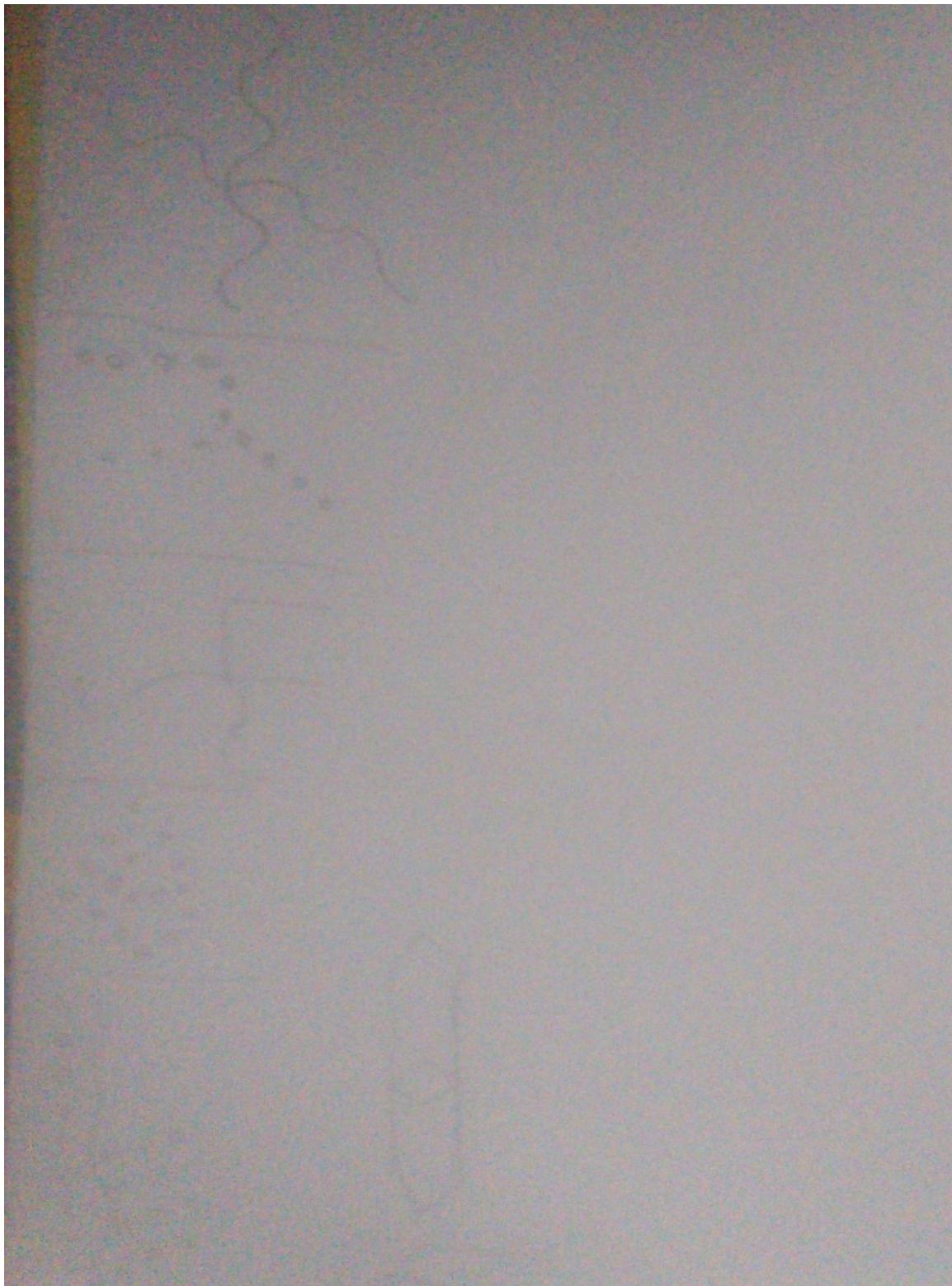
- Se logró reducir los niveles de estrés de la paciente.
- Hubo un cambio en sus relaciones interpersonales.

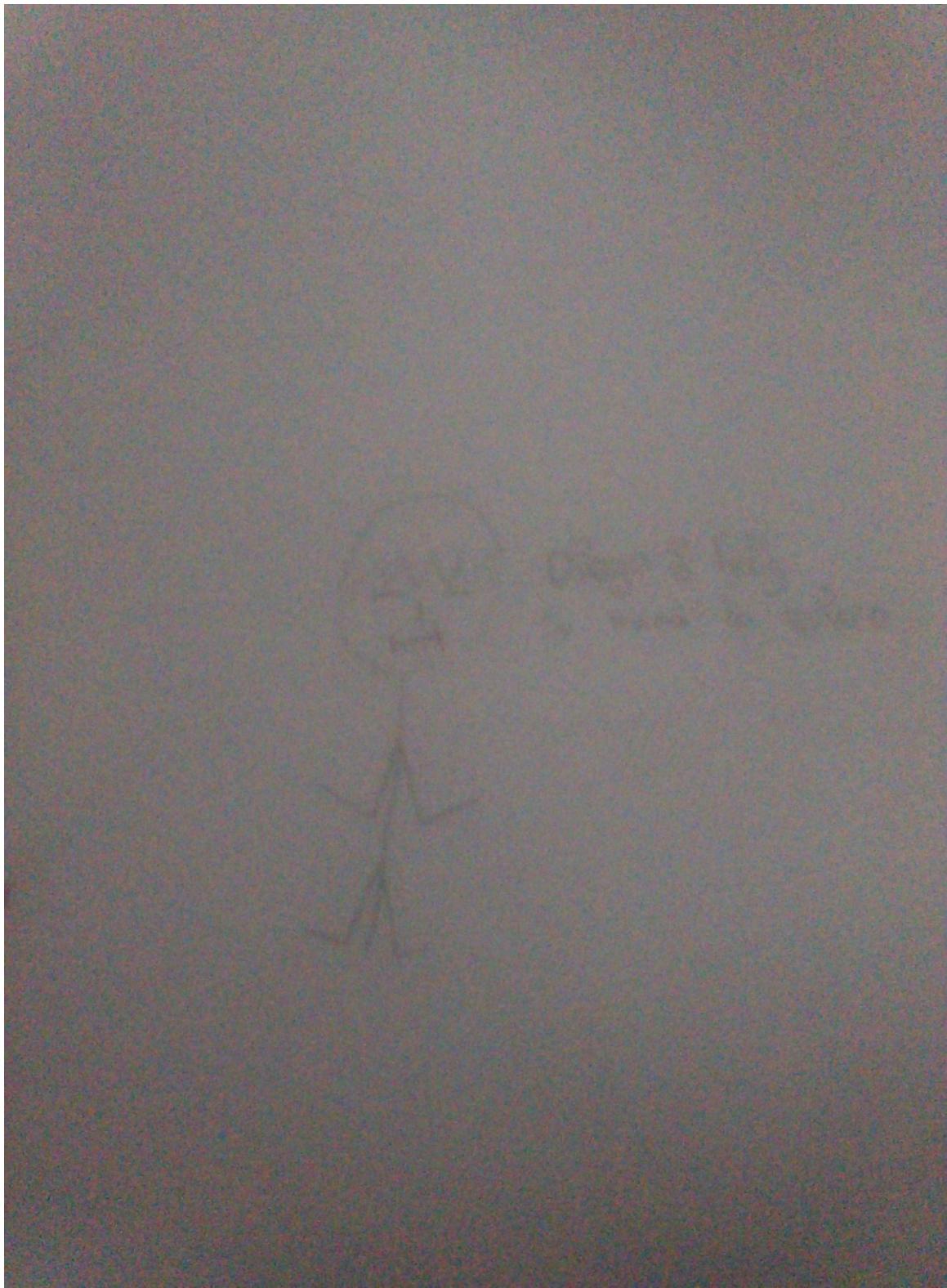
- Mejoró su forma de comunicación.
- Aumento del interés de la paciente por trabajar en sus debilidades.

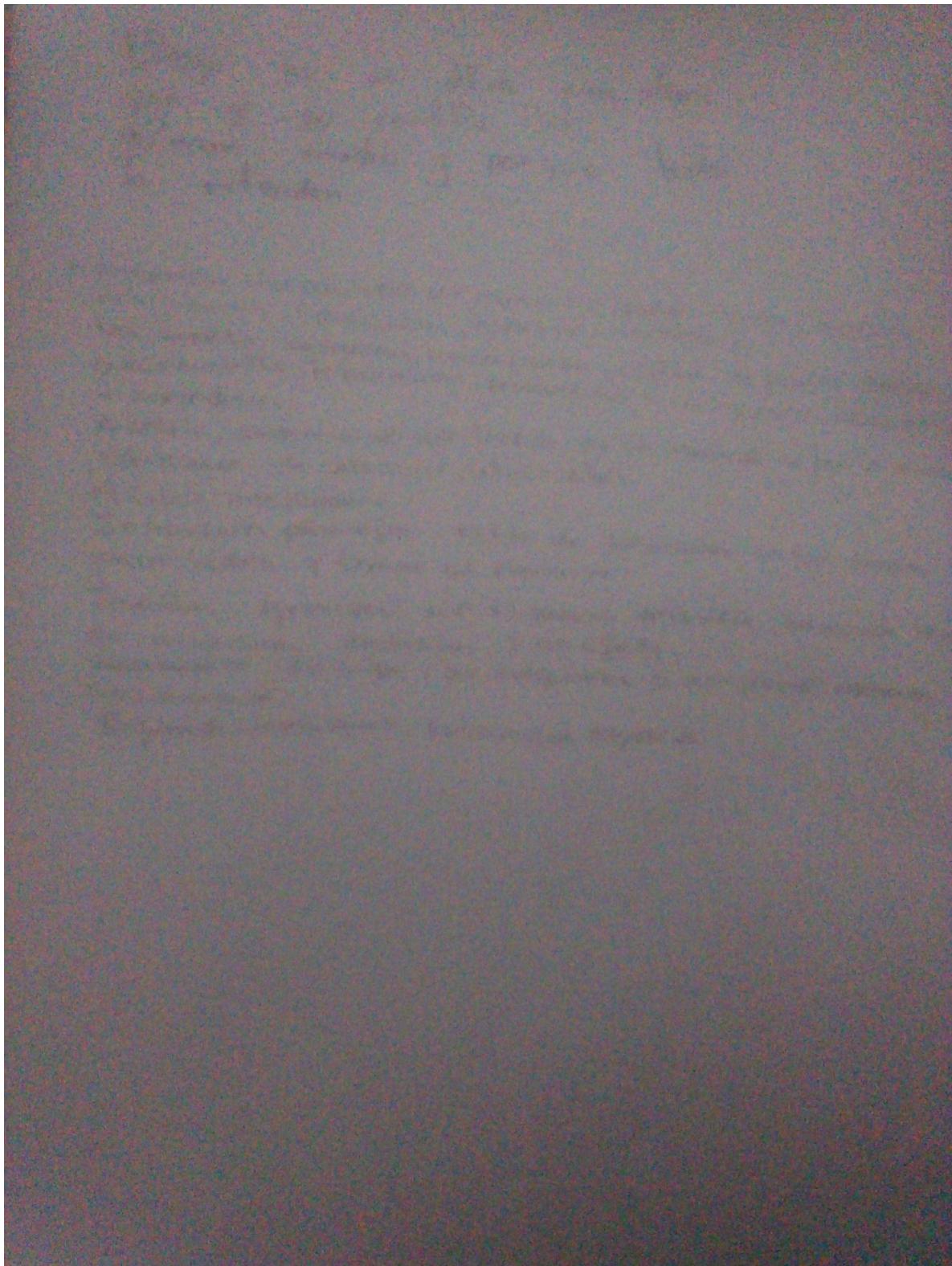
IX. RECOMENDACIONES:

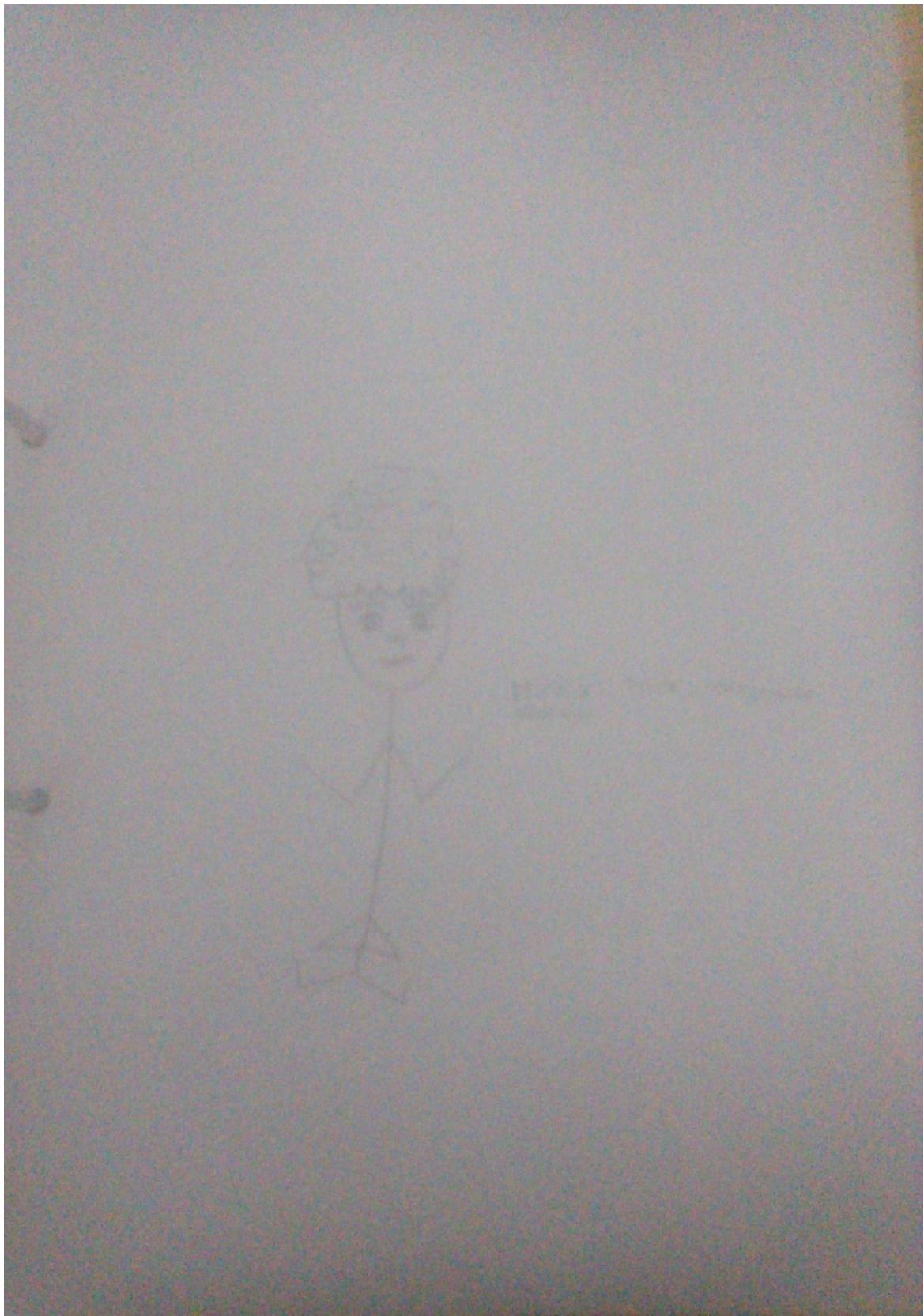
- Terapia individual
- Terapia familiar

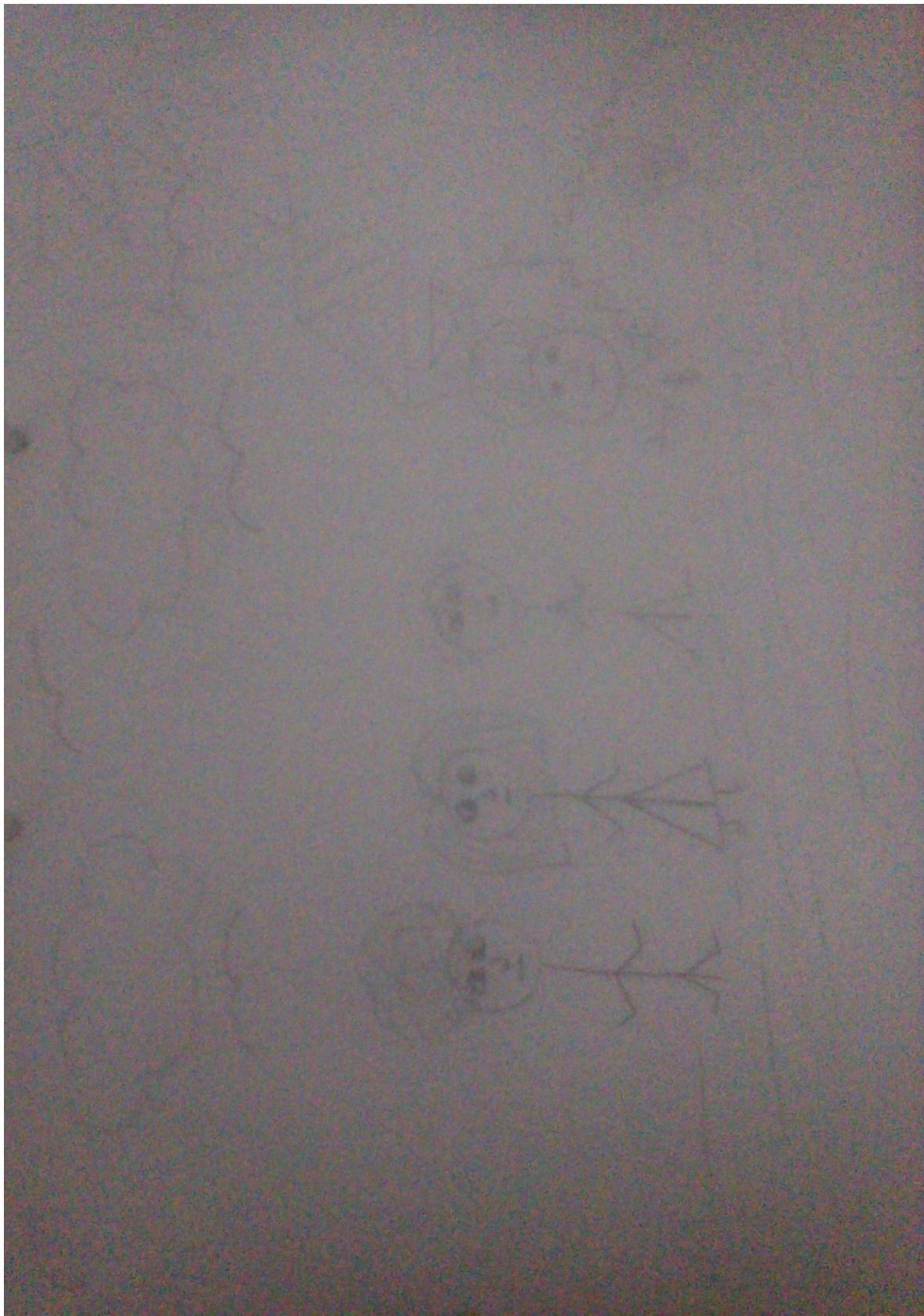












CASO N°2**ANAMNESIS****I. DATOS DE FILIACIÓN**

Nombres y apellidos : Flora P. C.

Edad : 38 años

Fecha de nacimiento : 18 de abril de 1979

Lugar de nacimiento : Cuzco

Grado de instrucción : Secundaria completa

Estado civil : Conviviente

Procedencia : Cuzco

Ocupación : Obrera

Religión : católica

Referente : oficio, segundo juzgado de familia

Lugar de evaluación : Consultorio de Psicología

Fechas de evaluación : 17, 24 y 31 de mayo de 2017

Examinador : Vidal Angel Taco Bellido
Bachiller de Psicología UNSA

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente viene a consulta por mandato del 2do juzgado de familia por problemas relacionados con el abuso físico y psicológico con su pareja para recibir tratamiento psicológico.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

La paciente viene debido a que refiere que tiene problemas con su esposo, él es violento con ella, que en varias ocasiones la agredió física y verbalmente desde momentos tempranos de su relación. Fue hasta a enero de este año, que ella decidió separarse de él, y no dormir juntos, y solo tratar entre ellos por el cuidado de sus hijas.

Actualmente ella vive en el segundo piso de una casa de 3 pisos, su pareja en el tercer piso. El pasado 2 de mayo del presente año, luego de que ella participara y colaborara una reunión por el día del trabajador, que era un día anterior; su esposo luego de decirle que conversaran a solas en su cuarto, éste cerró la puerta con seguro y prosiguió inmediatamente a proporcionarle un golpe, continuando con insultos altisonantes referidos a presunta infidelidad por parte de ella, empujándola al suelo, poniendo su pie encima de la su cabeza, empujándola hacia la ventana y amenazándola de muerte. La gresca pudieron notarla sus hijas. Lo acontecido le causa mucha tristeza y miedo hacia él. Para lo cual puso una denuncia contra su esposo. Su esposo también es llamado para que asista a terapia psicológica.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

Etapa pre-natal

La paciente refiere que su concepción fue no planificada, pero si deseada. Ella es natal de Cuzco, tercera de cinco hermanos. El primer trimestre de gestación de su madre, pasó sin mayores particularidades, se realizaba los cuidados y revisiones médicas que se requerían, menciona que no hubo consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas. Aunque la situación económica no era adecuada, pues no se contaba con los ingresos suficientes, menciona no haber problemas que en ese momento comprometieran la atención salud.

Del 4to al 6to mes de gestación, la condición económica hizo que su padre dé prioridad a la obtención de dinero, haciendo viajes de negocios, dejando el cuidado de la paciente a su mamá y a sus abuelos. Los abuelos brindaban soporte durante el proceso de gestación.

Los tres últimos meses, no se menciona alguna dificultad o problema que comprometiera la integridad de la paciente, haciéndose los exámenes médicos que se requerían, así como la información previa que se debía de tener momentos en el cual su mamá como gestante debería tener. Siendo el periodo de gestación de una duración de 40 semanas.

Etapa peri natal

El parto se llevó con normalidad, sin complicaciones y por cesárea. El trabajo de parto duro 1 hora aproximadamente. Flora nació con un peso aproximado de 3.600 gr, con una altura de 49,8 cm. Al nacer, lloró a los pocos instantes, con una frecuencia cardiaca adecuada. Con un tono muscular adecuado, con movimientos vivaces, color de piel rosado que no mostraba complicaciones que conllevaran a que sea internada. Así ella, sus padres y abuelos la llevaron a casa, cuando dieron de alta a su mamá, luego de algunos días. La

primera semana de vida de la paciente menciona que no tuvo problemas exceptuando que no se le daba lactancia materna debido a que fue un parto por cesárea, lo cual dificultaba la generación de leche materna.

Etapa post natal

Luego de la primera semana de vida, la lactancia comenzó a ser materna y no por formula, lo cual ayudo a que la nutrición de la paciente mejorará. En los primeros años de vida, estuvo al cuidado de su madre, recibió las vacunas necesarias que se requiere las primeras semanas de vida.

Su primer año de vida no tuvo problemas en cuanto a su desarrollo, estuvo con sus padres y abuelos. No sufrió de enfermedades, ni accidentes que comprometieran su salud.

En cuanto a su desarrollo psicomotor, al cuarto mes de vida, podía realizar los movimientos oculares más complejos. A los 7 meses empezó a balbucear.

A los 10 meses podía ponerse sentada sola y gatear. Al año ella pronuncio sus primeras palabras. A los 16 meses pudo caminar sin ayudas. Dejo de lactar a los 19 meses, puesto que su madre debía de ir a trabajar y no podía darle pecho y su abuela le daba leche en polvo.

El control del esfínter anal se logró a los 25 meses de edad, y el vesical a los 32 meses, tanto nocturno como diurno.

Las condiciones económicas y el estilo de trabajo de sus padres, hicieron que ellos viajaran a fuera de Cuzco para ganar dinero en agricultura y venta. Para lo cual, el cuidado de la paciente estuvo a cargo de sus abuelos.

Flora era una niña tranquila, que asistió a al jardín de 4 años, en el cual le costó separarse de sus abuelos solo en los primeros días, pero luego no hubo problemas. Se relacionó satisfactoriamente con sus pares, no habiendo problemas de discrepancias, ni pleitos entre ellos. Así también asistió a la inicial de 5 años sin problemas.

Etapa Escolar

La paciente no tuvo problemas gran importancia al ingresar al nivel primario de educación básica. Se presenta como una niña tranquila, apacible y dócil. No tenía problemas con sus pares, así tampoco con sus profesores, pues ella trataba de no causar problemas a sus abuelos, pues ellos tenían el cuidado de ella debido a que sus padres se encontraban laborando en otro lugar. Se muestra como una alumna regular, con notas promedio. Se menciona que debido a que sus abuelos no podían asistirla mucho en el colegio, la paciente trataba de no causar problemas. En las actividades escolares, ella participaba de forma pasiva, colaborando con las personas adultas.

En el nivel secundario, tuvo algunos problemas en adaptarse, pues su retraimiento no la hacía sentirse un poco incómoda con todos sus compañeros al inicio. Luego la paciente, al tener que cuidarse ella misma, se volvió más autónoma y segura de ella misma. El rendimiento académico de la paciente fue regular, con notas promedio. Ella colaboraba en las actividades académicas como extra académicas. Cuando tenía algún problema, lo solía ocultar, pues no deseaba preocupar a sus abuelos. Culminó sus estudios secundarios sin otros inconvenientes.

Desarrollo y función sexual

Durante la adolescencia, la paciente se mostraba reservada, segura y emprendedora. Menciona que sus principios no le permitieron relacionarse con los chicos. No tuvo alguna pareja puesto que también respetaba a sus abuelos, a lo que ellos le aconsejaban y aseveraban no hacer, y que si tenía algún problema con algún chico esto la preocuparía. Tuvo pocos amigos(as), con los cuales se llevaba con normalidad, cuyas relaciones se caracterizaban por un cierto alejamiento, con poca intimidad entre ella y sus pares.

Aspecto psicosexual y matrimonio

Luego de salir de la secundaria, se fue de casa trabajar como obrera. Al regresar luego de 2 años, es en este momento conoce a un compañero que le gusta. Ella deseaba llevar una relación con él, pero no se llega a realizar. Actualmente tiene una relación con su esposo, ambos viven en concubinato con 4 hijas, de las siguientes edades: 16, 13, 11 y 5 años. Debido a los antecedentes de violencia, la intimidad de la paciente es reducida y en la actualidad no tiene ningún contacto sexual con su pareja.

Aspectos fisiológicos: (sexo)

La paciente no se concibe como atractiva, con algunas distorsiones acerca de apreciaciones que tiene de ella misma. Deseando ser de alguna forma más atractiva para el sexo opuesto.

Historia de la recreación y de la vida

Durante su estadía de la educación básica regular, le gustaba de participar en las actividades que le encomendaban, gustaba de colaborar y de hacerse de la mayor parte de tareas. Disfrutaba de pasarla con sus compañeras, ayudar en casa, ayudar a sus abuelos. Practicaba deportes como el vóley y el basquetbol.

Actividad laboral

La paciente tenía algunos empleos durante la educación secundaria, como ayudante de diversos cargos. Al culminar el colegio, decide salir de casa a trabajar como obrera. Actualmente también trabaja como obrera en una empresa de construcción, esto para ayudar al sustento de su familia.

Servicio militar

No se enlistó para el servicio militar.

Religión, Hábitos e influencias nocivas o toxicas (alimento, aseo, sueño, cigarrillo, alcohol, otros)

Paciente de religión católica, con creencias y prácticas que no influyen en cuanto a su cuidado ni integridad. Menciona que no ha tenido ni posee actualmente algún hábito nocivo relacionado con el consumo de sustancias psicótropas. Así tampoco mostraba conductas nocivas que afectaran a su estado físico ni emocional, como no comer, no dormir las horas necesarias.

Antecedentes mórbidos personales

Menciona que luego de regresar a su casa de Cuzco. Durante la fiesta de bienvenida que le organizaron para ella. El compañero de trabajo que le gustaba, luego de invitarle algunos tragos, él la lleva a un lugar alejado para conversar. Él utilizando la fuerza, la obliga a tener relaciones sexuales con él. Luego de este hecho ella se entera de que esto fue producto de una apuesta que le hicieron al agresor. Esto la afectó mucho y ella decide irse de casa sin decir nada a sus padres ni a sus abuelos. Producto de este acontecimiento, ella queda embarazada. Al principio ella no deseaba tener a su hija, pero luego de los consejos de las

personas cercanas a ella, decide tenerla. Su actual pareja reconoce a esta niña como su hija. Así mismo refiere que las amenazas y malos tratos también se presentaron en los primeros años de relación.

Enfermedades y accidentes

No menciona haber tenido alguna enfermedad ni accidentes que pudieran comprometer su integridad.

Personalidad pre mórbida

La paciente en su adolescencia, se mostraba como una persona segura, decidida, autónoma, aunque reservada. Se hacía cargo de las labores de casa. Prestaba mucha atención a los principios inculcados en casa. Podía relacionarse sin problemas con sus pares, así como personas mayores que ella. Era proactiva en todas las actividades, amable, con un sentimiento de responsabilidad marcado.

Antecedentes familiares

Menciona que su padre tomaba alcohol regularmente y que ocasionalmente agresivo.

Composición familiar

La familia de la paciente es nuclear, conformado por ella, su conviviente y sus cuatro hijas.

Dinámica familiar (hábitos y costumbres)

Debido a los antecedentes de violencia. Ella y sus hijas viven en el segundo piso en una casa de 3 pisos. Su pareja en el tercer piso. Ella y su esposo no tienen una relación buena. Ella se hace cargo de sus hijas, tanto como soporte moral, como en cuidado y seguimiento

de sus hijas en el ámbito académico. Su esposo se cargó de sus hijas en su mayoría del tiempo, los fines de semana.

Condición socioeconómica (vivienda, condiciones sanitarias, ubicación sociocultural, ocupación)

El ingreso de dinero en su casa se ve afectado por el proceso de separación que pasa, siendo así por lo estimado s/.1.000, puesto que ella tiene un empleo que le genera ingresos sobre el sueldo mínimo. En cuanto al papá de sus hijas, no hay una demarcación de cuanto él aporta. Su vivienda cuenta con los servicios básicos necesarios: agua, luz, desagüe, cable e internet. Su vivienda está hecha de material noble, ubicada en una zona urbana no residencial.

Antecedentes patológicos

No menciona algún acontecimiento que pudiera afectarla.

Resumen

Paciente de 38 años de edad, que viene por encargo del 2do juzgado de familia para recibir terapia psicológica. Menciona que era víctima de abuso físico y psicológico por parte de su pareja actual, que luego de un festejo del día del trabajador, éste la agrede y ella decide poner una denuncia contra. Su concepción y sus primeros años pasaron sin problemas, su desarrollo psicomotor y control de su cuerpo se cumplió dentro de los parámetros normales. Así como sus días como estudiante en primaria y en educación secundaria, aunque no vivía con sus padres y estaba bajo el cuidado de sus abuelos. Era una chica reservada, decidida y autónoma. Al culminar la escuela, fue víctima de violación luego de una reunión de bienvenida organizada para ella, luego se entera que esto fue producto de una apuesta, esto

la afecta en gran medida y se aleja de su hogar. Se enteró que quedó embarazada producto de la violación, que luego de dudas, decido tener a su bebe, que fue reconocida por su posterior y actual pareja. En la actualidad tiene una pareja de la cual se separó y pasa por un proceso de separación por el abuso físico-psicológico que él le propinaba con frecuencia. La separación de ellos afecta la dinámica familiar, esto le genera preocupación y tristeza. Haciendo que ella se haga cargo de sus 4 hijas la mayor parte del tiempo y su esposo los fines de semana. Tiene una condición económica baja, contando con los servicios básicos de vida. No se mencionan otras condiciones u acontecimientos que alteraran su vida.

EXAMEN MENTAL**I. DATOS DE FILIACIÓN**

Nombres y apellidos : Flora P. C.

Edad : 38 años

Fecha de nacimiento : 18 de abril de 1979

Lugar de nacimiento : Cuzco

Grado de instrucción : Secundaria completa

Estado civil : Conviviente

Procedencia : Cuzco

Ocupación : Obrera

Religión : Católica

Referente : oficio, segundo juzgado de familia

Lugar de evaluación : Consultorio de Psicología

Fechas de evaluación : 17, 24 y 31 de mayo de 2017

Examinador : Vidal Angel Taco Bellido
Bachiller de Psicología

II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Paciente de 38, de sexo femenino, de tez trigueña, contextura algo gruesa, midiendo 1.65 m, no aparentando la edad que tiene, pues se su descuido y estado emocional la hace parecer mayor. De cabello castaño oscuro teñido, su vestimenta en consulta es de trabajo (obrera), descuidada, su aseo personal adecuado.

Se observa que durante las entrevistas la evaluada muestra lentitud motora desde que ingresa al consultorio.

Su posición al sentarse era encorvada hacia adelante, algo cansada. Su estado emocional se veía afectado, sus movimientos y gestos estaban afectados por este estado. Durante las entrevistas trataba de manifestar su colaboración y participación, aunque le costaba hacerlo.

Al final terminar la evaluación se mostró participativa, realizando todo lo que se pedía, despidiéndose cordialmente con el entrevistador.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y

ORIENTACIÓN ATENCIÓN

Presenta una disminución en los niveles de atención, en algunos momentos se distrae o se queda pensando en algo que se le preguntó o pidió hacer anteriormente. Aunque en su semblante se mostraba cansancio, se propuso a hacer los ejercicios requeridos.

CONCIENCIA

Su estado de alerta de la evaluada se veía afectado, al tener una ligera demora en algunas oportunidades que se le decía algo. Cabe resaltar que sus movimientos corporales son lentos pudiendo dificultar el desplazamiento ante una reacción.

ORIENTACIÓN

La evaluada se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona; reconoce la fecha actual sin ninguna dificultad, en cuanto al lugar y espacio reconoce el lugar donde vive y no tiene problemas para ubicarse y llegar a algún lugar indicado.

En referencia a su persona, se identifica a sí misma, da referencia de su nombre, edad y lo que hace durante el día.

En referencia a otras personas, no tiene problemas en reconocer a sus familiares e identifica a las personas a su alrededor, en especial en su trabajo.

IV. LENGUAJE Y PENSAMIENTO

LENGUAJE

Su lenguaje es comprensible y coherente, afectado en la velocidad del mismo. Su tono de voz es bajo y muy pausado al momento de dar respuestas.

PENSAMIENTO

Se puede apreciar que el curso del pensamiento en la evaluada es normal. Aunque la mayoría de estos pensamientos son pesimistas y catastróficos debido al proceso que sigue y lo acontecido con su pareja.

V. PERCEPCIÓN

Durante las evaluaciones no se evidencio alteraciones perceptivas. Percibe adecuadamente la forma, el color de los objetos, la percepción auditiva esta conservada, reconoce los diferentes sonidos.

VI. MEMORIA

La memoria a corto plazo se encuentra conservada, recuerda cosas antes vistas, palabras anteriormente dichas, así como las preguntas hechas con anterioridad, y no presenta ninguna dificultad manteniendo la memoria a largo plazo también conservada.

VII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Sus funciones cognitivas se encuentran conservadas, pudiendo realizar las tareas que requieran razonamiento lógico, aunque con cierta lentitud para formular algún discurso, así también mostrando pensamiento abstracto acerca de algunas preguntas hechas.

VIII. ESTADO DE ANIMO Y AFECTOS

Se aprecia que su estado de ánimo se ve afectado por el proceso que pasa pues recuerda su situación familiar y las peleas con su pareja. Esto se refleja en su lentitud motora, así como el llanto que presenta en momentos.

IX. COMPRENSIÓN DEL PROBLEMA

Comprende que por el proceso que pasa, ella debe de tomar decisiones para solucionar el problema de violencia por el que pasa, ya que esto la afecta y afecta a sus hijas. Durante esta explicación, sus diálogos se tornan en llanto. Reconoce que debe seguir tratamiento psicológico.

RESUMEN

Paciente de 38, de sexo femenino, de tez trigueña, contextura algo gruesa, midiendo 1.65 m, no aparentando la edad que tiene. De cabello castaño oscuro teñido, su vestimenta en consulta es de trabajo (obrera), descuidada, su aseo personal adecuado.

Se observa que durante las entrevistas la evaluada muestra lentitud motora desde que ingresa al consultorio.

Su posición al sentarse era encorvada hacia adelante, algo cansada. Su estado emocional se veía afectado, sus movimientos y gestos estaban afectados por este estado. Durante las entrevistas trataba de manifestar su colaboración y participación, aunque le costaba hacerlo.

Al final terminar la evaluación se mostró participativa, realizando todo lo que se pedía, despidiéndose cordialmente con el entrevistador.

Orientada en persona, tiempo y espacio. Su estado emocional se ve afectado por los problemas que tiene con su pareja y familia. Su atención y orientación se ven afectados ligeramente en cuanto a la velocidad.

Su lenguaje es coherente y comprensible, aunque con lentitud. Su pensamiento no muestra alteraciones patológicas, exceptuando algunos pensamientos negativos. Funcionamiento intelectual, percepción y memoria conservados.

Tiene conciencia del problema que posee y desea seguir en tratamiento psicológico.

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos : Flora P. C.

Edad : 38 años

Fecha de nacimiento : 18 de abril de 1979

Lugar de nacimiento : Cuzco

Grado de instrucción : Secundaria completa

Estado civil : Conviviente

Procedencia : Cuzco

Ocupación : Obrera

Religión : Católica

Referente : oficio, segundo juzgado de familia

Lugar de evaluación : Consultorio de Psicología

Fechas de evaluación : 17, 24 y 31 de mayo de 2017

Examinador : Vidal Angel Taco Bellido
Bachiller de Psicología

II. OBSERVACIONES GENERALES

Paciente de 38, de sexo femenino, de tez trigueña, contextura algo gruesa, midiendo 1.65 m, no aparentando la edad que tiene. De cabello castaño oscuro teñido, su vestimenta en consulta es de trabajo (obrera), descuidada, su aseo personal adecuado.

Se observa que durante las entrevistas la evaluada muestra lentitud motora desde que ingresa al consultorio.

Su posición al sentarse era encorvada hacia adelante, algo cansada. Su estado emocional se veía afectado, sus movimientos y gestos estaban afectados por este estado. Durante las entrevistas trataba de manifestar su colaboración y participación, aunque le costaba hacerlo.

Al final terminar la evaluación se mostró participativa, realizando todo lo que se pedía, despidiéndose cordialmente con el entrevistador.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación.
- Entrevista
- Aplicación de pruebas psicológicas:
- Escala de ansiedad-depresión de Goldberg.
- Test de la persona bajo la lluvia
- Test de matrices progresivas de Raven.

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Escala de ansiedad-depresión de Goldberg

Análisis cuantitativo

Puntaje de 4 en la sub escala de depresión y 2 en escala de Ansiedad.

Análisis cualitativo

El puntaje obtenido da señal de presencia de un episodio depresivo, siendo la gravedad leve debido puntaje apenas representativo para la presencia de episodio depresivo.

Test de la persona bajo la lluvia

Análisis cualitativo

La velocidad del dibujado fue normal.

La ubicación y el tamaño, indican una necesidad de mostrarse, de ser tomada en cuenta.

Tendencia a la introversión, que desea mostrarse como una persona socialmente dominante.

Presión débil así señala idealismo, espiritualidad y sensibilidad. En sentido negativo, es un rasgo de inseguridad, pasividad y dependencia, tal vez depresión, demostrando escasa energía física y quizás también psíquica. Timidez, falta de confianza en sí misma así mismo en lo que hace. Esto se agrega a su preocupación por partes de su cuerpo como su torso, se encuentra remarcada.

La orientación y la postura, muestra que ella está proyectándose al presente, con disposición a enfrentar el problema. La presencia de un paraguas pequeño, marco remarcado refleja que no tiene defensas adecuadas, siendo a veces poco flexible,

aferrándose a algunas cosas como defensas sin saber cómo estas servirán como defensa, en algunos casos mecanismos obsesivos compulsivos, así como problemas o conflictos sexuales. La parte efectuada de la boca, cóncava y con dos líneas, señala que tiene tendencia a ser complaciente o trata de complacer a las personas cercanas así también señal de coquetería, sentimientos de culpa por lo que pueda decir.

Otros indicadores como el cabello, cuello angosto, cintura y caderas marcadas. Indican que ella está pasando por un episodio depresivo, indicando rasgos femeninos y una preocupación por la parte del cuerpo señalada como descontento de la misma

Test de matrices progresivas de Raven

Análisis cuantitativo

Flora de 37 años de edad tiene un Puntaje de 40 que lo ubica en el Percentil 50. Nos indica que se ubica en la categoría de: Término medio, Normal

Análisis cualitativo

Señalando que su capacidad intelectual, le permite resolver problemas que se presentan en la vida, tanto de forma concreta con un grado adecuado de abstracción. Sin presentar problemas para enfrentarse a nuevas situaciones de la vida.

RESUMEN

Paciente de 38, de sexo femenino, de tez trigueña, contextura algo gruesa, midiendo 1.65 m, no aparentando la edad que tiene. De cabello castaño oscuro teñido, su vestimenta en consulta es de trabajo (obrera), descuidada, su aseo personal adecuado.

Se observa que durante las entrevistas la evaluada muestra lentitud motora desde que ingresa al consultorio.

Su posición al sentarse era encorvada hacia adelante, algo cansada. Su estado emocional se veía afectado, sus movimientos y gestos estaban afectados por este estado. Durante las entrevistas trataba de manifestar su colaboración y participación, aunque le costaba hacerlo.

En cuanto a su capacidad intelectual, se encuentra en el promedio, permitiéndole que realice diferentes tareas nuevas sin que se le dificulte su desarrollo de actividades diarias, así como laborales.

En cuanto su personalidad y su actuación en condiciones agobiantes, se muestra a la paciente con rasgos introvertidos, de complacencia, auto culpación, tímida, que desea poder tener mayor dominancia social, quizás de formas inadecuadas, pudiendo llegar a la manipulación. No posee defensas adecuadas, siendo estas lábiles, aferrándose a algunas cosas que no sabe si servirán como defensas, siendo algunas formas poco flexibles y obsesivas. Muestra signos de e indicadores de depresión.

Al final terminar la evaluación se mostró participativa, realizando todo lo que se pedía, des pidiéndose cordialmente con el entrevistador.

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos : Flora P. C.

Edad : 38 años

Fecha de nacimiento : 18 de abril de 1979

Lugar de nacimiento : Cuzco

Grado de instrucción : Secundaria completa

Estado civil : Conviviente

Procedencia : Cuzco

Ocupación : Obrera

Religión : Católica

Lugar de evaluación : Consultorio de Psicología

Fechas de evaluación : 17, 24 y 31 de mayo

Fecha de informe : 7 de julio de 2017

Examinador : Vidal Angel Taco Bellido
Bachiller de Psicología

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente viene a consulta por mandato del 2do juzgado de familia por problemas relacionados con el abuso físico y psicológico con su pareja para recibir tratamiento psicológico.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación.
- Entrevista
- Aplicación de pruebas psicológicas:
 - o Escala de ansiedad-depresión de Golberg.
 - o Test de la persona bajo la lluvia
 - o Test de matrices progresivas de Raven

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Paciente de 38 años de edad, que viene por encargo del 2do juzgado de familia para recibir terapia psicológica. Menciona que era víctima de abuso físico y psicológico por parte de su pareja actual, que luego de un festejo del día del trabajador, éste la agrede y ella decide poner una denuncia contra. Su concepción y sus primeros años pasaron sin problemas, su desarrollo psicomotor y control de su cuerpo se cumplió dentro de los parámetros normales. Así como sus días como estudiante en primaria y en educación secundaria, aunque no vivía con sus padres y estaba bajo el cuidado de sus abuelos.

Era una chica reservada, decidida y autónoma. Al culminar la escuela, fue víctima de violación luego de una reunión de bienvenida organizada para ella, luego se entera que esto fue producto de una apuesta, esto la afecta en gran medida y se aleja de su hogar. Se enteró

que quedó embarazada producto de la violación, que luego de dudas, decido tener a su bebe, que fue reconocida por su posterior y actual pareja. En la actualidad tiene una pareja de la cual se separó y pasa por un proceso de separación por el abuso físico-psicológico que él le propinaba. La separación de ellos afecta la dinámica familiar, esto le genera preocupación y tristeza. Haciendo que ella se haga cargo de sus 4 hijas la mayor parte del tiempo y su esposo los fines de semana. Tiene una condición económica baja, contando con los servicios básicos de vida. No se mencionan otras condiciones u acontecimientos que alteraran su vida.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Paciente de 38, de sexo femenino, de tez trigueña, contextura algo gruesa, midiendo 1.65 m, no aparentando la edad que tiene. De cabello castaño oscuro teñido, su vestimenta en consulta es de trabajo (obrera), descuidada, su aseo personal adecuado.

Se observa que durante las entrevistas la evaluada muestra lentitud motora desde que ingresa al consultorio.

Su posición al sentarse era encorvada hacia adelante, algo cansada. Su estado emocional se veía afectado, sus movimientos y gestos estaban afectados por este estado. Durante las entrevistas trataba de manifestar su colaboración y participación, aunque le costaba hacerlo.

Al final terminar la evaluación se mostró participativa, realizando todo lo que se pedía, despidiéndose cordialmente con el entrevistador.

Orientada en persona, tiempo y espacio. Su estado emocional se ve afectado por los problemas que tiene con su pareja y familia. Su atención y orientación se ven afectados ligeramente en cuanto a la velocidad.

Su lenguaje es coherente y comprensible, aunque con lentitud. Su pensamiento no muestra alteraciones patológicas, exceptuando algunos pensamientos negativos. Funcionamiento intelectual, percepción y memoria conservados.

Tiene conciencia del problema que posee y desea seguir en tratamiento psicológico

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Paciente de 38, de sexo femenino, de tez trigueña, contextura algo gruesa, midiendo 1.65 m, no aparentando la edad que tiene, luciendo años mayor. De cabello castaño oscuro teñido, su vestimenta en consulta es de trabajo (obrera), descuidada, su aseo personal adecuado.

En cuanto a su capacidad intelectual, se encuentra en el promedio, permitiéndole que realice diferentes tareas nuevas sin que se le dificulte su desarrollo de actividades diarias, así como laborales. Sus procesos cognitivos se ven afectados en cuanto a la velocidad de reacción, propios de su estado de ánimo.

La paciente muestra con rasgos introvertidos, de complacencia, auto culpación, timidez, que desea poder tener mayor dominancia social, esto hace que todo el problema ella quiera resolverlo sola al principio, trata de complacer a todas las partes que están involucradas. Tiene sentimientos de culpa que la agobian en todo el momento, esto se configura como un pensamiento de “ser mala persona” si algo malo llegara a pasarle a sus hijas, este se convirtió en un pensamiento obsesivo. A veces se aferra a la idea de tener que soportar y convivir con su pareja, aunque ella no sabe si esto será adecuado para que ellas se desarrollen adecuadamente. Al darse cuenta que su forma de actuar, siempre complaciente, le dio a conocer que sus defensas son lábiles y se pueden derrumbar con facilidad. El grado

de no querer hacer problemas le exige que ella pida o recurra a otras personas por la aceptación que ella requiere, esto para que su culpa no se agrande más, siendo esto por lo cual que puso una denuncia en contra de su pareja luego de mucho tiempo. No se concibe como una persona atractiva, pero desearía serlo a través de su físico, haciendo que no se valore ni se dé un cuidado y arreglo adecuado. Sus esfuerzos por querer cambiar su situación a través de sus medios, la hizo sentirse triste, ya que fracasaba cada vez que lo hacía.

VII. DIAGNOSTICO

De acuerdo con los datos obtenidos la evaluada de inteligencia promedio, con rasgos de introversión, presenta un estado transitorio de ánimo decaído, de tristeza; como la perdida de interés, de la confianza en sí misma, con sentimientos de inferioridad, tiene ideas de culpa, lo que provoca que se sienta incapaz de tomar decisiones y de afrontar los problemas de forma adecuada, teniendo pequeños sentimientos de ansiedad, y presenta un aumento de la fatigabilidad, con disminución de la atención y concentración. Aunque tiene algunas dificultades en su desempeño laboral y en su interacción social, estos no impiden la realización de estas acciones. Presenta rasgos del trastorno de depresión leve (F32.0).

VIII. PRONOSTICO

El pronóstico de la paciente es favorable ya que ella reconoce aspectos que debe de cambiar, está motivada a hacerlo. Cuenta con el apoyo emocional de sus hijas y de sus familiares cercanos, así como los vínculos sociales positivos que encuentra en su trabajo por sus compañeros(as) con los que labora.

IX. RECOMENDACIONES

- Seguir terapia psicológica personal, encaminado para dar cuenta los recursos psicológicos que posee para potenciarlos.
- Seguir terapia psicológica personal encaminada a encontrar pensamientos negativitos y obsesivos, para poder identificarlos y posteriormente eliminarlos.
- Seguir terapia psicológica individual para enseñar modelos.
- Recibir terapia familiar basada en formas de comunicación adecuadas que deban de tener los miembros de la familia.
- Apoyo social, así como seguimiento luego de las sesiones trabajadas.

Arequipa, 7 de julio del 2017

Vidal Ángel Taco Bellido

Bachiller de Psicología

PLAN E INFORME PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos : Flora P. C.

Edad : 38 años

Fecha de nacimiento : 18 de abril de 1979

Lugar de nacimiento : Cuzco

Grado de instrucción : Secundaria completa

Estado civil : Conviviente

Procedencia : Cuzco

Ocupación : Obrera

Religión : Católica

Lugar de evaluación : Consultorio de Psicología

Fechas de realización : 9-16-23-30 junio, 7 julio de 2017

Fecha de informe : 24 de julio del 2017

Encargado : Vidal Angel Taco Bellido
Bachiller de Psicología

II. DIAGNÓSTICO

De acuerdo con los datos obtenidos la evaluada de inteligencia promedio, con rasgos de introversión, presenta un estado transitorio de ánimo decaído, de tristeza; como la perdida de interés, de la confianza en sí misma, con sentimientos de inferioridad, tiene ideas de culpa, lo que provoca que se sienta incapaz de tomar decisiones y de afrontar los problemas de forma adecuada, teniendo pequeños sentimientos de ansiedad, y presenta un aumento de la fatigabilidad, con disminución de la atención y concentración. Aunque tiene algunas dificultades en su desempeño laboral y en su interacción social, estos no impiden la realización de estas acciones. Presenta rasgos del trastorno de depresión leve (F32.0).

III. OBJETIVOS GENERALES

Optimizar los recursos psicológicos de la paciente para poder hacer frente a problemas que se le presenten. Así como eliminar los pensamientos negativos y obsesivos que se encuentren.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer la autoestima de la paciente. Fortalecer los recursos psicológicos que posee.
- Encontrar pensamientos erróneos y eliminarlos. Para reducir su malestar emocional.
- Enseñar a la paciente a adoptar formas de comportamiento que debe tener para afrontar problemas.

V. AVANCE TERAPÉUTICO

Sesión n°1

Tema	Autoestima
Técnica	Fenomenología-Técnica de la Gestalt. Espejo
Descripción	<p>Se inició la sesión con relajamiento mediante respiración sistemática.</p> <p>Luego del ejercicio se desarrolló la técnica del espejo. Se le pregunta: ¿Cuándo te miras en el espejo te ves guapo/a?</p> <p>¿Piensas que tienes cosas buenas que aportar a los demás? ¿Cuáles?</p> <p>¿Crees que les gustas a tus amigos, familiares y compañeros de trabajo tal y como eres?</p> <p>¿Qué cambiarías de tu apariencia?</p> <p>¿Cuándo te sientes y te ves bien, te sientes más seguro de ti mismo?</p> <p>Una vez dadas las respuestas a estas preguntas, se colocó un espejo frente a la paciente preguntas:</p> <p>¿Qué ves en el espejo?</p> <p>¿Cómo es la persona que te mira desde el espejo?</p> <p>¿Lo conoces?</p>

	<p>¿Qué cosas buenas tiene esa persona?</p> <p>¿Qué cosas malas tiene quien te mira desde el espejo?</p> <p>¿Qué es lo que más te gusta de esa persona?</p> <p>¿Cambiarías algo de la persona del espejo?</p> <p>Se dio retroalimentación de la técnica y el objetivo</p>
Tiempo	40 min
Materiales	Hojas, espejo

Sesión n°2

Tema	Habilidades de resolución de conflictos
Técnica	Conductual-modelado
Descripción	<p>Se inició la sesión con relajamiento mediante respiración sistemática.</p> <p>Se prosiguió con la técnica del modelamiento. Se pidió a la paciente que recordara, mencionara y comentara que persona cercana a ella tiene cualidades que son positivas y admiradas por ella en cuanto a resolver problemas o conflictos con otras personas y sabe manejar la tensión de las mismas. Se anotó las cualidades para luego formularle que ella imite a esa persona, en una situación planteada, la cual era</p>

	<p>de un conflicto laboral.</p> <p>Al terminar se dio retroalimentación de la técnica y su uso y se pidió practicarla en sus actividades diarias.</p>
Tiempo	40 min
Materiales	Materiales de escritorio

Sesión n°3

Tema	Habilidades de resolución de conflictos
Técnica	Conductual-modelado
Descripción	<p>Se inició la sesión con relajamiento mediante respiración sistemática.</p> <p>Se prosiguió con la técnica del modelamiento. Se pidió a la paciente que mencionara si había realizado la técnica, se planteó otra situación, una de violencia intrafamiliar, se pidió que ella explique y manifieste su actuar en la situación planteada recordando los primeros lineamientos de la anterior sesión.</p> <p>Al terminar se dio retroalimentación de la técnica y su uso y se pidió practicarla en sus actividades diarias.</p>
Tiempo	40 min

Materiales	Materiales de escritorio
-------------------	--------------------------

Sesión 4

Tema	Pensamientos negativos
Técnica	Cognitivo conductual-TRE
Descripción	<p>Se inició la sesión con relajamiento mediante respiración sistemática.</p> <p>Se prosiguió con la TRE. Se pidió a la paciente mencionar todas las ideas, creencias de momento de la situación con su pareja, con sus hijos y en su trabajo. Tomando en cuenta también el proceso judicial que sigue y se anotó. Se clasificó aquellos que se configuraban como catastróficos, problemáticos, con carga emocional manifiesta, luego se pidió poner en práctica intenciones relacionadas a las ideas erróneas.</p> <p>Al terminar se dio retroalimentación de la técnica y su uso y se pidió practicarla en sus actividades diarias.</p>
Tiempo	40 min
Materiales	Materiales de escritorio, agenda.

Sesión n°5

Tema	Pensamientos negativos
Técnica	Cognitivo conductual-TRE
Descripción	<p>Se inició la sesión con relajamiento mediante respiración sistemática.</p> <p>Se prosiguió con la TRE. Se pidió a la paciente mencionar todo lo sucedió según los lineamientos de práctica de la anterior sesión, creencias de momento de la situación con su pareja, con sus hijos y en su trabajo. Tomando en cuenta también el proceso judicial que sigue y se anotó. Se clasificó aquellos pensamientos que por práctica no se habían satisfecho como erróneos y prosiguió con la técnica.</p> <p>Al terminar se dio retroalimentación de la técnica y su uso y se pidió practicarla en sus actividades diarias.</p>
Tiempo	40 min
Materiales	Materiales de escritorio, agenda.

Tiene una duración de 6 semanas, con una sesión por semana.

VI. LOGROS

Mediante las sesiones la paciente:

Se sintió más tranquila, sus niveles de ansiedad se redujeron.

- Se fortaleció su autoestima, generando en ella seguridad y motivación para seguir y ponerse metas a corto y largo plazo.
- Estado de ánimo mejoró. Más presencia de estados de alertas y alegría en ella.
- La paciente logró reconocer pensamientos negativos y obsesivos que le generaban sentimientos de culpa. Toma otra forma de pensamiento, más racional.
- La paciente pone en prácticas el modelado, recurriendo a ellas cuando la situación lo amerita.
- La relación con su agresor-pareja, mejoró, no se evidencian señales de maltratos.
- La paciente desea seguir en terapia para mejorar otros aspectos de su vida.

VII. RECOMENDACIONES

- Ejecución de las técnicas planteadas.
- Regresar al servicio luego de un periodo trimestral para hacer seguimiento.
- Asistir a terapia familiar.

Arequipa, 24 de julio del 2017

Vidal Angel Taco Bellido

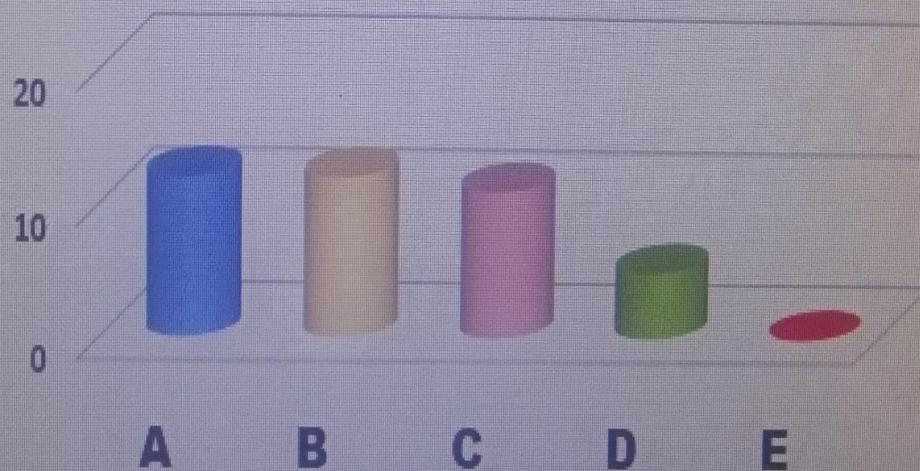
Bachiller de Psicología

PERFIL DE INTELIGENCIA GENERAL

Escala general

SUB TEST	PTJE BRUTO	% PARCIAL	CATEGORIA
A	12	100	Término medio, Normal
B	12	100	
C	11	92	
D	5	42	
E	0	0	
TOTAL CI	40	50	

PERFIL POR SUBESCALAS



Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg:

Instrucciones: Lea con cuidado y detenidamente y escriba SI o NO según su respuesta.

No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la mejor respuesta, describa sus sentimientos ahora.

Escala de EADG - (Escala de ansiedad - depresión)	Si/No
Subescala de ansiedad	
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	NO
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	SI
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	NO
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	SI
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	NO
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	NO
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	NO
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	NO
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	NO
TOTAL ANSIEDAD	
	2

≥ 4 : Ansiedad probable

Subescala de depresión	Si/No
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	NO
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	SI
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	SI
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	SI
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de la preguntas anteriores, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	NO
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	NO
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	NO
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?	SI
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	NO
ANEXO N°4 TOTAL DEPRESIÓN	
	4

≥ 2 : Depresión probable

