



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Relación de áreas neuropsicológicas, evaluadas con Neuropsi en un grupo de pacientes con Alzheimer y un Perfil Gerontológico del personal según el FIIRAV”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA

MARÍA DE LOURDES OLARTE SÁNCHEZ

Dictaminadores:

Director: Dr. FERNANDO QUINTANAR OLGUIN
Dra. ANA LUISA MÓNICA GONZÁLEZ CELIS RANGEL
Mtra. CARLOTA JOSEFINA GARCÍA REYES-LIRA



Los reyes Iztacala, Edo de México, 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Esta tesis contó con financiamiento de:

PROYECTO PAPIME PE304410 “Diseño de un proyectivo
Tipo Frases Incompletas para obtener un perfil de la representación
Y actitudes ante la vejez”.

DEDICATORIAS

Gracias a esas personas en mi vida, que siempre estuvieron dispuestas a brindarme su apoyo y a escuchar lo que tenía que decir por muy insignificante o rebuscado que pareciera. Con todo mi cariño les dedico este trabajo que ha sido y es muy significativo para mí.

A mí madre por siempre estar de mí lado y alentarme cada vez que me desanimaba.

A mis amigos, quienes se volvieron mi otra familia y con los que he compartido muchas experiencias maravillosas, Chelis, Paco, Lale, Pablo, Fer y Gabo.

A Gerardo por ser mí fiel confidente y quien me ha enseñado mucho.

A Fernando y Carlota, por todos estos años en los que me han enseñado como profesores, amigos y colegas.

A la Granja el Mezquite, por ser una puerta para descubrir una infinidad de cosas.

A Piña Palmera por enseñarme una visión real de la vida y por la cálida acogida en sus instalaciones.

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá por ser mucho más que eso, a pesar de nuestros desacuerdos y enfrentamientos omi, TE AMO.

A mis amigos que me acompañaron a lo largo de estos años y que con el tiempo se convirtieron en mí segunda familia, LOS QUIERO MUCHO, la vida sería muy aburrida sin ustedes.

A Fernando y Carlota por brindarme la oportunidad de conocer nuevos panoramas de la Psicología.

Al centro Gerontológico “Consuelo Gutiérrez” por dejarme entrar en sus instalaciones y sobre todo por hacerme sentir en casa.

A la Granja el Mezquite y a Piña Palmera, porque gracias a ellos conocí la cara real de trabajar en campo y lo que no se enseña en las aulas.

Y finalmente al Grupo VIDA por dejarme compartir cuatro años con ustedes y por enseñarme que la vejez es lo que uno quiere y hace por sí mismo.

GRACIAS.

CONTENIDO

Resumen	7
1. Concepción de la vejez en la neuropsicología.	8
2. Funciones cognitivas	19
2.1. Deterioro de las funciones cognitivas	29
2.2. Enfermedades crónico degenerativas	31
2.3. Demencias (tipo Alzheimer)	36
3. Evaluación neuropsicológica y aplicación de pruebas en personas con demencia tipo Alzheimer	42
3.1. Diagnóstico neuropsicológico en personas con Alzheimer	64
3.2. México y la Neuropsicología (NEUROPSI)	67
4. Delimitación	74
4.1 Justificación	73
4.2 Objetivo general	73
4.3 Objetivo específico	73
4.4 Hipótesis	73
5. Método	75
5.1 Población	75
5.2 Escenario	75
5.3 Materiales	75
5.4 Instrumentos	76
5.5 Procedimiento	76
6. Resultados del personal gerontológico.	78
6.1 Perfiles	79
6.2 Resultados de los usuarios	139

Conclusiones	146
Referencias	153
Anexos	162

RESUMEN

La vejez es una de las etapas evolutivas por la que todo ser vivo pasa sin excepción, uno de los mayores problemas en esta etapa se encuentra en el deterioro de las funciones ejecutivas que van acompañado por enfermedades crónicas degenerativas y neurodegenerativas siendo que estas últimas son causantes de demencia. La demencia más conocida es la llamada Alzheimer que es una patogenia compleja, que causa una pérdida considerable de neuronas y aparición de lesiones cerebrales. La evaluación tiene una gran variedad de pruebas que se centran en diferentes áreas del cerebro y su diagnóstico se verá influenciada en dichas pruebas. En México la neuropsicología es relativamente nueva, y se ha desarrollado una prueba llamada NEUROPSI exclusivamente diseñada para población Latinoamericana. Se realizó un estudio de caso institucional en un centro gerontológico ubicado en San Pedro Cholula, Puebla con 12 residentes a quienes se les aplicó el NEUROPSI y se obtuvo un perfil gerontológico del personal que se encuentra a cargo.

Palabras clave: vejez, Demencia, Alzheimer, evaluación neuropsicológica y NEUROPSI

Old age is one of the evolutionary stages by which all living goes without exception, one of the biggest problems at this stage is in the impairment of executive functions that are accompanied by degenerative and chronic neurodegenerative diseases being that the latter are responsible dementia. The most familiar Alzheimer dementia is the call is a complex pathogenesis, causing a considerable loss of neurons and onset of brain damage. The assessment takes a variety of tests that focus on different areas of the brain and its diagnosis is vera influenced by those tests. In Mexico neuropsychology is relatively new and has been developing a test called NEUROPSI exclusively designed for Latin American population. Institutional case study was performed in a geriatric center in San Pedro Cholula, Puebla with 12 residents who were NEUROPSI and apply the gerontological staff profile was obtained.

Keywords: old age, dementia, Alzheimer, neuropsychological assessment and NEUROPSI

1. CONCEPCIÓN DE VEJEZ EN LA NEUROPSICOLOGÍA.

De todas las etapas evolutivas presentes en el ser humano, es la vejez la que tiene más aprehensiones negativas provocando en los seres humanos una renuencia a llegar a esa etapa de la vida, ya que comienzan a perderse de manera lenta pero progresiva diferentes capacidades, tanto intelectuales como físicas, según lo estipulado con la OMS la edad de envejecimiento es a partir de los 65 años en adelante, aunque esto no quiere decir precisamente que se hará notorio la pérdida de sus funciones cognitivas o motrices (Zarragotia, 2003).

La percepción y la conceptualización sobre el envejecimiento y la vejez forman parte de las corrientes clásicas de pensamiento, por ejemplo, Platón conceptualizaba la vejez como sinónimo de pérdida, enfermedad y deterioro mientras que Aristóteles la concebía como una etapa de oportunidad, de sabiduría y conocimiento. De estas dos visiones, la que cuenta con una mayor inserción en nuestra cultura es la que conceptualiza la vejez negativamente. No es de extrañar que la belleza, la salud, y la rapidez están en la base de los valores de nuestra época y todas estas condiciones físicas son algunas de las que declinan a lo largo del ciclo de la vida (Fernández, 1997).

Dentro de la percepción negativa que se ha generado en torno a la vejez, Menchón (citado en Zarragotia, 2003) menciona solo algunas de las características más afectadas en las que se encuentra la población anciana:

- *Situación psicosocial:* disminución del soporte sociofamiliar, la pérdida del estatus laboral y económico, mayor aislamiento social todo ello por la menor capacidad y recursos que el anciano dispone para adaptarse a las circunstancias.
- *Situación física:* mayor frecuencia de enfermedades físicas y la discapacidad consiguiente.

- *Situación biológica*: es más frecuente la aparición de fenómenos neurodegenerativos o enfermedades físicas que pueden producir sintomatología depresiva.

Pero ¿Qué sucede en la vejez? La creencia más común en nuestra cultura es que esta etapa implica estabilidad, sin embargo, investigaciones han demostrado que el individuo sigue desarrollándose o perfeccionando repertorios comportamentales. Se llega a esta etapa con muy distintos impedimentos y experiencias debido no sólo al estado del organismo en su sentido biológico, sino del aprendizaje y de las circunstancias que les ha tocado vivir.

Fernández (1996) y otros autores comentan que el individuo no es más que un procesador activo de información, siendo este visto como aquel que puede captar información, almacenarla, analizarla, procesarla y retenerla. Haciendo de lado las creencias negativas de esta etapa.

Pero aun cuando se han encontrado en diversas investigaciones que la etapa de la vejez abarca el deterioro físico e intelectual, no se ha hecho la diferencia entre está y la vejez neuronal, se sabe que los cambios cognoscitivos relacionados con la edad corresponden a cambios morfológicos o funcionales que se producen en el cerebro. Han sido pocos investigadores que se han centrado en este tema, entre ellos se encuentran Gaviria & Gaviria (2008) que encontraron que el cerebro de los ancianos procesa y activa diferentes áreas cerebrales de forma diferente al de los jóvenes, con ello se puede suponer que es posible que la declinación cognoscitiva en algunos ancianos esta asociada con la actividad de un sustrato neuronal y que algunos patrones de activación específicos del cerebro del anciano sugieren que el desarrollo óptimo de las tareas es debido a un potencial compensatorio del cerebro que envejece (ver fotografía 1 y 2).

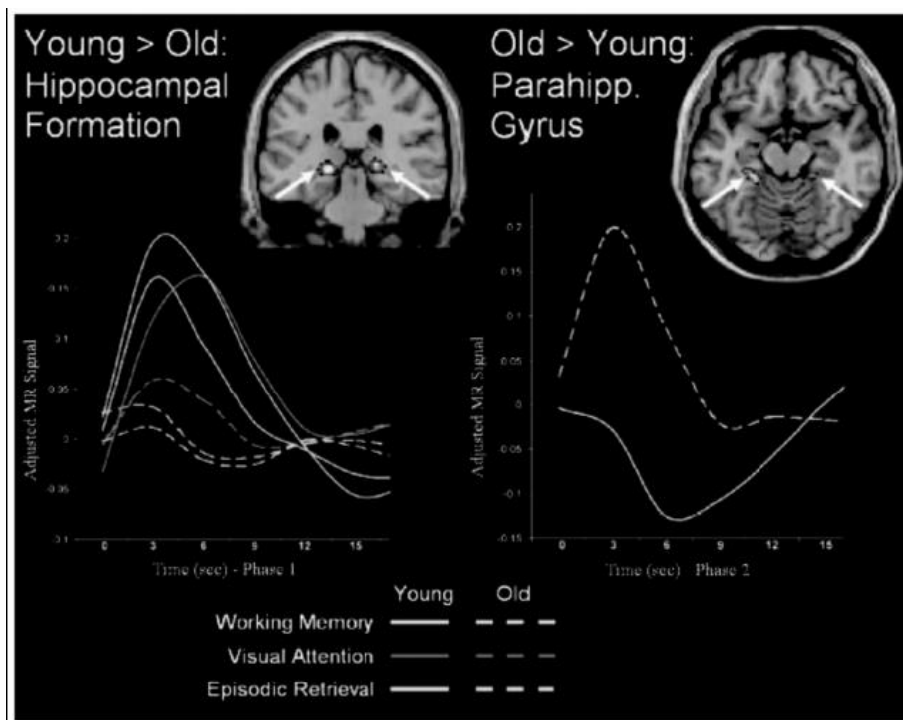
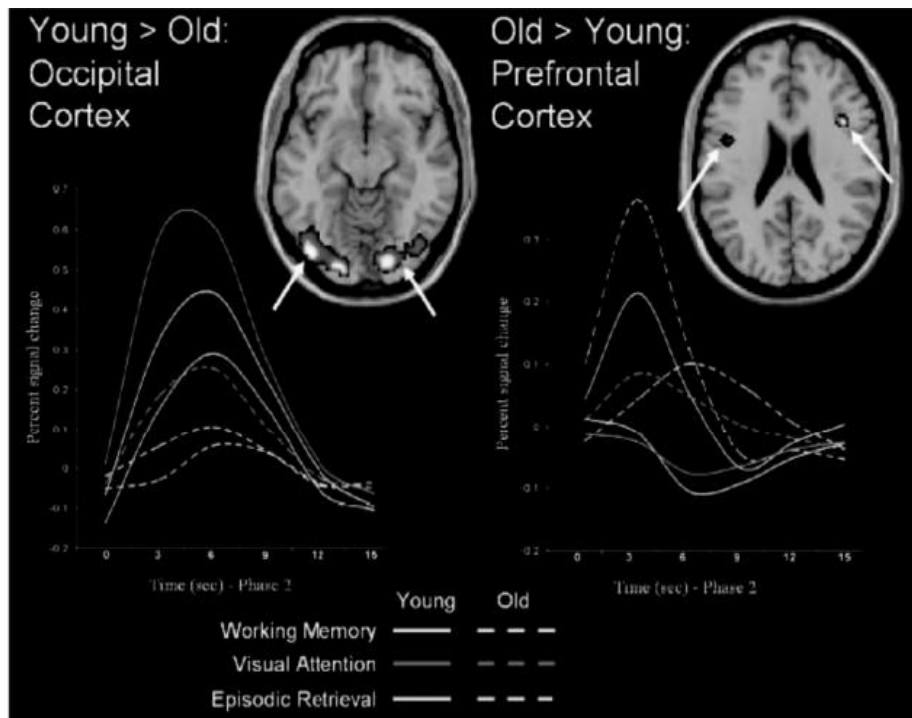


Figura 1 y 2. Activación cerebral en ancianos y jóvenes. Al comparar la actividad cerebral de ambos se observa la disminución de la actividad en la corteza occipital y un aumento en la activación de las regiones frontales y de la diferencia de la activación del hipocampo. (Imágenes obtenidas de Gaviria & Gaviria, 2008)

Diversas investigaciones han generado un modelo llamado Harold (Hemispheric Asymmetry Reduction in Old Adults) que integra los aportes de la psicología y de la neurociencia del envejecimiento sobre los efectos que el

envejecimiento ocasiona en la actividad cerebral durante el desarrollo de actividades cognitivas. El modelo postula que en circunstancias similares, la actividad de la corteza pre frontal muestra un menor grado de lateralización en los adultos mayores que en los jóvenes, fenómeno que puede corresponder a una función compensatoria o reflejar un proceso de diferenciación, dado que en el cerebro del anciano al realizar la misma tarea cognoscitiva se observa la activación de nuevas áreas o de mecanismos neuronales diferentes a los que se activan en un cerebro joven que al realizar cierto tipo de tareas cognoscitivas en el cerebro del anciano se activan algunas áreas independientemente de la naturaleza de la tarea, en tanto que otras áreas se activan como efecto directo de la tarea realizada (Dolcos, F., Rice, HJ & Cabeza, R, 2002; Cabeza, R (2002); Cabeza, R., Daselaar, SM., Dolcos, F., Prince, SE., Budde, M & Nyberg, L (2004))

Por lo tanto el proceso de envejecer no es un fenómeno unidireccional sino que se trata de un proceso complejo que se caracteriza principalmente por la reorganización, optimización y aprovechamiento de la plasticidad funcional para obtener una mejor adaptación al medio y mantener una vida productiva en la vejez y es propia del sistema nervioso, el cerebro sufre transformaciones constantemente como referencia en los primeros años de vida ocurre un proceso de maduración en donde hay un crecimiento neuronal, aumento de conexiones sinápticas, mielinización, desarrollo dendrítico y axonal, sinaptogénesis, y cambios bioquímicos, los mayores cambios se presentan cuando el organismo se desarrolla en un ambiente con gran número de estímulos ambientales y sociales, por tal motivo el desarrollo se dará según la cantidad de experiencias vividas. (Valdez, s/f).

Por otro lado Lapuente & Sánchez (2004) mencionan que para entender el proceso de envejecimiento en la neuropsicología es necesario entender las diferentes estructuras biológicas, estilos de vida y alimentación a lo largo del proceso ontogenético, interrelación entre envejecimiento y alteraciones clínicas, componentes sociales, personalidad, etc. Estos autores mencionan cuatro diferentes tipos de cambios;

- Cambios neurobiológicos: a nivel sistema nervioso, neuroatómico macroscópico, molecular y electrofisiológico que se han considerado como responsable del declinó cognitivo.
- Cambios morfológicos: cambios en el peso y volumen cerebral (decremento del 2% para ambos sexos, apareciendo atrofia cerebral en el 40% de los ancianos), pérdida de mielina y una disminución en el volumen de la sustancia gris, pérdida neuronal a nivel subcortical, pre frontal, región límbica temporal y los vasos sanguíneos pierden flexibilidad.
- Cambios moleculares: estos están relacionados con las moléculas de ADN Y ARN, en los neurotransmisores se han identificado alteraciones tanto en la síntesis y degradación de los mismos como en sus receptores, disminución de la acetilcolina a nivel de corteza cerebral e hipocampo, la disminución de dopamina y noradrenalina asociados con procesos depresivos y cambios cognitivos que van acompañados de dificultades de tipo atencional, de memoria y de aprendizaje.
- Cambios neurofisiológicos: los más significativos son los asociados con el metabolismo cerebral y la electrofisiología cerebral.

La neuropsicología considera al ser humano como un ser biopsicosocial en un sentido realmente integral, esto significa que los procesos cerebrales, los procesos cognoscitivos (percepción, atención, memoria, pensamiento, lenguaje, etc.), y el comportamiento son el mismo fenómeno. Cuando alguien está realizando alguna actividad está realizando un procesamiento complejo de información que implica activación de grandes zonas de su cerebro. En consecuencia, cuando se altera el cerebro se producen cambios cognoscitivos y de comportamiento; cuando se altera el comportamiento se afecta al cerebro y los procesos cognoscitivos.

En concordancia con lo anterior, se ha encontrado que los procesos cerebrales cambian dependiendo de la experiencia. Esta propiedad del sistema nervioso se conoce como plasticidad. Nuestro cerebro se transforma continuamente, en los primeros años de vida ocurre un proceso de maduración que implica crecimiento neuronal, aumento de las conexiones sinápticas y cambios

bioquímicos. Los cambios son mayores cuando un organismo se desarrolla en un ambiente con gran diversidad de estímulos ambientales y sociales. El desarrollo de cada una de las diferentes áreas cerebrales dependerá por lo tanto de la cantidad y calidad de las experiencias que tengamos.

Basándose en lo anterior y que poco ha sido estudiado y se relaciona con la vejez es la importancia de las habilidades sociales que se presentan en esta y varias etapas de la vida, Bruno (2005, citado en Selma, 2008) hace referencia a la teoría llamada Theory of mind (TOM), que básicamente se refiere a la capacidad de inferir en los estados mentales de otras personas, dicho de otra manera es la capacidad de interacción social que se posee. Siendo este tema clave principal de la salud mental (esquizofrenia, Alzheimer, demencias, psicosis bipolaridad, trastornos conductuales de la personalidad, etc.), la teoría del TOM sostiene que existe un módulo, a nivel cognitivo-neuroanatómico específico de estas habilidades. Las investigaciones afirman que las zonas cerebrales encargadas de estas habilidades son el prefrontal, medial y límbico; cabe destacar que esta teoría ha recibido un fuerte respaldo de las investigaciones en primates y el hallazgo de las llamadas “neuronas espejo” (figura 3). La importancia de las neuronas espejo en las habilidades sociales (TOM) se ha corroborado en humanos (en el estudio del autismo), el sistema de neuronas espejo se relaciona con el procesamiento del movimiento de otros seres vivos, especialmente con los congéneres que realicen acciones “socialmente relevantes”. Por lo que se puede decir que las neuronas espejo tiene una participación importante en las habilidades sociales o empáticas y el lenguaje, por una parte y por otra facilita el autoconocimiento y el manejo de las propias emociones (Borg, 2007; Brune, 2005; Decety & Jackson, 2006; Pineda, 2008; Oberman & Ramachandran, 2007).

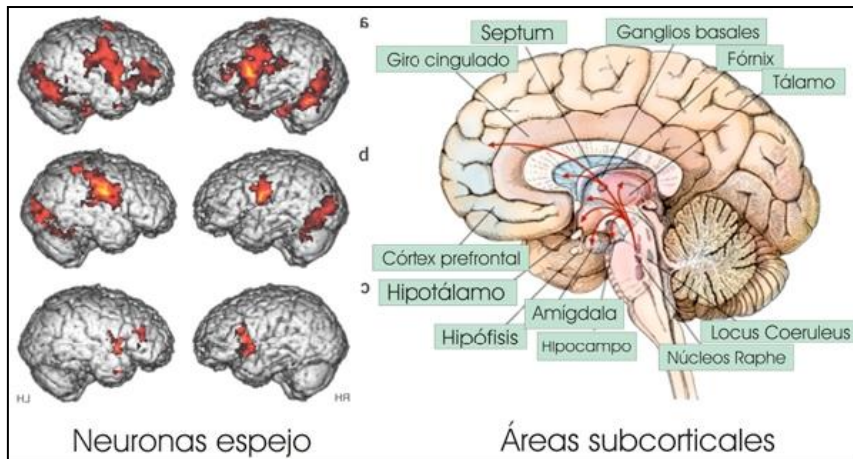


Figura 3. Neuronas espejo y áreas subcorticales

Estos cambios son solo algunos de los más significativos que se presentan en el proceso de envejecimiento neuronal, incluyendo el deterioro cognitivo. Antes de determinar los procesos de deterioro es necesario conocer a grandes rasgos las funciones y áreas del cerebro.

El cerebro se encuentra compuesto por dos hemisferios; derecho e izquierdo separados por algo llamado cisura longitudinal, ambos hemisferios están conectados entre sí por cuerpos comisurales llamados; comisura anterior y posterior y el mayor de todos el cuerpo calloso.

Así delante de la cisura vertical oblicua llamada cisura central se encuentra el lóbulo frontal y detrás de él el lóbulo parietal. Por debajo de la cisura lateral se encuentra el lóbulo temporal, mientras que en el polo posterior se halla el lóbulo occipital. En lo profundo de la cisura lateral se encuentra el lóbulo insular.

El cerebro contiene billones de células, entre neuronas y células de sostén (células gliales) y sus interconexiones son abundantes. Gracias a los circuitos formados por las *neuronas*, es capaz de procesar información sensorial procedente del mundo exterior y del propio cuerpo (figura 4) (Borrell & Marin, 2006).

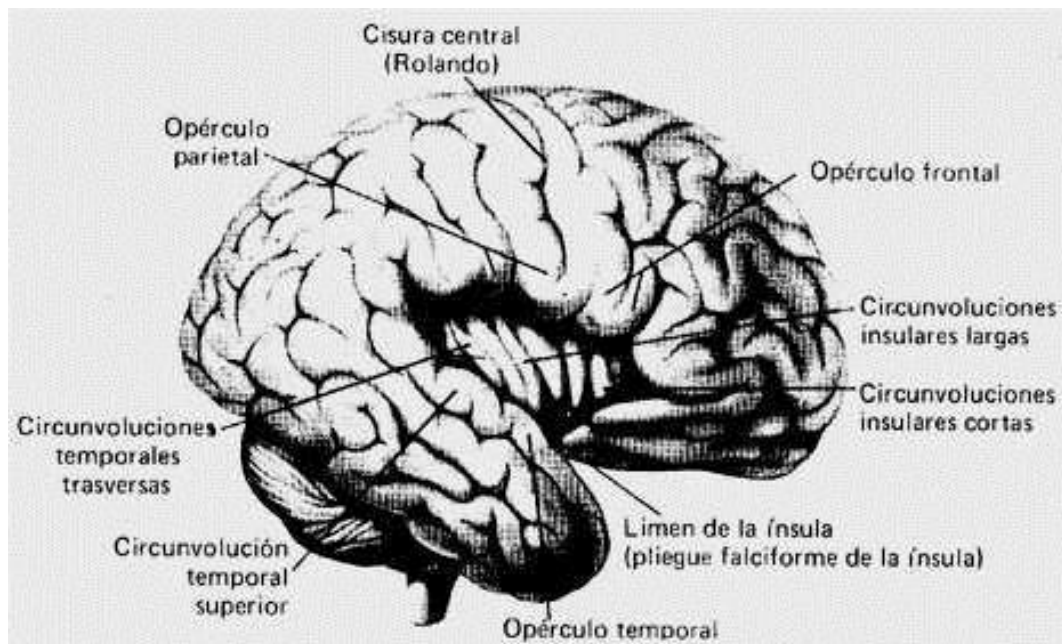


Figura 4: cara lateral o externa del cerebro humano

En su superficie cada hemisferio presenta un conjunto de pliegues que forman una serie de depresiones irregulares, son los llamados *surcos* o *cisuras*. Un estudio que combina los registros neurofisiológicos (microelectrodos) con la histología de la corteza cerebral, sugiere que la corteza está organizada en unidades verticales de actividad funcional los cuales guardan cierta relación con la función que cada uno de ellos tiene. El cerebro desempeña funciones sensoriales, motoras de integración, procesos específicos (la memoria, el lenguaje, la escritura) y la respuesta emocional (Estéves, García & Barraquer, 2000).

Las áreas corticales y las funciones que desempeñan son diversas y son (Giménez, 2000):

Área Frontal

- Área Motora Primaria: se extiende sobre el límite superior del lobulillo paracentral. Si se estimula produce movimientos aislados en el lado opuesto del cuerpo y contracción de grupos musculares relacionados con la ejecución de un movimiento específico (áreas del cuerpo; lengua, maxilares, labios, laringe, párpado y cejas, dedos, manos, muñeca, codo, hombro y tronco)

- **Área Pre-motora:** La estimulación eléctrica de esta zona produce movimientos similares a los del área motora primaria. Recibe numerosas aferencias de la corteza sensitiva, tálamo y ganglios basales. La función de ésta área es almacenar programas de actividad motora reunidos como resultado de la experiencia pasada; es decir programa la actividad motora primaria.
- **Área Motora Suplementaria:** se ubica en la circunvolución frontal medial y por delante del lobulillo paracentral. La estimulación de esta área da como resultado movimientos de las extremidades contra laterales
- **Campo Ocular Frontal:** se extiende hacia delante desde el área facial de la circunvolución precentral hasta la circunvolución frontal media. Controla los movimientos de seguimiento voluntario de los ojos y es independiente de los estímulos visuales. El seguimiento involuntario ocular de los objetos en movimiento comprende el área visual en la corteza occipital que está conectada al campo visual en la corteza occipital que está conectada al campo ocular frontal por fibras de asociación.
- **Área Motora del Lenguaje de Broca:** está ubicada en la circunvolución frontal inferior entre las ramas anterior y ascendente y las ramas ascendente y posterior de la cisura lateral. Produce la formación de palabras por sus conexiones con las áreas motoras adyacentes, músculos de la laringe, boca, lengua, etcétera.
- **Corteza Pre-frontal:** ocupa la mayor parte de las circunvoluciones frontal superior, media e inferior. Está vinculada con la constitución de la personalidad del individuo. Regula la profundidad de los sentimientos y está relacionada con la determinación de la iniciativa, el juicio del individuo, memoria a largo plazo y atención.

Área Parietal

- **Área Somatoestésica Primaria:** ocupa la circunvolución postcentral sobre la superficie lateral del hemisferio y la parte posterior del lobulillo paracentral sobre la superficie medial.

- Área Somatoestésica de Asociación: ocupa el lobulillo parietal superior que se extiende hacia la superficie medial del hemisferio. Tiene muchas conexiones con otras áreas sensitivas de la corteza.

Área Occipital

- Área Visual Primaria: ubicada en las paredes de la parte posterior del surco calcarino ocasionalmente alrededor del polo occipital. Recibe fibras que vienen de la retina. La mácula lútea, área central de la retina (área de la visión más perfecta) está representada en la corteza en la parte posterior. Las partes periféricas de la retina están representadas por el área anterior.
- Área Visual Secundaria: rodea el área visual primaria. Recibe fibras aferentes del área visual primaria y otras áreas corticales y el tálamo. La función consiste en relacionar la información visual recibida por el área visual primaria con experiencias visuales pasadas, lo que permite reconocer y apreciar lo que se está viendo.

Área Temporal

- Área Auditiva Primaria: está ubicada en la pared inferior del surco lateral, está vinculada con la recepción de sonidos de baja frecuencia mientras que la parte posterior con los de alta frecuencia.
- Área Auditiva Secundaria: ubicada detrás del área auditiva primaria. Se cree que esta área es necesaria para la interpretación de los sonidos.
- Área Sensitiva del Lenguaje de Wernicke: está ubicada en el hemisferio dominante izquierdo, principalmente en la circunvolución temporal superior. Está conectado con el área de Broca por el haz de fibras llamado fascículo arcuato. Recibe fibras de la corteza visual (occipital) y de la corteza auditiva (temporal superior). Permite la comprensión del lenguaje hablado y de la escritura.

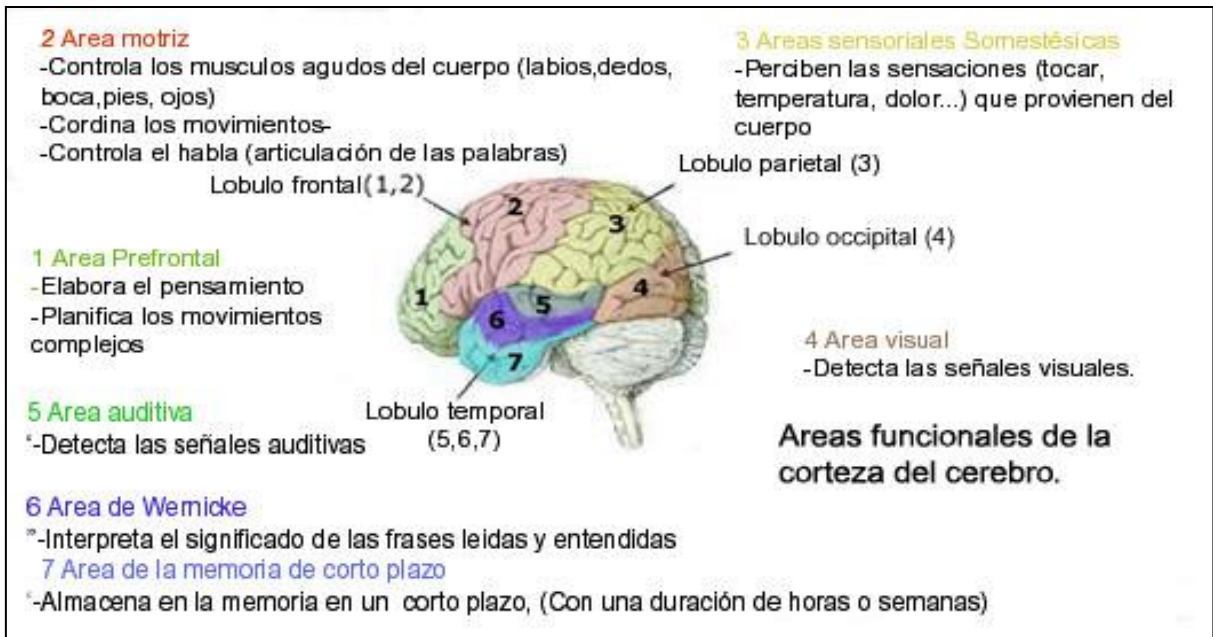


Figura 5. Áreas corticales y su función.

2. FUNCIONES COGNITIVAS

Neisser (1976) considera la cognición como el término de conocimiento y conocer. El significado de *conocer* es “captar o tener la idea de una cosa o situación, llegar a saber su naturaleza, cualidades y relaciones, mediante las facultades mentales”, el término cognición es definido como funciones o procesos que permiten la transformación de la información que se recibe constantemente.

Binotti, Spina, Barrera y Bonolo (2009) mencionan que las funciones cognitivas o intelectuales pueden ser entendidas como la capacidad de adaptación al medio o como el conjunto de competencias que permiten resolver problemas. La actividad de estas funciones cumplen un papel fundamental en el funcionamiento cognitivo ya que contribuyen a que la persona aprenda, se maneje autónomamente, tome decisiones, se proyecte, planifique, programe, entre otras habilidades importantes para el desempeño cotidiano. Correspondiendo a las estructuras mentales organizadoras que influyen en la interpretación de la información, influyendo en la configuración con la que se fija y evoca la información en la memoria de largo plazo determinando en parte la respuesta conductual.

Tapia, Violeta y Luna (2008) consideran que las estructuras cognitivas son representaciones organizadas de la información almacenada, dinámica y modificable y pueden describirse como marcos conceptuales y como esquemas. Siendo así las funciones cognitivas unidades mentales o estructuras básicas que sirven de soporte a todas las operaciones mentales para adquirir y procesar información y, en consecuencia para dar respuesta a las demandas del ambiente.

Estas funciones se dividen en tres categorías: a) funciones cognitivas de entrada, las cuales son utilizadas en el proceso de búsqueda de información; b) las funciones de elaboración, utilizadas en el procesamiento de la

información; c) funciones cognitivas de salida, que son utilizadas para expresar la respuesta o resultado del acto mental.

Estas también conocidas como funciones ejecutivas (término más utilizado por Fuster basándose en el modelo neurológico que publicó, citado en Tirapa, Muñoz & Pelegrín, 2002), la teoría general de Fuster se centra sobre el córtex prefrontal que consideró a éste como fundamental en la estructura temporal de la conducta, dicha estructuración se lleva a término mediante la coordinación de tres funciones sometidas: a) función retrospectiva de memoria a corto plazo provisional; b) función prospectiva de planificación de la conducta; y c) funciones internas y externas capaces de interferir en la formación de patrones de conducta.

Anatómicamente, las funciones ejecutivas dependen de un sistema neuronal en el cual los lóbulos frontales específicamente hablando de las regiones prefrontales son su principal sustrato anatómico y son los encargados de coordinar la información precedente del resto de las estructuras cerebrales con el objetivo de dirigir conductas específicas. Alexander (1990, citado en Tirapu-Ustárróz y cols, 2008) describe la existencia de cinco áreas frontosubcorticales organizadas en forma paralela, desde un punto funcional y estructural tres de estas áreas son importantes para el control de las funciones ejecutivas; el prefrontal dorsolateral que se encarga de la conducta ejecutiva; el orbitofrontal quien interviene en la conducta social y el cingulado anterior que es parte de los aspectos motivacionales. Estas estructuras y funciones dependerán en gran medida de la plasticidad neuronal que el individuo posee, es decir, el funcionamiento ejecutivo de dichos subcomponentes se combinarán de múltiples maneras en diferentes situaciones (figura 6).

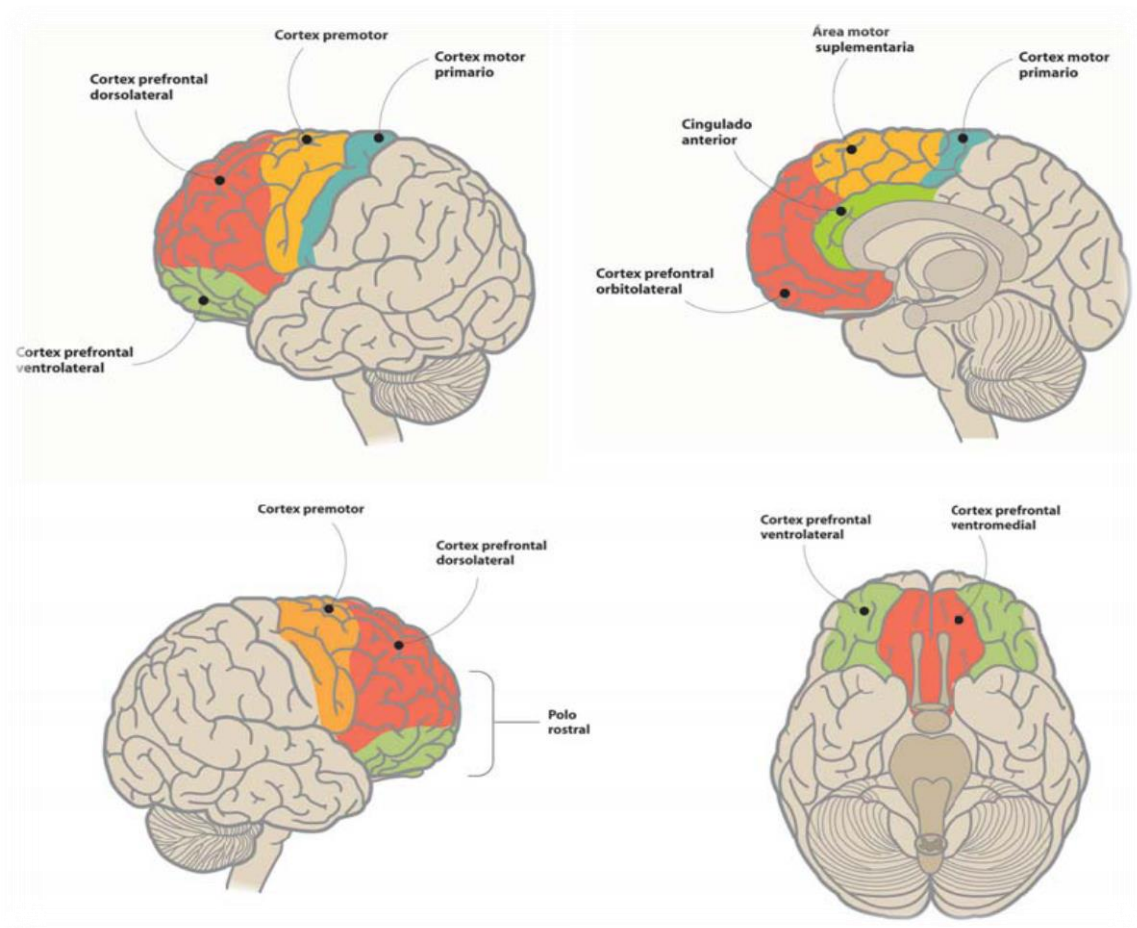


Figura 6. Subregiones del corte pre frontal

Sánchez (1989), Martínez (1995) y Soprano (2003) afirman que el procesamiento de la información en la mente humana fluye a través de un sistema cognitivo, el cual se constituye de cuatro componentes básicos principales: atención, sensación, percepción y memoria. Dichos procesos se componen de elementos cognitivos interrelacionados entre sí que actúan conjuntamente para formar operaciones mentales más complejas. Así, una función cognitiva es una unidad de funcionamiento mental que se puede unir o complementar con otras para formar una unidad de orden superior de manera que un proceso cognitivo se puede estudiar desde sus unidades más básicas (funciones cognitivas) o procesos más elaborados.

Dicho de otra manera las funciones ejecutivas son un conjunto de habilidades cognitivas que permiten el establecimiento de metas, diseño de planes y programas, inicio de actividades, operaciones mentales, autorregulación de tareas, selección de conductas, flexibilidad de trabajo cognitivo, organización

del tiempo, espacio, y resolución de problemas. Cada una de estas habilidades dependerá de numerosos factores; naturaleza de la tarea cognitiva, nivel académico, ocupación, destreza y demandas de tareas simultáneas, es decir, las funciones ejecutivas son un conjunto de factores organizados y ordenados subyacentes a las actividades cognoscitivas (Pineda, 2000).

En el envejecimiento se produce un deterioro en las funciones ejecutivas que se revelan en una disminución de la plasticidad neuronal y por consiguiente de los procesos cognitivos y emocionales. Uno de los deterioros más evidentes en los humanos se encuentra en la memoria de evocación, manteniéndose bastante conservada la memoria procedural, los cambios cognitivos están relacionados con la declinación del sistema de proyección dopaminérgica a la corteza prefrontal involucrado en la representación, mantenimiento y evocación de la información contextual, además de que en la vejez las lesiones prefrontales son muy comunes, así como una dificultad en la recuperación del ordenamiento temporal de los recuerdos (Bentalosa & Mustaca, 2005).

Funciones básicas hasta ahora conocidas son:

Memoria

La memoria se define como la función cognitiva en donde los sucesos pasados se almacenan en nuestra mente de manera que afectan las funciones futuras, entonces interfieren en la experiencia que afecta nuestro cerebro alterando subsiguientemente sus respuestas. Este concepto de memoria se define como el sistema que mantiene y manipula la información temporal, por lo que es la que más interviene y la más importante en la comprensión del lenguaje, la lectura, el razonamiento, etcétera. Así, la memoria es la función cognitiva que nos permite retener sucesos e información vivida con anterioridad, para después reutilizarla afectando nuestras respuestas a nuevas experiencias las cuales a su vez irán formando parte del repertorio de la memoria. Dichas experiencias tendrán un alcance temporal diferente, es decir, algunas perdurarán en la memoria más tiempo que otras. De esta manera se divide en: memoria inmediata, memoria a largo plazo y memoria a corto plazo (Tirapu,

Muñoz & Pelegrin, 2002; Jodar, 2004; Flores & Colom, 2001; Tirapu & Muñoz, 2005).

- Memoria inmediata o sensorial: es de carácter automático, se encarga de registrar la información que obtenemos del ambiente externo y la mantiene durante un período muy breve de tiempo de manera que el receptor puede ir dándole un sentido a la información que recibe.
- Memoria a corto plazo: esta, puede definirse como un conjunto de almacenamiento temporal de la información. En esta memoria se almacena la información por un periodo corto de tiempo, así mismo, la capacidad de la memoria a corto plazo suele ser limitada.
- Memoria a largo plazo: está es la que retiene información que se almacena durante períodos considerables de tiempo.

Esta información almacenada no es siempre accesible, existen ocasiones que no somos capaces de recordarla pero no significa que se haya borrado, sino que no puede actualizarse a causa de alguna inhibición, sin embargo hay ciertas claves que nos sirven para recuperarla, a esto se le llama mecanismo de recuperación. Una de las tantas regiones cerebrales que está involucrada con la memoria es la ventrolateral medial, esta área está encargada del mantenimiento de la información, así como de la codificación explícita de la memoria a largo plazo, las áreas prefrontales están relacionadas con la memoria de trabajo espacial y se conectan con porciones del lóbulo parietal posterior, mientras que la memoria de trabajo está relacionada con el lóbulo temporal, se ha considerado que la memoria tiene una ubicación específica en el cerebro y está se encuentra en la corteza prefrontal (memoria explícita), y en el hipocampo se almacena la memoria de largo plazo, los recuerdos se almacenan en diferentes zonas del cerebro y estas corresponden a los sentidos con los que se relacionan y finalmente la memoria explícita se almacena en el cerebelo, la amígdala y el cuerpo estriado (figura 7) (Amador, Forns & Kirchner, s/f) (figura 7).

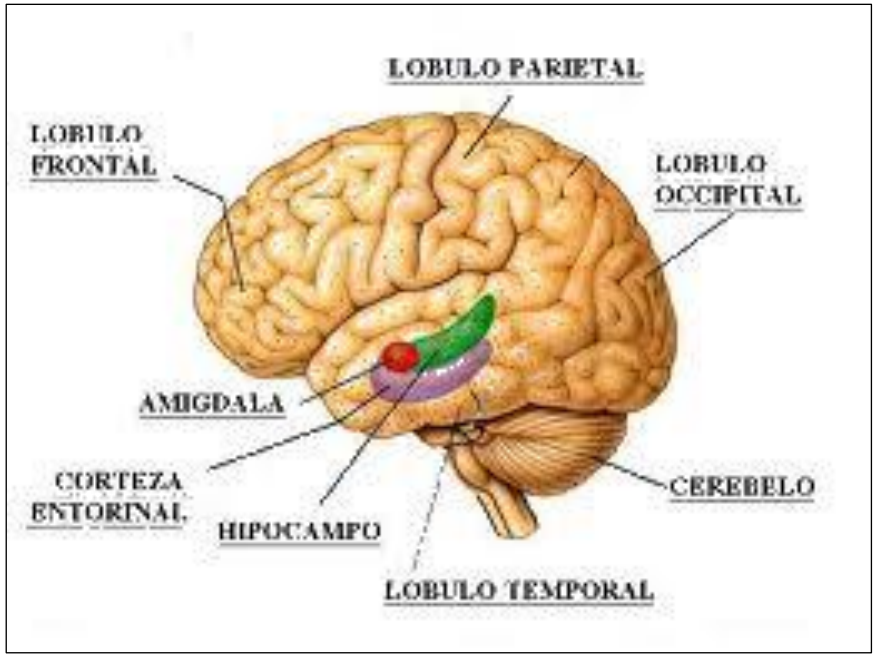


Figura 7. Regiones del cerebro que están involucradas con la memoria.

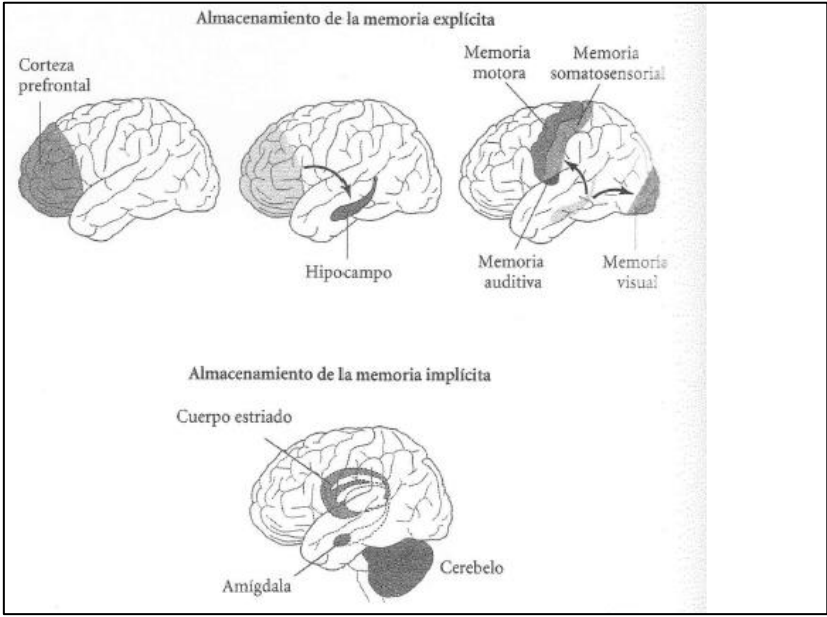


Figura 8. Almacenamiento de memoria explícita e implícita.

Atención

La atención es una función cognitiva que permite que nos centremos en un determinado estímulo o información relevante. Está se dedica a regular el flujo de información y puede ser consciente o inconsciente (Estévez-González; García-Sánchez & Junque, 1997; Tudela, 2001):

- La atención consciente se refiere a la atención limitada. A su vez, ésta se divide en:
 - Atención focalizada: implica concentrarse en un determinado estímulo.
 - Atención selectiva: requiere la concentración en un estímulo o información mientras se inhiben las respuestas a otros estímulos distractores.
 - La atención mantenida o sostenida: Consiste en la persistencia y el mantenimiento de la atención durante la ejecución de una tarea.

La atención inconsciente se refiere a las situaciones que son fondo, es decir, la atención no se está concentrando conscientemente en estas situaciones, pero sí son parte de las percepciones. Es así que la atención se entiende como una estructura multidimensional, la cual propicia que se generen procesos como: la exclusión de estímulos secundarios, la atención sostenida, la atención dividida, la inhibición de la acción impulsiva, y la selección y supervisión de respuesta.

Sensación.

La sensación es la función cognitiva básica que capta la información física del exterior y la transforma en información nerviosa. Las sensaciones son la respuesta directa e inmediata a una estimulación de los órganos sensoriales (oído, nariz, lengua, ojos y piel), es decir, se entiende como el estímulo físico que llega a los receptores sensitivos del organismo ya sea en forma de imágenes, sonido, aroma, etcétera (Fernández, 2004; Fernández, 2001).

Es importante tener en cuenta que las sensaciones no sólo se reciben a través de los cinco sentidos, sino que también dependen de la cantidad de estímulo y de su naturaleza diferencial. Al hablar de naturaleza diferencial se habla de las

características de los estímulos que nos permiten distinguirlos del resto. Anatómicamente hablando estos órganos sensoriales se encuentran en zonas determinadas del cerebro llamadas áreas sensoriales primarias, cada modalidad sensorial posee su propio territorio cortical (Valverde, 2006) (figura 9).



Figura 9. Áreas sensoriales primarias (ubicación de los órganos sensoriales)

La capacidad sensitiva de cada individuo será definida por los umbrales de percepción, es decir, la intensidad del estímulo a partir del cual percibiremos la sensación. Los umbrales se dividen en tres: máximo, mínimo y diferencial:

- Umbral mínimo: se refiere al nivel mínimo a partir del cual un individuo puede experimentar una sensación. Es la barrera que separa los estímulos que son detectados de los que no.
- Umbral máximo: se refiere al nivel máximo en el que un individuo es capaz de percibir un estímulo, así cuando la sensación experimentada por el individuo es tan fuerte que no es percibida de forma completa.
- Umbral diferencial: este se refiere a la diferencia mínima que se puede detectar entre dos estímulos. Es decir, que cuanto más fuerte sea el estímulo inicial, mayor será la intensidad adicional requerida para que el segundo estímulo se perciba como diferente.

La diferencia en los umbrales de cada persona suele ser diferente, incluso cuando no se ha perdido ninguno de los otros sentidos, hay personas que suelen ser muy sensibles a algunos olores, hay otras que tal vez ni siquiera noten el olor que uno percibe. A partir de estas definiciones podemos inferir que aunque los estímulos sensoriales pueden ser los mismos para todas las personas, cada una de ellas tendrá una percepción diferente.

Percepción

Éste fenómeno de interpretación subjetiva nos lleva a concebir la percepción como el resultado de dos tipos de elementos (Roca, 1990; Rivas, 2008):

- Las sensaciones; entendida con el estímulo objetivo proveniente del exterior.
- Los estímulos internos que provienen del individuo, como son las necesidades, motivaciones y experiencia previa, que propiciarán que cada elemento objetivo esté cargado de interpretaciones subjetivas para cada individuo, es decir, cada individuo proporcionará una elaboración psicológica distinta de cada uno de los estímulos externos

De esa manera se entiende que la sensación se vuelve en percepción cuando tiene un significado para el individuo, entonces la percepción aumenta o se fortalece conforme se enriquece la experiencia. Por lo tanto la percepción se define como la función cognitiva que se encarga de percibir las sensaciones y proporcionarles una representación mental. Esta función se encarga de seleccionar, organizar e interpretar las sensaciones, así, la percepción inicia en los receptores sensoriales y culmina con la integración de las sensaciones que el cerebro hace a partir de procesos internos (Papalia, 2001).

Estas funciones cognitivas (atención, sensación, percepción y memoria) son considerados pre-requisitos para la adquisición de mecanismos más elaborados y específicos. Así, podemos concluir que dichas funciones cognitivas, no se dan de forma aislada sino que son parte de un continuo en el que se interrelacionan, y es ese engranaje el que da pie a procesos más elaborados como son los

operaciones mentales y dan paso a operaciones más específicas como son procesos de análisis (Papalia & Wendkos 1993).

El conocimiento de la realidad requiere de operaciones mentales más simples (percibir, recordar, prestar atención) o más complejas (comprender, transmitir, reflexionar), y es posible a través de las funciones cognitivas producir una representación mental que nos permite evocar un objeto o situación que no está presente. El sistema mental funciona basándose en representaciones internas de conocimientos, entidades simbólicas que reciben diferentes nombres: plan, guión, esquema.

Es muy importante aclarar que las funciones ejecutivas tienen sus bases neuronales en los lóbulos frontales y su estudio nació de la observación de los cambios conductuales en pacientes con lesiones en esta área (Stuss & Bizon, 1986).

2.1 Deterioro de las funciones cognitivas

Aunque el desarrollo de las funciones cognitivas sea adaptativo en ocasiones existe o se produce un deterioro cognitivo, ya sea por accidente o por envejecimiento y es caracterizado por bajo rendimiento en algunos aspectos intelectuales como son; memoria, atención, lenguaje, praxias, percepción y función ejecutiva (forman parte de las funciones cognitivas más complejas y manifiestan cambios en el envejecimiento). El deterioro cognitivo también puede ocasionar déficit cognitivo como: dificultades en la planificación, el razonamiento abstracto, resolución de problemas, formación de conceptos y el ordenamiento temporal de los estímulos; la atención, el aprendizaje asociativo, proceso de búsqueda en la memoria, mantenimiento de la información de la misma; alteración de habilidades motoras, alteración de imágenes, manipulación de las propiedades espaciales de un estímulo (en la metacognición y en la cognición social) (Tirapu, García, Luna, Roig & Pelegrín, 2008; Pinto, 2007).

Las funciones cognitivas son las habilidades más sensibles al proceso de envejecimiento y sufren un deterioro con la edad, en ellas se observa una vulnerabilidad especial del lóbulo prefrontal, junto con el deterioro específico de ciertos procesos cognitivos. Al lóbulo frontal se le ha asociado principalmente al funcionamiento de las funciones ejecutivas, ya que se desarrolla a la par con éstas, como consecuencia el proceso de los lóbulos frontales sufren cambios y una reducción en el número de neuronas y en su funcionamiento (Dempster, 1992; Rosselli, Jurado & Matute, 2008).

Hablando en un contexto más clínico a este deterioro se le conoce como el síndrome des ejecutivo (SD) para definir una serie de alteraciones cognitivo-conductuales y que comprende los siguientes elementos (Muñoz & Tirapu, 2004):

1. Dificultad para centrarse en una tarea y finalizarla.
2. Presencia de un comportamiento rígido, perseverante, a veces con conductas estereotipadas.

3. Dificultades en el establecimiento de nuevos repertorios conductuales y con una discapacidad para utilizar estrategias operativas.
4. Limitaciones en la productividad y la creatividad con falta de flexibilidad cognitiva.
5. Incapacidad en la abstracción y dificultades para anticipar las consecuencias de su comportamiento.

Generalmente este deterioro está acompañado de enfermedades crónico degenerativas. La valoración cognitiva del individuo en el ámbito geriátrico ayudará a determinar si se encuentra ante una demencia o un deterioro cognitivo secundario u otra situación patológica (Hanao & cols, 2010; Pinto, 2007; Binotti, Spina, Barrera & Bonolo, 2009).

2.2 Enfermedades crónicas degenerativas

La estructura poblacional de México en relación a enfermedades ha cambiado en los últimos 25 años debido al descenso en los niveles de la mortalidad y éste se ha subdividido en dos grupos: las dependientes de la edad y las relacionadas con la edad; las primeras son aquellas cuya patogénesis está relacionada con el proceso de envejecimiento; destacan entre ellas las cerebrovasculares, la enfermedad de Alzheimer, el Parkinson y la osteoporosis, entre otras. El riesgo de padecerlas se incrementa directamente con la edad, y se observa una incidencia mayor en mujeres debido a su longevidad. Dentro de las enfermedades relacionadas con la edad están las neurológicas (neurodegenerativas), la esclerosis múltiple, la esquizofrenia y otras como la úlcera péptica, la gota, la colitis ulcerativa y las hemorroides (crónico-degenerativas) (Castro, Gómez, Negrete & Tapia, 1996).

Los cambios en el estilo de vida de la población han contribuido también a que las enfermedades crónico-degenerativas constituyan actualmente una de las principales preocupaciones a nivel salud, se viven cambios fundamentales dentro de las causas de muerte; de hecho han disminuido notablemente los decesos por enfermedades infecciosas y parasitarias. Se han incrementado aquellos por enfermedades crónico-degenerativas que implican la pérdida gradual y progresiva de diferentes capacidades y funciones orgánicas (Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C, 2009;(Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, 2007; Reyes, Garrido, Torres & Ortega, 2010).

En medicina, se llama enfermedad crónica a aquellas enfermedades de larga duración cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica. Las enfermedades crónicas no se distribuyen al azar sino que se ven frecuentemente en determinadas personas, familias y comunidades, tanto por causas genéticas mal comprendidas como por efecto del contexto. Se entienden también como aquellas enfermedades de alta prevalencia (Castañeda, 2006).

Para fines sólo se hará énfasis en las enfermedades de carácter neurodegenerativo (EN). A lo largo de 25 años se han investigado estas enfermedades y hoy se sabe que son la consecuencia de anomalías en el proceso de ciertas proteínas que interviene en el ciclo celular, lo que da lugar al acumulado de las mismas en las neuronas o en sus proximidades, disminuyendo o anulando sus funciones, las EN son enfermedades crónicas y progresivas y están caracterizados por pérdidas selectivas y simétricas de neuronas en los sistemas motor y cognitivo (Segovia & Mora, 2002).

El principal factor para que se desarrollen estas enfermedades es el incremento de la edad, además de que su clasificación actual está basada en la zona de la lesión cerebral, esta zona se localiza en el sistema nervioso central donde la afección actúa sobre los ganglios basales, corteza cerebral, tronco encéfalo, cerebelo, o medula espinal. La pérdida de neuronas es constante a lo largo de la enfermedad, sin embargo esta pérdida es gradual y no provoca la muerte instantáneamente, lo que es cierto es que favorece las enfermedades intercurrentes que pueden promover una muerte más precoz (Rodríguez, 2004).

El sistema nervioso central tiene un papel muy importante pues es gracias a su funcionamiento que el hombre tiene conciencia de su ambiente, comprende y asigna un significado a lo que contempla y aprende, manipula y abstrae de un modo sumamente eficiente. El sistema nervioso está constituido por neuronas individuales las que se comunican entre sí a través de contactos funcionales llamados sinapsis (Sánchez, 2003; Gershon, 1998).

La célula nerviosa (neurona) tiene dos funciones principales, la propagación del potencial de acción (impulso o señal nerviosa) a través del axón y su transmisión a otras neuronas o a células efectoras para inducir una respuesta. La neurotransmisión (NT) puede aumentar o disminuir para generar una función o para responder a los cambios fisiológicos. Muchos trastornos neurológicos y psiquiátricos son debidos a un aumento o disminución de la actividad de determinados NT y muchas drogas pueden modificarla. Un

neurotransmisor (NT) es una sustancia química liberada selectivamente de una terminación nerviosa por la acción de una proteína Amiloíde (PA), que interacciona con un receptor específico en una estructura adyacente y que si se recibe en cantidad suficiente produce una determinada respuesta fisiológica. Para constituir un NT una sustancia química debe estar presente en la terminación nerviosa ser liberada por un PA y cuando se une al receptor producir siempre el mismo efecto. Existen muchas moléculas que actúan como NT y se conocen al menos 18 NT mayores varios de los cuales actúan de formas ligeramente distintas, a continuación se presentan solo algunos de ellos (Kalat, 2004; Black, 1998; Guyton & Hall, 1998) (cuadro 1).

Neurotransmisor	Localización	Función
Transmisores pequeños		
Acetilcolina	Sinapsis con músculos y glándulas; muchas partes del sistema nervioso central (SNC)	Excitatorio o inhibitorio Envuelto en la memoria
Aminas Serotonina	Varias regiones del SNC	Mayormente inhibitorio; sueño, envuelto en estados de ánimo y emociones
Histamina	Encéfalo	Mayormente excitatorio; envuelto en emociones, regulación de la temperatura y balance de agua
Dopamina	Encéfalo; sistema nervioso autónomo (SNA)	Mayormente inhibitorio; envuelto en emociones/ánimo; regulación del control motor
Epinefrina	Áreas del SNC y división simpática del SNA	Excitatorio o inhibitorio; hormona cuando es producido por la glándula adrenal
Norepinefrina	Áreas del SNC y división simpática del SNA	Excitatorio o inhibitorio; regula efectores simpáticos; en el encéfalo envuelve respuestas emocionales

Aminoácidos Glutamato	SNC	El neurotransmisor excitatorio más abundante (75%) del SNC
GABA	Encéfalo	El neurotransmisor inhibitorio más abundante del encéfalo
Glicina	Médula espinal	El neurotransmisor inhibitorio más común de la médula espinal
Otras moléculas pequeñas Óxido nítrico	Incierto	Pudiera ser una señal de la membrana postsináptica para la presináptica
Transmisores grandes		
Neuropéptidos Péptido vaso-activo intestinal	Encéfalo; algunas fibras del SNA y sensoriales, retina, tracto gastrointestinal	Función en el SN Incierta
Colecistoquinina	Encéfalo; retina	Función en el SN incierta
Sustancia P	Encéfalo; médula espinal, rutas sensoriales de dolor, tracto gastrointestinal	Mayormente excitatorio; sensaciones de dolor
Encefalinas	Varias regiones del SNC; retina; tracto intestinal	Mayormente inhibitorias; actúan como opiáceos para bloquear el dolor
Endorfinas	Varias regiones del SNC; retina; tracto intestinal	Mayormente inhibitorias; actúan como opiáceos para bloquear el dolor

Cuadro 1. Neurotransmisores y sus características principales.

León (1995) menciona que los deterioros cognitivos son muy visibles y además responden muy mal a los tratamientos, los trastornos degenerativos pueden acabar en demencias, aunque no toda demencia implica necesariamente un trastorno degenerativo, ya que algunas son generadas por secuelas de un accidente traumático en el cerebro y puede quedarse ahí y no progresar.

Una demencia es un declinar de la capacidad intelectual que se asocia principalmente a alteraciones de la memoria, el razonamiento, la orientación y la afectividad. Dichas demencias tienen su localización en la parte cortical, subcortical o axial del cerebro, actualmente se conocen mas de 100 enfermedades neurodegenerativas aunque las más conocidas son aquellas que se relacionan con la pérdida neurológica causando la pérdida progresiva y lenta de neuronas, las que más se han investigado son; Alzheimer, degeneración carticobasal, demencia frontotemporal, enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson, parálisis supranuclear progresiva y atrofia multisistémica.

2.3 Demencias (tipo Alzheimer)

Rosselli y Jurado (2012) mencionan que la demencia es un trastorno neurológico con manifestaciones neuropsicológicas y neuropsiquiátricas que se caracteriza por un deterioro de las funciones cognoscitivas y por la presencia de cambios emocionales y comportamentales. Es importante aclarar que no toda persona que sufra un deterioro cognitivo puede ser considerado como demencia ya que debe afectar la actividad diaria, además de afectar a la mayoría de las habilidades intelectivas y funciones corticales superiores, originando la desaparición socio-laboral o socio-familiar generando la desintegración de su entorno (Gil & Sánchez, 2004) .

La etiología más frecuente e importante de demencia es la enfermedad de Alzheimer (EA), que es una patología compleja que causa una pérdida considerable de neuronas y aparición de lesiones cerebrales, medicamente se cree que es una enfermedad hereditaria. Dicho padecimiento se expresa como una demencia de comienzo insidioso y con un curso lento progresivo, inicialmente se destacan las pérdidas de memoria y juicio; después se agregan las pérdidas del lenguaje, habilidades motoras, desorientación y finalmente el individuo termina postrado y siendo totalmente dependiente (Donoso & Vásquez, 2002; Perea & Ardila, 2005; Slachevsky & Oyarzo,2008).

La EA es un trastorno neurológico que provoca la muerte de las células nerviosas del cerebro. Por lo general la EA comienza paulatinamente y sus primeros síntomas pueden atribuirse a la vejez o al olvido común. A medida en que avanza la enfermedad se van deteriorando las capacidades cognitivas, entre ellas la capacidad para tomar decisiones y llevar a cabo las tareas cotidianas y pueden surgir modificaciones de la personalidad, así como conductas problemáticas. En sus etapas avanzadas la EA conduce a la demencia y finalmente a la muerte (Romano, Nissen & Huerto, 2007).

La EA es el trastorno neurodegenerativo más común y actualmente se estima que más de 35 millones de personas en el mundo están afectadas. La prevalencia de la demencia varía según la región, siendo mayor en los países desarrollados de América del Norte y Europa occidental seguida por los países en desarrollo en Asia y América Latina, siguiendo esta línea se estima que en el 2050 habrá aproximadamente unos 150 millones de personas con Alzheimer, tomando en cuenta la inversión de la pirámide poblacional actual (figura 10). En la actualidad afecta aproximadamente a 5 millones de personas y causa más de 100.000 muertes al año (Lopera, 2012).



Figura 10. Estimación de la población que puede padecer Alzheimer con referencia a su tipo de ingreso económico.

En México hay más de 10 millones de adultos mayores entre los cuales más de 750 mil personas son víctimas de algún tipo de demencia, siendo la más frecuente el Alzheimer. Guillermo Albert Meza, neurólogo y miembro de la Academia Mexicana de Neurología dice que uno de los problemas a los que nos enfrentaremos en poco tiempo es que “para 2050 habrá más ancianos que jóvenes, en una relación de 129 por cada 100. Y se estima que 30% de las personas mayores de 80 años sufran un tipo de demencia (82%). Por ello, habrá más personas enfermas y menos personas que puedan cuidar a esos pacientes” (Prince & Jackson, 2009; Sosa & Acosta, s/f).

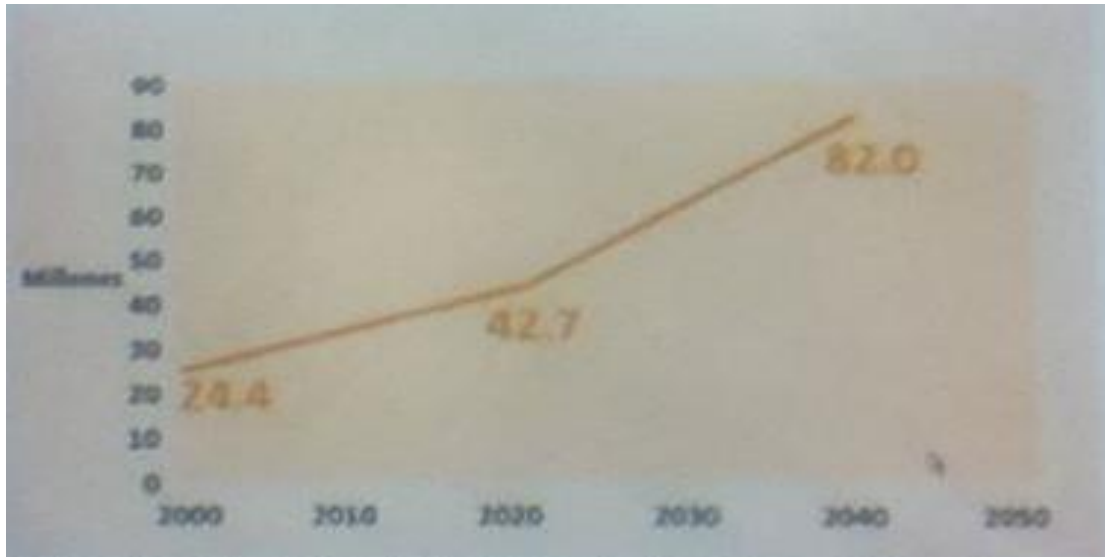


Figura 11. Estimación de personas con demencia, ADI 2005.

Por su parte Ana Luisa Sosa, jefa del Laboratorio de Demencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, asegura: “Las demencias son la primera causa de discapacidad en el adulto mayor, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) las ha ubicado como un problema de salud pública que demanda atención prioritaria”. El porcentaje de la población actual afectada por esta enfermedad oscila entre el 7.5 y el 7.9% de este grupo étnico. A nivel mundial su prevalencia general en mayores de 65 años que viven en comunidad oscila entre 6 y 10% misma que va de 51 a los 60 años y aumenta en forma progresiva cada cinco años hasta alcanzar 35 a 40% en mayores de 85 años. Aunque la mayoría de los casos se presentan de manera tardía, es decir, después de los 60 años alrededor del 10% tiene un inicio temprano (entre los 40 y 60 años), pero hay casos mínimos no registrados de personas menores de 50 años incluso más jóvenes, por debajo de los 40 años a los que se les ha diagnosticado Alzheimer. (Villalpando, 2006).

Existen dos tipos de Alzheimer; el familiar que son las variedades tempranas y las de inicio tardío. Hombres y mujeres en las familias de inicio temprano tienen un riesgo equivalente de demencia, la EA de inicio tardío en algunas familias puede ser transmitida como un rasgo dominante, mientras que en otras puede

ser causada por otros factores ambientales, genéticos o mixtos. La herencia mendeliana es más comúnmente relacionada con la aparición temprana de la EA familiar que con la variedad de aparición tardía (Farrer & cols, 1990).

En el EA los síntomas se dividen en tres etapas;

- *Primera*: se caracteriza por pérdidas graduales de memoria y atención, alteraciones en el reconocimiento de personas o lugares y de seguir un itinerario y desorientación en tiempo y espacio.
- *Segunda*: fuerte deterioro del lenguaje que se acompañan de afasia, apraxia, agnosia y alteraciones de la percepción visual espacial. Movimientos torpes y desorganizados e interrupción de la capacidad para reconocer estímulos previamente aprendidos o nuevos.
- *Tercero*: existe un deterioro de la personalidad con las alteraciones emocionales, inestabilidad psíquica y cambios del juicio y de la capacidad de pensamiento abstracto y puede culminar en un estado psicótico (Bernardo s/f; Peña-Casanova, 2007).

La EA afecta principalmente la corteza cerebral aunque las zonas de lesión parecen implicar selectivamente ciertas partes neuronales. En el cerebro de los pacientes aparecen dos alteraciones típicas de esta enfermedad: las placas seniles que consisten en un conjunto de ramificaciones o brazos deformados de las células del cerebro que rodean un núcleo de proteínas aglomeradas, y las marañas neurofibrilares que son depósitos anormales de una proteína que se ensambla formando filamentos helicoidales. Estas alteraciones ocurren en estructuras que están conectadas con la corteza cerebral en regiones encargadas de controlar procesos como la atención y vigilancia y el ciclo sueño-vigilia. Además de la presencia de placas y marañas hay una pérdida neuronal masiva en las áreas del cerebro afectadas, la presencia de las placas seniles y de las marañas neurofibrilares no es exclusiva de la enfermedad de Alzheimer (Arias, 1999).

Muchos estudios realizados en torno a la EA mencionan que existe un grupo de factores de riesgo (Villalpaldo óp. Cit):

- Edad avanzada: la probabilidad de padecer EA se incrementa cada cinco años a partir de los 60 años, y la incidencia aumenta de manera progresiva después de los 75 años.
- Historia familiar: hay un incremento dos a cuatro veces mayor de desarrollar Alzheimer en aquellos sujetos con familiares que tienen EA esporádico.
- Historia de traumatismo craneoencefálico: algunos estudios sugieren que el haber presentado un trauma craneal significativo favorece el depósito de amiloide en las áreas corticales expuestas a dicho traumatismo.
- Escolaridad baja: un nivel educativo bajo se asocia con un incremento en el riesgo de desarrollar EA, al parecer porque una alta escolaridad o desempeño laboral de alta demanda incrementa la reserva cognitiva, ya sea por un aumento en las conexiones sinápticas o por un mayor desarrollo de estrategias cognitivas que pudieran compensar y no hacer evidentes alteraciones cognoscitivas incipientes.
- Factores de riesgo cardiovasculares: se ha demostrado que estos factores incrementan el riesgo de desarrollar EA, independientemente de la probabilidad de presentar eventos vasculares cerebrales, como lo son la hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hiperhomocisteinemia, tabaquismo y obesidad.
- la apolipoproteína E es una proteína que interviene en el transporte de lípidos y desempeña un papel importante a nivel cerebral. Todo individuo tiene dos copias de la misma que pueden ser de tres isoformas diferentes cada una codificada por un alelo distinto en el brazo largo del cromosoma 19: E2, ε o ε4. El alelo más frecuente en la población abierta es el ε3 (70 a 80%), seguido por el ε4 (10 a 20%) y el E2 (2 a 8%), pero el alelo Ap08-4 se encuentra sobrerrepresentado en los pacientes con Alzheimer; este alelo aumenta la vulnerabilidad del individuo de desarrollar una EA sin ser un factor causal como tal. Cuando una de las dos Ap08 del sujeto es ε4 (heterocigoto), el riesgo de EA se incrementa al doble, pero si ambas son ε4 (homocigoto), el riesgo es 10 veces mayor al de la población normal; además se asocia con un

inicio más temprano de la EA esporádica y con una evolución más rápida con respecto a los sujetos con esta demencia, pero sin E4, se sugiere que podría actuar como un detonante, permitiendo al p-amiloidea adoptar su estructura plegada.

La p-amiloidea (PA), tienen un papel central en la fisiopatogenia de la EA. Ésta es la idea central detrás de la teoría de la cascada amiloidea, que sugiere que la producción y acumulación anormal de la pA es la lesión inicial y desencadenante de la enfermedad de Alzheimer, El péptido pA proviene de una proteína transmembrana llamada proteína precursora del amiloidea (PPA). Dicha proteína es sintetizada en el citoplasma de la neurona y se mueve a lo largo del axón, pudiendo intervenir en el transporte axonal, si bien su función es aún mal conocida. Hay tres tipos de enzimas que metabolizan a la PPA, la α , β y secretasas (Davies & Maloney, 1976; DeKosky 2003).

En el metabolismo normal de la PPA, la α -secretasa corta o divide a esta proteína a la mitad de su región transmembranal dentro de lo que sería la porción pA, evitando que se forme el β -amiloidea; en el cerebro suele haber muy poco pA y no se deposita. A diferencia de lo que sucede normalmente, en la EA se forma pA cuando la PPA es metabolizada por una vía alterna a la de la α -secretasa, llamada la vía de la β -secretasa; en ésta la PPA es clivada, no por la α sino por la β -secretasa, creando un fragmento 41orrespon de 40 o 42 aminoácidos llamado β A. Estos polímeros de pA adquieren una conformación tridimensional β -plegada, volviéndose insolubles y depositándose fuera de las neuronas a nivel cortical. Estos depósitos pueden afectar la función y sobrevivencia neuronal ya sea por un efecto citotóxico directo, al incrementar la formación de radicales libres y el estrés oxidativo a nivel local por activación microglial o alterando la homeostasis del calcio intraneuronal al activar enzimas líticas (Snowden & Neary, 2002).

Por ello al trabajar sobre los procesos de cambio y los procesos de envejecimiento a la atención de las personas con demencia se requiere una reconsideración de la forma de capacitar al personal y al trato que se le da al paciente. El personal asignado tiene que entender que la persona está pasando por una pérdida de conciencia y automatización de acciones, por ello

al trabajar con pacientes con Alzheimer es necesario entender que el tipo de respuesta es diferente al normalizado.

3. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA Y APLICACIÓN DE PRUEBAS EN PERSONAS CON DEMENCIAS TIPO ALZHEIMER.

Cuando una persona muestra un rendimiento cognitivo significativamente inferior al que habitualmente se manifiesta o existen quejas de él mismo o de familiares que son parte de la dinámica diaria del paciente, es necesario realizarse un estudio neuropsicológico para determinar la existencia o no de un deterioro cognitivo, para ello es necesario realizar una evaluación neuropsicológica (E.N) que permitirá evaluar funciones cognitivas, tales como la memoria, atención, concentración, lenguaje, etc., a través de test y escalas psicométricas, con el fin de determinar las áreas indemnes del funcionamiento intelectual y diferenciarlas de posibles alteraciones o de un descenso en el rendimiento cognitivo del paciente (Bartolomé, s/f).

En la realización de una evaluación neuropsicológica se utilizan pruebas y observaciones especialmente diseñadas para evaluar el funcionamiento en el cerebro. Estas pruebas permiten establecer grupos normativos, elaborar perfiles, escalas e índices a través de la agrupación de puntuaciones obtenidas, además de que son de gran ayuda para la delimitación del trastorno o la localización cerebral e implicación hemisférica en el proceso de deterioro (Sechrest, 1984).

Una evaluación incluye: repercusión del trastorno en la conducta, medición del déficit del conocimiento, inteligencia o capacidades intelectuales, descripción del defecto específico y las posibles relaciones entre funciones alteradas, capacidades atencionales, de lenguaje, y de memoria. Es frecuente que en una evaluación las deficiencias cognitivas se confundan con factores como la edad, el nivel educativo alto o las habilidades especiales de la persona (conocimiento de matemáticas, software, ingeniería, etc.). La valoración cognitiva siempre debe estar precedida por la historia clínica ya que los datos obtenidos en ella orientarán la exploración clínica (Del ser Quijano & Peña-Casanova, 1994; Delgado & Del ser Quijano, 1994)

Cronbach (1982) menciona que las escalas son un procedimiento sistemático para observar cierto tipo de conductas y la descripción de las mismas con la ayuda de escalas numéricas y categorías fijadas, a través de la aplicación de test se obtienen rendimientos cognitivos que se expresan en medidas cada vez más precisas, válidas y fiables, tras un intento de controlar y conocer las variables que intervienen en cada función las características de presentación de los déficits y las redes funcionales afectadas en el proceso patológico. La utilización de pruebas psicométricas en ésta área es necesaria y se entiende como aquellos test con una medida objetiva y tipificada de una muestra de la conducta que permite realizar descripciones y comparaciones de unas personas con otras o bien de características de las mismas para la evaluación y el diagnóstico elaborados mediante procedimientos estadísticos y cuyo material está estandarizado para su aplicación, corrección e interpretación. Son útiles para el estudio tanto de funciones cognitivas como emocionales (Kliegl & Baltes, 1978; Parkin, 1999).

Lo que se debe aclarar de éste tipo de pruebas es que éstos test neuropsicológicos no son capaces por sí mismos de discriminar a todos los pacientes de una determinada entidad patológica, lo que obliga a utilizar baterías que exploren varias funciones cognitivas. Una batería neuropsicológica ideal debe asumir el análisis descriptivo de todas las funciones cognitivas. Esto hace que las baterías requieran un elevado tiempo para su elaboración, lo que conlleva el agotamiento y la caída en los rendimientos del sujeto. Por otra parte, también supone una inversión elevada de tiempo por parte del explorador que en algunas situaciones e instituciones es imposible de mantener (Jin & Chen, 2001).

El uso de baterías requiere la utilización de procedimientos de medida estándar que permiten reproducir y comparar resultados. Los test y las baterías estandarizadas son particularmente útiles en las investigaciones neuropsicológicas ya que establecen una línea de base de puntuaciones y ofrecen seguridad para la persona. Sin embargo también tienen desventajas; la dificultad que implica la aplicación de baterías largas, tediosas e incluso a

pacientes con determinadas limitaciones funcionales, o grupos con un determinado nivel educacional o edad. En estos casos será preciso adaptar el test a cada individuo, teniendo en cuenta que las puntuaciones estándar también se van a ver influenciadas. Los resultados obtenidos a través de la aplicación de test y baterías neuropsicológicas deben ofrecer al investigador una absoluta confianza de los resultados y de la misma aplicación (Blesa, 1999).

Al momento de seleccionar un test se ha de considerar entre otras características las derivadas del estudio o dependientes del sujeto, además de las propiedades intrínsecas y que el instrumento posee que indican su grado de pertinencia en cada caso, como aquellas que poseen las siguientes características:

- La presentación y el formato.
- El nivel de complejidad en su elaboración, administración.
- Los sentidos que implica.
- Los criterios de valoración.
- La estandarización y adecuación al estudio.

Los aspectos relacionados con el formato, presentación y forma de aplicación de los test limitan su aplicación en algunos casos. La mayoría de los instrumentos de evaluación neuropsicológica implican la vía oral (comprensión y expresión), otros requieren la utilización de lápiz y papel en sus respuestas. Los tipos de respuesta que presentan índices de dificultad variable generalmente son organizados de menor a mayor complejidad (García-Domingo, Negredo-López & Fernández-Guinea, 2004).

El tipo de aplicación usualmente es de manera individual (sólo en casos especiales de investigación con sujetos normales la aplicación puede ser colectiva) y la metodología que se utiliza (entrevista, autoinforme, observación, recogida por otros, etc.) también han de ser tenidas en cuenta. Según Kliegl y Baltes (1987), las diferencias individuales en ancianos son mejor estudiadas si la ejecución de la tarea se realiza cerca de los límites de funcionamiento

cognitivo de la persona, es decir, a un nivel muy próximo a la máxima competencia del individuo. Se ha de considerar que la aplicación de pruebas para la población anciana es como un entretenimiento, pero no deja de producir cansancio y fluctuaciones en el nivel atencional. La apatía y la fatiga hacen que se obtengan rendimientos inferiores a los que se esperarían si la misma prueba se aplicara en otro momento. En algunos casos se puede realizar una estimación más precisa de la ejecución individual a través de la adquisición de destrezas en el laboratorio y la descomposición de tales destrezas, que mediante la evaluación estática de una sola sesión.

Para un mejor manejo de las pruebas se busca que los instrumentos utilizados se ajusten a una evaluación individualizada y minuciosa, además deben ser sencillos de aplicar, flexibles y adecuarse a las características sociales y culturales de la persona. Existen a nuestro alcance instrumentos de evaluación neuropsicológica variados, que se pueden resumir en tres grandes grupos:

- 1) Instrumentos de rastreo cognitivo
- 2) Baterías neuropsicológicas generales
- 3) Test específico de función.

En la base de todos ellos (sobre todo en los dos primeros grupos) se encuentra la necesidad de explorar y comparar los rendimientos obtenidos entre aptitudes verbales y manipulativas; funciones abstractas y viso-motrices.

No sólo se puede hablar de una prueba que esté completa o que cubra todos los perfiles necesarios, de igual manera se necesita de un profesional competente que posea habilidades de entrevista, capacidad para la apreciación de aspectos sociales, culturales, sofisticación estadística, familiaridad con los test psicométricos, amplio conocimiento del sistema nervioso humano y de sus patologías. La historia clínica médica nos sitúa en contexto y permite desarrollar hipótesis que marquen la dirección del examen y la interpretación de los datos. La evaluación se realiza de manera individual y por tanto está relacionada con las características del paciente, tomando en cuenta los aspectos particulares de cada persona. Las características demográficas, la

experiencia, el desarrollo específico y la situación física son variables que pueden afectar significativamente una evaluación.

En la Psiconeurología existe una gran variedad de pruebas de evaluación y a continuación se mencionan solo algunas de ellas:

Pruebas Neuropsicológicas	Funciones cognitivas
Test de color de STROOP	Funciones ejecutivas y atención-concentración
Wechsler memory scale II (WMS)	Memoria episódica verbal
Test de aprendizaje verbal de California.	Memoria episódica verbal
Test de aprendizaje auditivo-verbal de rey	Memoria episódica verbal (retención y evocación)
Prueba de dígitos inversos de WAIS	Memoria de trabajo
Test de orientación y amnesia de Gaveston	Atención-concentración (selección, control y vigilancia)
Prueba de rastreo o de trazo (trail making test)	Habilidades motoras Atención dividida Habilidades viso-espaciales
Prueba de las fichas (test token)	Lenguaje (comprensión y percepción)
Test de Grooved pegboard	Velocidad motora Coordinación ojo-mano

Tabla 2. Pruebas neuropsicológicas según función evaluada en EA

Test de colores de STROOP.

Es una herramienta neuropsicológica extensamente utilizada en la detección de disfunciones cerebrales que afecta a la atención selectiva y a la distracción en general. Su ejecución requiere la realización de una tarea simple (nombrar el color en que está escrita una palabra) mientras se debe impedir la intrusión de un proceso automático (la lectura de la palabra) evocado por el mismo estímulo, en otras palabras éste efecto es la consecuencia de la interferencia

entre sí de los procesos verbales y no verbales. El Efecto Stroop es como se llama a una clase de interferencia semántica producida como consecuencia de nuestra automaticidad en la lectura. Esto nos ocurre cuando el significado de la palabra interfiere en la tarea de nombrar, por ejemplo, el color de la tinta en que está escrita. Los estímulos del Stroop activan un proceso automático de respuesta verbal que interfiere con el nombramiento de los colores aprendido conscientemente, además de ser capaz incluso de localizar el hemisferio dañado y las disfunciones de tipo subcortical (García & Muñoz, 2000; Dalrymple & E Budayr 1966; Andersson & Haldrup 2003; Dalrymple & Budayr 1966; Riso, Rechea & Ponte, 1998; Salgado, & cols, 2003).

En 1935 J.R. Stroop crea el test diseñado con el objetivo de evaluar la habilidad para resistir la interferencia de tipo verbal por lo que es una buena medida de la atención selectiva. En términos básicos, evalúa la capacidad para clasificar información del entorno y reaccionar selectivamente a esa información (Bondi & Cols 2002; Douchamps, 1988).

Descripción:

- Aplicación individual. Duración 5 minutos.
- Edades entre 7-70 años
- Detección de problemas neurológicos y cerebrales y medida de la interferencia.
- La versión utilizada consta de tres láminas (100 elementos / 5 columnas). Sensible a la perseverancia perceptiva ya que exige al evaluado que suprima respuestas automáticas a favor de una respuesta específica solicitada por el evaluador.
- Medida de la atención selectiva y en segundo término de la velocidad de procesamiento
- Mide básicamente la capacidad del individuo para separar los estímulos de nombrar colores y palabras

Hay tres láminas:

- nombres de colores escritos en negro

- nombres de colores escrito en el color correspondiente
- nombres de colores con tinta de distinto Color

Material:

- Consta de tres páginas que contienen cinco columnas de 20 elementos separadas entre sí por unos tres centímetros.
- Cada uno de los elementos de la página número uno, es el nombre de los tres colores empleados en el test repetidos de manera aleatoria e impresos en tinta negra.
- La página número dos, está formada por cinco columnas de símbolos tipo “XXX” coloreados de manera aleatoria con los tres colores empleados en el test.
- Finalmente, en la página número tres aparece de nuevo el nombre de los tres colores empleados en el test pero impresos en tinta coloreada, de manera aleatoria y sin concordancia entre el nombre del color y el color de la tinta en que está impreso.

Evaluación:

- El número máximo de elementos leídos en cada página durante 45 segundos de tiempo se considera como puntuación parcial por página, obteniéndose por tanto tres puntuaciones parciales, una por cada página.
- La suma de las puntuaciones parciales de la primera y segunda página (nombres de colores impresos en tinta negra y símbolos impresos en color) constituye la primera de las puntuaciones globales, denominada Stroop1 (ST1). El ST1 valoraba por tanto la rapidez de lectura sin efecto de interferencia.
- La puntuación de la tercera de las páginas (nombres de colores impresos en tinta de color) constituye la segunda de las puntuaciones globales, denominada Stroop2 (ST2).
- El ST2 refleja por tanto el efecto de la interferencia palabra-color y permite valorar la capacidad de atención selectiva del examinado

Una de las principales desventajas de este test es que está diseñado principalmente para personas que tiene un índice de educación, por lo tanto es insuficiente y poco confiable para las personas analfabetas (Jin & Chen, 2001; 50orresp, 1999; Rueda, Tudela & Lupiáñez 2000).

WECHSLER MEMORY SCALE II (WMS).

El instrumento de medición WECHSLER MEMORY SCALE II (WMS), es desarrollada por David Wechsler en 1945, La Escala de Memoria Wechsler-III (WMS-III), tiene como propósito evaluar la capacidad de aprendizaje, memoria y memoria de trabajo, así como también es utilizada en la evaluación de condiciones con bases neurológicas. Cuando la WMS-III se utiliza en conjunto a la WAIS-III, pueden observarse comparaciones significativas entre las habilidades intelectuales y el funcionamiento de la memoria. La población a la cual va dirigida se encuentra en el rango de los 16 a los 89 años de edad. El tiempo de exanimación requerida, es aproximadamente de 30 a 35 minutos, se estima de 25 a 30 minutos entre pruebas y de 15 a 20 minutos para pruebas opcionales. La forma de empleo del examen es verbal y en algunas subpruebas requiere de algunos materiales como tableros, bloques, libros de láminas, etc. Las respuestas del examinado son codificadas en una hoja estandarizada de respuestas con puntuaciones específicas por subpruebas (Herrans, 2006; Price, Tulskey, Millis & Weiss, 2002).

Material:

- Presentación y repetición de 24 figuras.
- Diseño de un recuerdo inmediato
- Secuencia de una serie de 12 figuras
- Lamina con 10 cuadros negros
- Reconocimiento de las figuras.

Evaluación:

Esta incluye, subpruebas y puntuaciones compuestas que buscan medir las funciones de la memoria y la atención usando estímulos visuales y estímulos auditivos. Está compuesta de ocho índices principales de puntuaciones. Posee

tres índices de puntuaciones globales que son memoria inmediata, memoria general y memoria de trabajo. Contiene cinco índices adicionales de puntuaciones y estos son; memoria auditiva inmediata, memoria visual inmediata, retraso de memoria auditiva, retraso de memoria visual y reconocimiento auditivo.

Cada índice recibe la contribución de las diferentes subpruebas. Las subpruebas que contribuyen a las puntuaciones de los índices auditivos, envuelven estímulos auditivos provenientes de información verbal. La sumatoria de las subpruebas memoria lógica I y de asociaciones verbales de pares I contribuyen al índice de memoria auditiva inmediata. Las subpruebas de memoria lógica II y asociaciones verbales de pares II, contribuyen a los índices de retraso de memoria auditiva y reconocimiento auditivo. La sumatoria de las subpruebas rostro I y retrato de familia I, aportan al índice de memoria visual inmediata. La sumatoria de las subpruebas rostro II y retrato de familia II, contribuyen al índice de retraso de memoria visual. Las subpruebas secuencia de dígito y letras y lapso de visión espacial aportan al índice de memoria de trabajo. Hay dos subpruebas que son opcionales en la WMS-III, estas son información y orientación y control mental, estas no están incorporadas a ningún índice. La WMS-III, produce dos puntuaciones globales de la memoria, un Índice de memoria inmediata (IMI) y un índice general de la memoria (GMI). De estas es el GMI según el manual, resulta ser la mejor medida general de los distintos tipos de habilidades que son necesarias para la efectividad de la memoria en el desempeño de las tareas del día a día (Báez, Cabiya & Margarida, 1995; Lange, Iverson, Sullivan & Anderson, 2006).

Test de aprendizaje verbal de California.

El objetivo del test de aprendizaje verbal de California es obtener información acerca de varios componentes del aprendizaje verbal y la memoria. Se evalúa cómo el sujeto resuelve una tarea de aprendizaje, qué estrategias usan, qué procesos se emplean y qué tipo de errores se cometen. Consta de dos listas de palabras y se realizan distintas tareas de recuerdo inmediato, libre, a corto y a largo plazo, con claves semánticas (a corto y a largo plazo) y de reconocimiento. De todos los índices que se pueden calcular, los que se han

utilizado más frecuentemente en las investigaciones con este test para detectar simulación han sido (Delis, Kramer, Kaplan y Ober, 1987);

- Número de aciertos en la fase de reconocimiento, Índice de discriminación que permite ver la habilidad del sujeto para distinguir los verdaderos positivos de los falsos positivos; es decir, nos da información de hasta qué punto el paciente ha aprendido a discriminar las palabras de la lista A de cualquier otra palabra. Un número elevado de falsos positivos, nos indicaría que el sujeto no ha aprendido a discriminar.
- Curva de aprendizaje: se evalúa la progresión del aprendizaje, es decir, la cantidad relativa de palabras que el paciente ha repetido en cada uno de los cinco ensayos de aprendizaje de la lista A, es decir, si recuerda más con la ayuda de las claves semánticas o no.

Los índices más utilizados para las investigaciones son los dos primeros: el número de aciertos en la prueba de reconocimiento y el índice de discriminación. Parece que hay evidencia de que el segundo es más sensible a la hora de detectar simulación, ya que una puntuación baja en este índice puede deberse a distintos estilos de respuesta: una tasa baja de aciertos, una tasa alta de falsos positivos o una combinación de los dos fenómenos; por tanto, parece que manipular este índice debería ser más difícil ya que requiere el cálculo simultáneo del número de aciertos y de los falsos positivos. Sin embargo, éste índice se ve más afectado a su vez por el sesgo de respuesta (la tendencia a decir que sí o a decir que no).

Test de aprendizaje auditivo- verbal de rey.

El test de aprendizaje Auditivo-Verbal fue desarrollado por André Rey (1964) (o también conocido como Rey Auditory Verbal and Visual Design Learning Test), en el se analiza la retención, evocación inmediata, el aprendizaje verbal de una lista de palabras, y la cantidad de ítems que el sujeto recuerda después de una interferencia no amnésica. Su función consiste en la presentación auditiva de una lista de 15 palabras durante 5 ensayos, después de cada presentación se pide al participante que trate de recordar las palabras en el

orden que quiera, posteriormente se le presenta una nueva lista con 15 palabras una única vez y se le pide su recuerdo libre. Tras este ensayo, se solicita nuevamente que recuerde la primera lista de palabras y se observa la influencia de la segunda lista sobre el mismo, la retención a largo plazo de la primera lista se puede examinar después de un periodo de 20 o 30 minutos. Finalmente se evalúa el reconocimiento (Perea, M,V.,Ladera, V & Morales, F, 200).

Material y aplicación:

La lista de palabras debe leerse a una velocidad de una por segundo después de dar las siguientes instrucciones:

“le voy a leer una lista de palabras. Escuche atentamente y cuando termine tiene que decir tantas palabras como pueda recordar, no importa en qué orden las diga solo trate de recordar tantas palabras como pueda”.

Este test consta de un formato con 50 ítems de Lezak en las que se incluyen las 15 palabras de la primera y segunda lista, otras con semejanza semántica de la primera lista o de la segunda y fonológicamente parecida.

El examinador deberá describir el orden en que el sujeto las recuerda registrando repeticiones e intrusiones. Si el participante pregunta si ya había dicho una palabra se responde cuando el participante ya no recuerde más, se le vuelve a leer la lista siguiente utilizando el mismo procedimiento. Las instrucciones deberán repetirse en cada uno de los ensayos. La calificación se da en cada ensayo, es el número de palabras correctamente recordadas. También puede calcularse la puntuación total mediante la suma de los 5 ensayos. Las palabras que se repiten deben marcarse, aquellas palabras que no estén en la lista deben considerarse errores y registrarse.

Esta prueba es respaldada también por el test de copia de la figura del mismo autor, en el que se propone que se copie y reproduzca en forma inmediata un trazo geométrico complejo que pone en juego la actividad perceptiva,

organizada y analítica de los pacientes. La realización de la copia y reproducción de la imagen ayuda a comparar entre la capacidad viso-constructiva y su memoria visual (Rey, 1987).

Prueba de dígitos inversos del WAIS

Originalmente llamada *Wechsler-Bellevue*, fue creada por David Wechsler en el año 1939, es utilizada para evaluar la memoria de trabajo verbal, este test es de gran utilidad en distintos tipos de lesiones cerebrales, cuenta con dos versiones; la primera fue elaborada para medir la inteligencia global del adulto y la segunda es un formato estandarizado cuya aplicación se mantiene hasta hoy (Lezak, 1995).

Está diseñado para todo tipo de población sin importar niveles socioculturales o económicos. Consta de dos etapas; la primera es la verbal y la segunda es la de ejecución. En ambos tipos se solicita al paciente que repita de manera invertida la secuencia de números emitida por el examinador, de la misma manera que en los dígitos directos, si lo emitido por el paciente es correcto se aumenta progresivamente la secuencia de números, hasta el punto en el que este ya no recuerde o lo realice de manera incorrecta (Wechsler, D. (1988).

Descripción:

- Aplicación individual de 10 a 20 minutos a personas de entre 16 a 64 años
- En la primera etapa se analizan las funciones según los planos de información, comprensión, aritmética, semejanzas y diferencias, retención de datos y vocabulario.
- En la segunda etapa de ejecución se mide la inteligencia abordada en cuanto a figuras, diseño de cubos, ordenamiento de formas, ensamble de objetos, elementos y simbología digital.

Material:

- Planillas con el abecedario
- Planillas con los números

- Cubos
- Diversas formas geométricas
- 6 sub escalas verbales
- 5 sub escalas de ejecución

Evaluación:

Al finalizar el examen se analiza el resultado según el puntaje bruto, es decir, la sumatoria de los puntos obtenidos, el cual será la representación total de los planos a trabajar (verbal, manual y total). Para la evaluación no sólo se analizan los resultados de cada sub-test, sino que también se toman en cuenta las respuestas a partir del tiempo de respuesta, los comentarios, las gesticulaciones y demás.

Existe una dificultad en ésta prueba, ya que se trata de una prueba de ejecución máxima en la que los reactivos tienen respuestas correctas y se obtiene un puntaje determinado por ellas. En 1955, cuando Wechsler realizó la revisión de la prueba incrementó la dificultad progresiva entre cada reactivo, se eliminaron unos y se aumentaron otros, ya sea por su baja validez o por su ambigüedad (Amador, J, 2013).

El Test de Orientación y Amnesia de Galveston.

El Test de Orientación y Amnesia de Galveston se busca evaluar la amnesia pos-traumática. En la evaluación de las funciones cognoscitivas es necesario establecer la habilidad del paciente para enfocar y sostener la atención, antes de evaluar funciones más complejas como la memoria, el lenguaje o la capacidad de abstracción. La atención es un recurso que lleva a cabo la realización de tareas de manera eficaz. Comúnmente pueden diferenciarse tres componentes: selección, vigilancia y control. El normal funcionamiento de estos tres aspectos va a permitir al sujeto ejecutar y mantener una conducta dirigida a una meta (Levine, O'Donnell & Grossman, 1979).

Descripción:

- Su aplicación toma entre 15 y 20 minutos.

- Contiene preguntas relacionadas con orientación temporal, persona y espacio así como preguntas relacionadas con la memoria retrograda (información de eventos antes del trauma y anterógrada (recuerdo de eventos después del trauma)). Se correlaciona con el puntaje de la escala de Glasgow (Teasdale & Jennet, 1974).

Evaluación:

La puntuación total del test se obtiene restando la suma de los errores al número 100 y comparando esta cantidad con el índice de severidad. A mayor puntuación cercana al 100, mejor orientación. Se determina que un paciente ha superado el estado amnésico cuando la puntuación es mayor de 75.

Prueba de rastreo o de trazo (TRAIL MAKING TEST).

La prueba de Rastreo o de Trazo o el *Trail Making Test* (TMT) es una prueba de lápiz y papel, creada por Partington & Leiter (1949) y posteriormente se incorporó a la Batería Neuropsicológica de Halsted Reitan (Reitan & Wolfson, 1985). La efectividad de esta prueba para discriminar sujetos con daño cerebral del resto de la población ha sido reportada en varios trabajos, ésta prueba esta dividida en dos fases y se considera que la parte A mide habilidades motoras, viso-espaciales de búsqueda visual y atención sostenida; en tanto que la parte B implica, además flexibilidad mental y atención dividida. Cuando la prueba es aplicada se comienza a cronometrar inmediatamente en el momento en el que él paciente da inicio a la tarea, si se llega a cometer un error se le interrumpe marcándole el error, se le hace continuar desde el último elemento completado correctamente. No debe detenerse el cronómetro durante la corrección.

Descripción:

- Se aplica de manera individual en un tiempo de 5 min.
- Primera fase (A) consiste en una hoja de tamaño carta en la cual se encuentran distribuidos al azar la numeración del 1 al 25. El paciente debe unir la seriación con una línea recta en orden consecutivo creciente (de menor a mayor) lo más rápido posible.

- Segunda fase (B) es similar a la primera, pero con mayor demanda cognitiva, en esta la distribución de los números es del 1 al 13 y letras de A a L, el paciente debe unir los estímulos alternando entre números y letras, respetando el orden numérico ascendente y el alfabético. La secuencia que se debe seguir es 1-A-2-B-3-C, etc., con ello se exige la flexibilidad para la alternancia continua.

Evaluación:

Una vez finalizada la prueba se registra el tiempo empleado en segundos. La cantidad de errores se anota, pero para el puntaje sólo se considera el tiempo utilizado. Se suele tener en cuenta también los errores cometidos, tomando en cuenta tanto la cantidad como el tipo de éstos. Un único error en la parte A (como sería la omisión de un número en la secuencia, esto es, 1, 2, 3, 5 por ej.) aun empleando un tiempo bajo, es ya un indicador importante de alguna falla en la atención. En la parte B, si bien un error puede hallarse entre los desempeños normales la presencia de más de uno de ellos puede también ser reveladora, en éste caso puede haber dos tipos de errores; uno que es el más frecuente y es el tipo de error denominado “perseverativo” en donde el sujeto no logra alternar entre un número y una letra y permanece en una misma secuencia esto es por ejemplo: número, letra, número, número, (1-A-2-3) o no “perseverativo”, cuando si bien mantiene la alternancia de las series, equivoca el orden (por ej., 1-A-2-B-4-C). La persistencia en la comisión de errores, aún luego de la corrección por parte del examinador tiene un valor significativo.

Prueba de las fichas (TEST TOKEN)

El objetivo principal de este test de fichas es evaluar la comprensión verbal de complejidad creciente. Sus creadores fueron Renzi & Vignolo (1962), y fue creado como un instrumento que detecta alteraciones del lenguaje receptivo en afásicos, es muy fácil de administrar y puntuar; es sensible al detectar procesos lingüísticos alterados en trastornos afásicos, evalúa las áreas del lóbulo temporal izquierdo.

Descripción:

- Aplicación de forma individual en un tiempo de 10 minutos, tanto a niños como adultos.
- Se dan 39 instrucciones en orden creciente de longitud y complejidad.
- Se le presentan al paciente las fichas y se le comienzan a hacer las preguntas las cuales deben realizarse clara y lentamente y no se debe enfatizar ninguna palabra. La administración se compone de 5 partes, sólo en la parte A y B se puede repetir la instrucción una vez. Se descontinúa la prueba después de tres fallas consecutivas.

Material:

- 20 fichas de plástico en 5 colores (rojo, blanco, amarillo, azul y verde) en dos tamaños (pequeño (2 cm/d) y grande (3 cm/d) y dos formas (círculos y cuadrados)

Evaluación:

Esta versión del Token utiliza un sistema de calificación que otorga puntos por cada elemento de la instrucción correctamente realizado, por ejemplo “señala el círculo, blanco, pequeño” recibe 3 puntos, a diferencia de otros sistemas de calificación que otorgan sólo un punto por la instrucción completa. El puntaje máximo total es de 163. No se hacen correcciones por edad ni por escolaridad.

Test de GROOVED PEGBOARD.

La tarea principal del test de Grooved es medir la coordinación ojo –mano y la velocidad motora. Se incluye en exanimaciones neuropsicológicas con el fin de evaluar el deterioro motor. Se realiza un juego en una tabla con clavijas y ranuras donde las primeras tendrán que coincidir con las otras, primero con la mano dominante y luego con la otra y así sucesivamente hasta que hayan llenad todas las clavijas (Matthews & Klove, 1964)

Descripción.

- Se aplica de forma individual en un tiempo de 5 minutos a personas de 6 a 85 años.

- Se les pide a los pacientes que inserten las clavijas en las ranuras lo más rápido posible de forma secuenciada, se le indica que sólo puede tomar una clavija a la vez y que solo se usa una mano. Si una clavija se cae no debe ser recuperado, en su caso una de las clavijas es extraída correctamente y utilizada de nuevo.
- La persona es instruida para insertar las clavijas a juego, llenando las filas en una dirección dada lo más rápido posible sin saltarse ninguna ranura.
- Usando la mano derecha, se le pide trabajar de izquierda a derecha y con la mano izquierda en dirección contraria.

Material.

- Tablero de metal con una matriz de 25 agujeros con ranuras colocadas aleatoriamente.

Evaluación:

Se calcula para cada mano por separado y es el tiempo requerido para colocar las clavijas, otra manera de evaluar es registrar el número de clavijas que no fueron colocadas y el número de clavijas que se caen, estos errores se pueden considerar clínicamente y se ven raramente en individuos neurológicamente normales (Rosselli, Ardila, Bateman & Gúzman, 2001; Heaton, Miller, Taylor & Grant, 2004).

La evaluación de una lesión cerebral genera un gran número de variables que permiten un mejor análisis de la condición de personas con algún daño, pues el uso de pruebas estandarizadas ayuda a tener un mejor panorama de la naturaleza de recuperación o rehabilitación del daño en el que se puede encontrar un paciente. Sin embargo, como anteriormente se había mencionado se necesita que las pruebas cubran ciertas características específicas que abarquen sino bien en su totalidad, la mayor parte de las áreas a evaluar.

La gran mayoría de las baterías se han diseñado en otros ambientes culturales y en otros idiomas, y, al traducirse y aplicarse en países hispanohablantes, es inapropiado utilizar las normas y los índices originales de confiabilidad y

validez. Variables tales como el sexo, el nivel socioeconómico y las características de la escolarización pueden tener un impacto diferente en distintos medios culturales. Para evitar lo anterior se necesitan datos normativos recogidos en la misma comunidad o región a la que pertenece la población a evaluar. En este caso se hace referencia a la población Mexicana.

La evaluación neuropsicológica no es otra cosa más que una herramienta de apoyo al diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente, como es de esperarse esta no es la única herramienta de evaluación ya que existen otras áreas que se encargan de evaluar ciertos aspectos del proceso de envejecimiento, de los cuales se destaca la Gerontología, Psicología de la vejez y la Psicogerontología, cada una de ellas describe aspectos muy puntuales de esta etapa de la vida, a continuación se describirán y diferenciarán unas de otras.

La evaluación gerontológica se refiere a la medición de capacidades físicas, mentales y sociales que se pueden ver afectadas por los cambios anatómicos y fisiológicos vinculados con el envejecimiento. La evaluación requerida se realiza principalmente a través de instrumentos de tamiz clínico, los cuales tienen un fundamento y validez científica que permiten establecer diagnósticos preventivos respecto a las repercusiones físicas, mentales y sociales inherentes al envejecimiento y a las enfermedades crónico-degenerativas que se presentan con mayor prevalencia en la vejez. Es importante señalar que los procedimientos de tamiz o escrutinio solo permiten establecer probabilidad diagnóstica, la cual deberá ser corroborada con criterios clínicos de mayor peso acorde con las guías clínicas específicas para cada problema particular. La guía de evaluación gerontológica integral incluye seis de las principales prioridades de salud en los adultos mayores (problemas de visión, audición, caídas o dificultad al caminar, trastornos de la nutrición, trastornos de memoria y alteraciones del sueño), así como cuatro aspectos fundamentales en la evaluación (consumo de medicamentos, funcionalidad física, calidad de vida y apoyo social) (Reyes & cols, 2007).

En la gerontológica se evalúan cuatro áreas puntuales:

- El área clínica (física) que se encuentra representada por los parámetros biológicos y funcionales del organismo. Para la evaluación se utiliza la historia médica gerontológica que debe contener los siguientes elementos:
 1. Datos personales de identificación.
 2. Motivo de consulta y enfermedad actual detallados.
 3. Revisión por sistemas exhaustiva.
 4. Antecedentes personales y familiares.
 5. Hallazgos del examen clínico.
 6. Diagnósticos preventivos.
 7. Plan de cuidados médicos.

- El área funcional tiene como objetivo fundamental mantener al máximo la capacidad de realizar; actividades básicas cotidianas (ABC o ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Los instrumentos que se utilizan permitirán definir fundamentalmente la capacidad de autonomía y/o el grado de dependencia del paciente.
- El área mental donde se agrupan diferentes aspectos psicológicos, emocionales, intelectuales y mentales que deben ser analizados en busca de sintomatología derivada de su mal funcionamiento, y principalmente orientados a la detección temprana de depresión y/o demencia.
- El área social; punto en donde se recoge una serie de elementos externos de distinto orden que afectan en mayor o menor grado la salud del anciano, entre estos podemos mencionar al menos los siguientes:
 - Social.
 - Familiar.
 - Ambiental.
 - Económico.

- Cultural.

Como se puede observar fácilmente el proceso de valoración gerontológica es un trabajo complejo y cuidadoso que requiere del examinador toda la concentración y atención necesarias para captar los más pequeños detalles necesarios para perfilar un adecuado diagnóstico y el respectivo plan de cuidados individuales (Pinedo citado en Penny 2012).

Otra área dedicada a la vejez es la Psicogerontología que emerge como parte de la Psicología del desarrollo y a la par de la corriente llamada ciclo vital, que considera el curso de la vida el eje esencial del envejecimiento y la vejez, dicho de otra manera cada persona es el resultado de su historia y de la interacción entre el organismo, la persona, contextos y ambiente que han ido sucediendo a lo largo de su vida (Viguera, 2001).

En la evaluación psicogerontológica se busca las manifestaciones etiológicas de carácter biológico, Psicológico o social que han de ser valoradas para obtener un diagnóstico eficaz. En la evaluación hay que evitar tecnicismos, ser claro y sin ambigüedades, afable y directivo, no reforzar las expresiones negativas respecto al hecho de ser mayor y el envejecimiento (mitos sobre la vejez). Se comienza recopilando la información necesaria para el historial clínico:

- Datos personales y socio demográficos.
- Antecedentes familiares y personales.
- Valoración general del estado de salud, con informes recientes.
- Valoración del estado psicológico y funcional.
- Valoración de recursos sociales y del apoyo social percibido.
- Valoración del sueño.
- Otros datos de interés.

Esta historia clínica ofrece una visión general del paciente y una orientación de los aspectos más importantes en los que habría que profundizar en el proceso

de evaluación. Según un modelo multidimensional las diferentes áreas a evaluar serían las siguientes:

- Área física
- Área cognitiva y afectiva
- Área conductual y ambiental

Como se puede observar la valoración psicogerontológica va dirigida más a una valoración funcional, es decir, se valora si la persona aun es autosuficiente en su contexto.

Por último se encuentra la evaluación psicológica, está no sigue los principios generales del proceso de evaluación, pues cuenta con ciertas peculiaridades y características propias que se deben tener en cuenta a la hora de aplicarla. Una de las singularidades es que este tipo de evaluación está basado en un modelo biopsicosocial, por lo que se realiza una evaluación multidimensional de la calidad de vida que refleja los múltiples cambios que ocurrieron en su vida. Dicho esto se toma en cuenta los aspectos fisiológicos, psicológicos y ambientales, así como las variables moduladoras sobre las consecuencias de los cambios que se han desarrollado en la persona, además de participar en la creación de perfiles tanto del personal como de los cuidadores (Verdugo, Gómez & Arias, 2009)

Por lo tanto se puede decir que de cierta manera estas áreas son similares, pues cada una de ellas busca identificar los niveles de funcionalidad en diferentes aspectos de la vejez y al momento de realizar una evaluación todas incluyen pruebas o escalas, pero al mismo tiempo son diferentes, mientras que la Neuropsicológica es un método diagnóstico que estudia el funcionamiento cerebral, la evaluación gerontológica es un proceso estructurado de valoración global idealmente multidisciplinario, por su parte la evaluación psicogerontológica tiene un enfoque multidimensional y va dirigido principalmente a la funcionalidad del organismo dentro de su contexto y finalmente la psicología que abarca no solo aspectos generales del anciano sino que también verifica el contexto familiar.

Para la evaluación de EA se es necesario un grupo variado de pruebas y test, es conveniente evaluar y tener ciertos parámetros que ayuden a conocer el deterioro y el estado en el que se encuentra el paciente, pero al realizar la evaluación esta se ve comprometida por la variedad de enfermedades orgánicas que afectan a la persona y dicha situación puede generar confusiones en torno al diagnóstico final.

Si bien es cierto que en la teoría y en las diferentes áreas existe un sinfín de modelos para la evaluación es preciso abordar la problemática de la misma. Uno de los problemas más grandes de esto es que el desarrollo de las evaluaciones está dirigido de manera mecánica y cuantitativa, sólo se buscan indicadores que muestren la carencia o deficiencia del desarrollo interrumpido y cómo esto lo afecta de manera muy superficial en su contexto.

Ya sea utilizando pruebas, escalas, test, cuestionarios o cualquier otro tipo de material utilizado para la realización de una evaluación llámese Neuropsicológica, gerontológica, psicológica o psicogerontológica en la población anciana, hay algo que se está dejando de lado y poco ha sido abordado y es la relación que de los otros (familia, cuidadores, enfermeras y médicos, etc) con la persona con probable diagnóstico de EA y todo lo que ello puede implicar.

3.1 Diagnóstico neuropsicológico en personas con Alzheimer.

El diagnóstico neuropsicológico se basa en un análisis teórico y metodológico de los resultados de las pruebas y observaciones, también permite determinar cuáles sistemas funcionales del cerebro se encuentran afectados, las estrategias a seguir en un programa de tratamiento así como las recomendaciones a la familia acerca de la forma en que pueden colaborar con la estimulación y manejo del paciente (Valdez, s/f).

Todo proceso de diagnóstico necesita una evaluación clínica integral, esto significa que el médico considera de forma conjunta la historia médica general y neurológica con los antecedentes personales y familiares, por otro lado se considerada la exploración física, neurológica y Psiconeurológica. Tras la valoración clínica se considera la necesidad y la amplitud de exploraciones complementarias. La historia clínica es muy importante pues ella es la clave de todo el proceso que se va a realizar.

Existen siete valoraciones que se tiene que realizar a un probable paciente de Alzheimer:

- Historia médica general
- Historia neurológica general
- Historia neuroconductual (para el diagnóstico de demencia)
- Historia psiquiátrica
- Historia de tóxicos, fármacos y alimentos.
- Historia familiar
- Exploración física objetiva, neurológica y neuropsicológica.

Para el diagnóstico de la EA se realizan un número de exploraciones complementarias en centros especializados, todos los estudios siguen un protocolo de pruebas y estudios, la realización de estas pruebas no es obligatoria ya que solo se utilizan como complementos pues se debe recordar

que se realizan en función de los datos que se obtuvieron en la historia clínica y familiar, las más solicitadas son (Peña-Casanoca, 1999; Blesa, 1996):

- Laboratorio: con el objetivo de buscar alteraciones que puedan ser la causa de afección cerebral. Lo normal es que se aplique un examen general (estudio de los glóbulos rojos y blancos, bioquímicas, glándula tiroides, niveles de vitamina B12 y de ácido fólico y de ETAS).
- Electrocardiograma (ECG): permite verificar trastornos que pueden generar indirectamente afecciones cerebrales.
- Rayos X de tórax: permite descartar la existencia de tumores pulmonares, insuficiencia cardíaca o afecciones bronquiales.
- Neuroimagen: proporciona una imagen del cerebro y permite descartar otras entidades. (dentro de esta se realizan también la tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM), la SPECT, la PET).
- Punción lumbar. Indica la probable infección del sistema nervioso central.
- Electroencefalograma (EEG): detecta la presencia de alteraciones metabólicas, la enfermedad de Creutzfeld-Jakob (la enfermedad humana de las vacas locas) o los cuadros de confusión mental (esta técnica es poco solicitada por su alto costo).
- Exploración neuropsicológica: esta tiene un interés primordial y se busca evaluar los aspectos que se han de abordar en el apartado de los ámbitos sintomáticos cognitivos. Cada test y cada escala de diagnóstico se adapta a las características de la lengua y la cultura de cada país, así como a la edad y el nivel de estudios del paciente.

Es necesario que los criterios utilizados para obtener un diagnóstico adecuado se actualicen para optimizar su especificidad valorando las manifestaciones clínicas más características, marcadores más reconocidos y los rasgos propios de otras demencias que suelen considerarse en el diagnóstico diferencial inicial. Deben observarse las alteraciones de la memoria, la conducta, las funciones cognitivas y ejecutivas al establecer el diagnóstico sindrómico de demencia, además requiere la coexistencia de un deterioro funcional relevante

específico para determinarse como tal. Para obtener un diagnóstico eficaz y absoluto se debe realizar como complemento siempre un análisis de sangre que incluya hemograma, VSG, glucosa, colesterol, triglicéridos, urea, creatinina, ácido úrico, GPT, GT, fosfatasa alcalina, Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, T4 libre, TSH, vitamina B12, ácido fólico y serología de lúes. De igual manera es aconsejable realizar un electrocardiograma y una radiografía del tórax, ya que el descubrimiento de una arritmia aún no diagnosticada o de una lesión pulmonar indicativa de enfermedad sistémica o causante de insuficiencia respiratoria, por ejemplo, puede aportar datos valiosos para la comprensión del trastorno cognitivo, e indicar la necesidad de prescribir tratamientos que colaboren en la mejoría del mismo (Robles, A., Del Serb, T., Alom,J., Peña-Casanova, J , 2007).

El diagnóstico de demencia tiene una gravedad suficiente como para justificar sobradamente el gasto que supone la realización de estos análisis a todos los pacientes, con el fin de detectar y tratar a tiempo a todos aquellos con una demencia eventualmente reversible.

3.2 México y la neuropsicología (NEUROPSI)

La Neuropsicología es considerada como una disciplina compuesta ya que en ella influyen varios campos de estudio como son la psicología, neurología, neuroanatomía y la neurofisiología. Teniendo una gran variedad de disciplinas como colaboradoras es de esperarse que su origen y desarrollo también sea una mezcla de diversos países (Benton, 2000).

Situándonos en el contexto mexicano se puede decir que la neuropsicología tuvo su desarrollo en la mitad del siglo XX con brotes aislados resultantes de la dinámica de al menos cuatro elementos: 1) el desarrollo de la investigación en neurociencias básicas; 2) la creación de los institutos nacionales de salud (Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN)); 3) el desarrollo de la investigación en lingüística y; 4) la atención a niños con necesidades especiales (Jiménez & Gómez, 1995).

México cuenta con una importante tradición en la investigación en Neurociencias básicas y muestra de ello es que bajo el liderazgo de Raúl Hernández Peón quien fue quien fundamentó el desarrollo de la investigación en el campo de la Neurofisiología en nuestro país y que bajo su trabajo emergió un grupo conformado por Augusto Fernández Guardiola, Carlos Guzmán Flores y Víctor Alcaraz entre otros, todos interesados en investigar los mecanismos neurofisiológicos de la atención. Los resultados de sus investigaciones originaron un gran impacto alcanzando el reconocimiento tanto nacional como internacional. En esa época y como resultado de lo anterior se crearon los dos centros conocidos como Institutos Nacionales de Salud que en su origen se interesaron por la Neuropsicología y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) algunos años después el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) y posteriormente el Instituto Nacional de Comunicación Humana (INCH), el énfasis principal de estos centros fue el del trabajo clínico de pacientes con lesiones cerebrales (Florida, 1968-98; De la fuente, 1968-98; Druker & Rojas, s/f; Solé-Llenas, 2000).

El INNN de México fue fundado en 1964, con un importante énfasis en la neurología clínica, la neurocirugía y la psiquiatría. Bajo la dirección del Dr. Manuel Velasco-Suárez se buscó establecer relaciones con diversas personalidades que destacaban en el campo de la Neuropsicología a nivel mundial y se organizó varios simposios, algunos de ellos auspiciados por el “Colaborative Center for Training and Research in Neuroscience” de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en donde se abordaron una gran variedad de tópicos relacionados con los temas de neurobiología, áreas del cerebro como los lóbulos frontales, temporales, etc., dentro de las actividades científicas inaugurales del INNN se realizó el primer simposio internacional, que bajo el tema „Lóbulo Temporal” reunió aproximadamente a 40 conferencistas, incluyendo invitados extranjeros de Francia, Suiza y EUA (Villa Rodríguez, 2009; Ostrosky-Solís & Matute, 2009).

En los años 60 y 70 tanto individuos como instituciones fueron instrumentos claves para establecer nexos internacionales que impactaron el desarrollo de la Neuropsicología mexicana, al inicio de la década de los 80"s del siglo XX. Este interés llevó a que la Facultad de Psicología de la UNAM invitará como profesor al Dr. Alfredo Ardila durante el periodo de dos años. La estancia del Dr. Ardila fue un factor central para el desarrollo de la *Neuropsicología en México*.

En el año de 1980, la Dra. Feggy Ostrosky-Solís regresa de la Universidad de Northwestern en Evanston, Illinois, donde realizó estudios de maestría y doctorado y al conocer al Dr. Ardila y teniendo los mismos intereses y preocupaciones por los mismos temas realizan una colaboración para desarrollar un instrumento de diagnóstico neuropsicológico para adultos mayores incorporando tanto aspectos sociales, culturales y educativos como factores que afectan el desempeño en pruebas neuropsicológicas (en este proyecto colaboraron alumnos de la Dra. Ostrosky-Solís). En noviembre de 1982, la Asociación Mexicana de Neurología abre un espacio a la Dra. Ostrosky-Solís para la organización del Simposio Internacional de Neuropsicología en su VI Reunión Anual que tuvo sede en Morelia, Michoacán, México. En este simposio presentaron trabajos investigadores internacionales como Joseph Ledoux y Alfredo Ardila e investigadores nacionales como Julieta

Márquez, Feggy Ostrosky-Solís y Esmeralda Matute (Matute, Roselli, Ardila & Ostrosky-Solís, 2007; Velasco-Suárez & Escobedo, 1979).

Los cimientos del desarrollo de la *Neuropsicología en México* se dieron casi exclusivamente en el Distrito Federal. Así, el grupo de interesados en desarrollar una Neuropsicología mexicana ubicado en esa ciudad estuvieron en un terreno fértil dado que esta disciplina no era desconocida. Sin embargo, no se podía decir lo mismo de otras ciudades hermanas, pues a diferencia del Distrito Federal la Neuropsicología era un tema totalmente desconocido, otra de las ciudades que tuvo un auge positivo fue Guadalajara donde Esmeralda Matute con el interés de difundir la Neuropsicología, buscó que aquellos mexicanos que se habían reunido en Morelia se volvieran a reunir en Guadalajara en la II Jornada de Estudio Especial “La Neuropsicología y sus Aportaciones”, de esta manera, la Dra. Matute organizó esta reunión en el Centro de Estudios y Terapias Especiales del Sistema DIF-Jalisco en el año de 1985, a estas Jornadas acudieron como conferencistas de México: Feggy Ostrosky-Solís y su grupo de alumnos, también de la ciudad de México acudió Julieta Márquez quien había recibido un entrenamiento para utilizar la batería Neuropsicológica de Halstead-Reitan, así como Carlos Caudillo y Arturo Ortiz quienes en el Instituto Mexicano de Psiquiatría estaban iniciando una investigación sobre alteraciones cognitivas asociadas al consumo crónico de inhalantes (Quintanar, 1995; Matute, 1988).

En poco tiempo se establecieron líneas de investigación y de atención clínica muy definidas que llevaron al reconocimiento de la Neuropsicología como campo disciplinario en la investigación científica y en la actividad profesional. Se destacan tres derroteros de la *Neuropsicología en México* durante la década de los noventa: 1) impulso a la investigación tanto por el desarrollo de investigación básicas y aplicadas como por la formación de recursos humanos de alto nivel en investigación, principalmente en el Laboratorio de Neuropsicología y Psicofisiología de la División de Estudios de Posgrado en la Facultad de Psicología de la UNAM dirigido por Feggy Ostrosky-Solís y el Laboratorio de Neuropsicología y Neurolingüística bajo la dirección de Esmeralda Matute en el Instituto de Neurociencias del Centro Universitario de

Ciencias Biológicas y Agropecuarias de la Universidad de Guadalajara; 2) los programas desarrollados en los Institutos Nacionales: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Nacional de la Comunicación Humana e Instituto Nacional de Nutrición, dirigidos a la formación de recursos humanos en el área clínica y desarrollo de investigación aplicada y; 3) la conformación de programas de posgrado desarrollados para la formación de neuropsicólogos en el área clínica y puestos en marcha en la FES-Zaragoza y en la Facultad de Psicología de la UNAM, la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, La Universidad Autónoma de Nuevo León, La Universidad Autónoma de Morelos y La Universidad de Guadalajara. Estos tres caminos no se han desarrollado de manera aislada sino que la interpelación entre ellos ha sido decisiva para el crecimiento de cada uno (Ostrosky-Solís & Matute, óp. Cit; Matute, 1988).

La Dra. Ostrosky-Solís en el Laboratorio de Neuropsicología y Psicofisiología desarrolla investigaciones que tienen un importante impacto en la comunidad, uno de ellos es el desarrollo y estandarización de instrumentos de valoración neuropsicológica para población hispano-hablante; entre sus trabajos se encuentra el instrumento llamado NEUROPSI, el instrumento fue diseñado para evaluar en detalle distintos tipos de atención como: la selectiva, la sostenida y el control atencional; así como los tipos de memoria; a corto y largo plazo, para material verbal y viso-espacial. Incluye también técnicas que reflejan las características específicas de cada una de estas funciones, además no solo evalúa en términos de la capacidad de repetir y evocar palabras simples, sino que también incluye pruebas relacionadas con la memoria semántica y episódica, así como pruebas que evalúan las etapas de codificación y evocación de la información. La prueba permite hacer una diferenciación entre las lesiones corticales y subcorticales, de igual manera se incluye la evaluación de reconocimiento espontáneo por claves de la información y al mismo tiempo que se cuantifica el tipo de errores como intrusiones y perseveraciones de cada prueba (Ostrosky, Gómez, Matute, Rosselli, Ardila, & Pineda, 2012; Ostrosky-Solís, Marcos & Ardila, 2003).

Actualmente el Neuropsi es considerado una de las pruebas más completas en cuanto a su estructura y sobre todo al tipo de población que va dirigida, (población hispanohablante y que cubre un amplio panorama en América Latina) de igual manera tiene un diseño peculiar, su estructura permite realizar un trabajo con personas analfabetas y no analfabetas, generando de esta manera abarcar en las investigaciones muchos más datos y sobre todo a la población en general. También se ha de considerar que gracias a todo el empeño que estos autores han hecho en nuestro país se reconoce que la Neuropsicología es una ciencia necesaria y prometedora además que requiere de una formación especializada.

El NEUROPSI es una batería que fue desarrollada tomando en consideración los principios y procedimientos que se han descrito dentro de una evaluación neuropsicológica, es por ello que se incluyen medidas para evaluar dominios específicos que se ven alterados diferencialmente ante el daño cerebral. Esta batería incluye un procedimiento estandarizado tanto de administración como de la calificación de las subpruebas. Cada una con ítems relevantes para los individuos de habla hispana y pueden ser aplicadas a personas analfabetas y de baja escolaridad. Esta prueba ha ido creciendo y ha sido modificada con los años para tener una mayor eficacia al momento de su aplicación (Aveleyra, Gomez, Ostrosky, solis, Rigalt, Cruz, 1996; Ostrosky & Lozano, 2009).

El NEUROPSI abarca la parte cognoscitiva (orientación, atención y concentración, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, lectura, escritura y cálculo). La evaluación de cada área cubre diferentes aspectos de cada dominio cognitivo en particular, es decir, que dentro de la evaluación se encuentra la valoración de cada área y sus componentes. En total se obtienen 30 puntajes. La subprueba del stroop no se aplica a personas con menos de 4 años de escolaridad y la figura de Rey-Ostherreith, es sustituida por una figura semi-compleja en el grupo de niños de 6- 7 años y en adultos con menos de 4 años de escolaridad (stroop, 1935; Osterreith, 1944).

Para esta batería se obtiene una interpretación cuantitativa del puntaje total y datos cualitativos de cada subprueba. La prueba permite obtener un puntaje

global de la prueba y además un puntaje por separado para las funciones de atención, funciones ejecutivas y de memoria. Los puntajes normalizados del total global de la prueba así como de las dos subescalas, tiene una media de 100 y una desviación estándar de 15, lo que permite clasificar la ejecución del sujeto en un nivel normal alto (116-en adelante), normal (85-115), con alteraciones leves (70-84) o con alteraciones severas (69- o menos) (Ostrosky, Gómez, Matute, Roselli, Ardila & Pineda, 2012).

La confiabilidad de la batería es de 0.88 para el puntaje total. La confiabilidad para las subpruebas va de 0.84 a 1.0. Los coeficientes de correlación entre jueces van de 0.90 a 1.0 y los índices de sensibilidad y especificidad en demencia leve y moderada son de 82.3 y 86.0 %, en traumatismos craneoencefálicos moderados y severos son de 88.3 y 90 % (Ramírez & Ostrosky, 2009).

Se ha valorado la eficacia de la batería mediante su uso en diversas investigaciones que se han llevado a cabo con población de habla hispana y los resultados han sido satisfactorios. Una de esas investigaciones ha sido el de “establecer índices de sensibilidad y especificidad en un grupo de pacientes con traumatismo craneoencefálico leve y moderado” realizado por Ramírez y Ostrosky (2009).

Siendo así que esta batería se está convirtiendo en una de las más buscadas por su facilidad de uso y su capacidad de evaluar múltiples capacidades cognitivas.

4. Delimitación

Justificación.

Si bien el desarrollo que se ha tomado a lo largo de esta investigación hace referencia a la Neuropsicología y su ámbito aplicado a la población anciana hay que puntualizar que la finalidad del presente trabajo es conocer el perfil Psicogerontológico del personal que labora con personas con probable diagnóstico de Alzheimer, sin dejar de lado la evaluación de estos pacientes.

Objetivo general

Identificar, mediante el Test FIIRAV el perfil gerontológico del personal y su posible relación con las características de los residentes con probable diagnóstico de Alzheimer según el Neuropsi.

Objetivos específicos

Evaluar a pacientes con probable diagnóstico de Alzheimer e identificar áreas afectadas y su vinculación con otros.

Identificar un perfil gerontológico del personal de trabajo.

Identificar posibles puntos de relación entre residentes con Alzheimer y perfil gerontológico de personal que lo atiende.

Identificar las implicaciones que tienen los cambios en el paciente con probable diagnóstico de Alzheimer y su contexto.

Hipótesis de trabajo.

Es posible observar indicadores neuropsicológicos que suelen responderse con indicadores de personalidad.

El personal a cargo de los pacientes con probable diagnóstico de Alzheimer puede identificar de manera clara los cambios en el proceso de la enfermedad.

El probable paciente con Alzheimer puede perder en totalidad su presencia como persona ante el ámbito social.

5. MÉTODO

Población.

Grupo de viejos que oscilan entre los 65 a 93 años de edad, residentes de un centro gerontológico, mismos que cuentan con diferentes discapacidades provocadas por la edad, enfermedades crónico degenerativas y/o por lo avanzado de la demencia (ceguera, pérdida de la audición, poca movilidad, lenguaje, artritis, diabetes, etcétera.) de la población total sólo participaron 12 residentes (7 mujeres y 5 hombres, el criterio de elección de los residente se explica en la parte de resultados), además de contar con la participación del personal del centro que oscilan entre los 18 a 50 años de edad, de los cuales 14 son mujeres y 2 son hombres. Las profesiones y/o empleos que los residentes desempeñaron en su momento son variados. Mientras que el personal del centro se divide en enfermeras y cuidadores informales.

Escenario

Centro Gerontológico consuelo Gutiérrez, ubicado en San Pedro Cholula, Puebla, centro que cuenta con un equipo multidisciplinario especializado en atender personas de la tercera edad con enfermedad de alzheimer.

Ofrece un servicio integral de alojamiento, alimentación, atención médica, cuidados y rehabilitación en un ambiente armonioso, además de apoyar a los familiares en el cuidado adecuado de sus familiares. Sus instalaciones están adecuadas a las necesidades y discapacidades de cada persona.

Materiales.

- Papelería
- Grabadora
- Memoria USB
- Pelotas
- Aromas
- Fruta
- Muñecos de peluche
- Recortes
- Fotografías
- Paliacates

Instrumentos

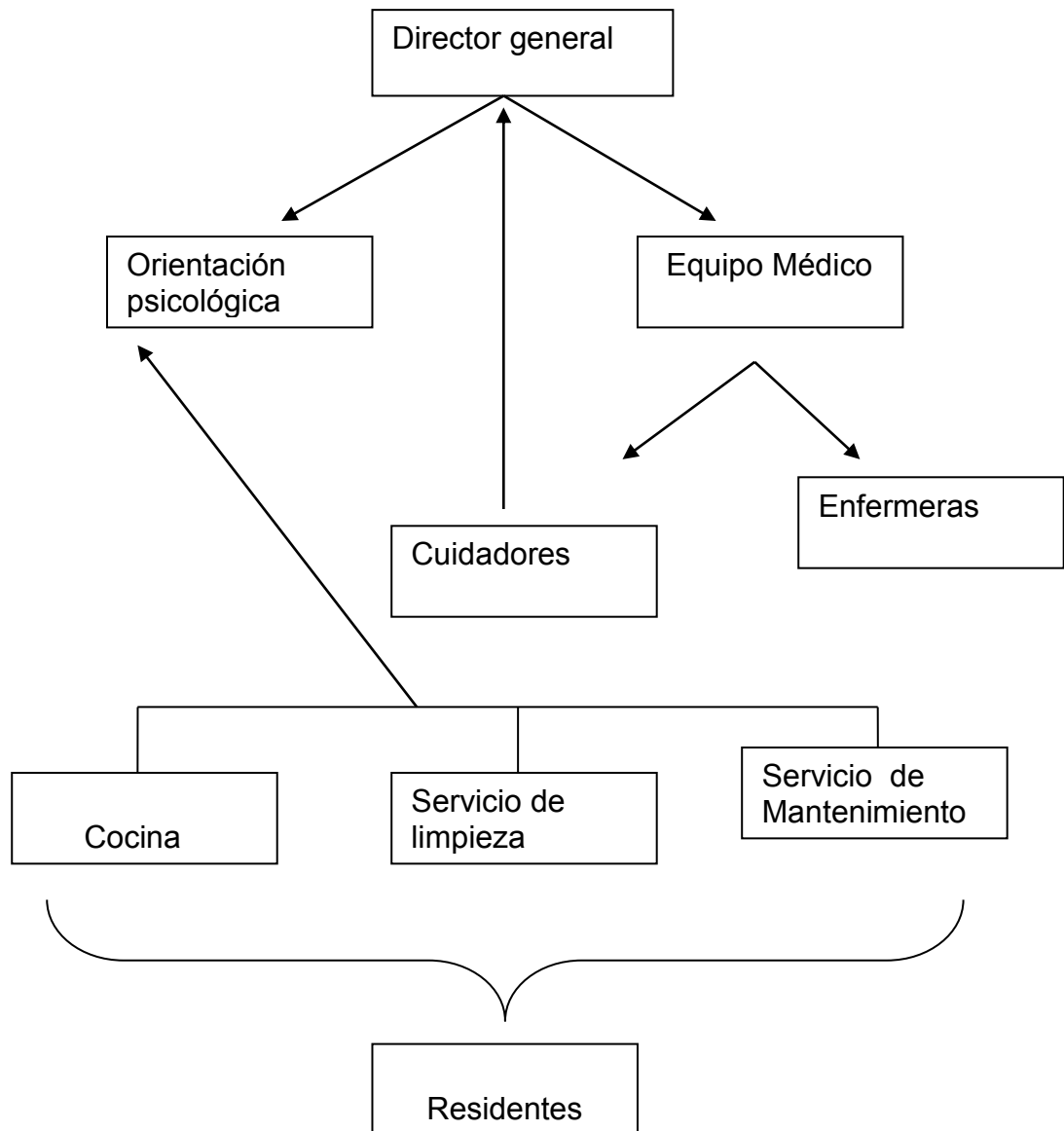
- Neuropsi: prueba neuropsicológica dirigida a población hispanohablante de entre 6 a 85 años de edad. Prueba que abarca atención, funciones ejecutivas y memoria.
- FIIRAV (Test de frases incompletas para identificar representaciones y actitudes ante la vejez). Test que cuenta con 116 frases incompletas que identifican 29 categorías dirigidas al contexto del anciano. Cada frase se calificará en un puntaje entre 2 y -2 según la carga positiva o negativa con la que se respondió.
- Lüscher: prueba proyectiva que utiliza ocho colores básicos para identificar el estado emocional presente de la persona.

Procedimiento:

En la elaboración de este trabajo se realizó un estudio de caso institucional en el Centro Gerontológico Consuelo Gutiérrez por un periodo de ocho meses cubriendo sólo los fines de semana, donde se observó a los residentes y personal en general en sus actividades cotidianas, además de que se presentó un taller como estrategia de inserción y sensibilización para mi participación en el centro, con el enfoque de estimulación tardía, donde se buscaba facilitar la realización del trabajo, después de la finalización de dicho taller se procedió a la aplicación del test neurológico Neuropsi aplicándose de manera individual a los residentes que tuvieran las condiciones adecuadas para poder responder (no todos los residentes tenían la capacidad física o mental para poder realizar la evaluación). Dicha prueba evalúa los estados de memoria, atención y funciones ejecutivas. Mediante diferentes actividades.

También se llevó a cabo una evaluación al personal gerontológico de la residencia mediante la aplicación de la prueba de frases incompletas (FIIRAV), que evalúa la percepción que se tiene ante la vejez y a su vez la percepción misma de la vejez, el test de colores de Luscher que básicamente evalúa la percepción que se tiene de si mismo y el entorno en el momento presente.

Antes de mostrar los resultados es necesario aclarar la estructura que tiene la residencia y enfatizando que la evaluación que se realizó al personal solamente estuvo enfocada en cuidadores y enfermeras.



Organigrama 1. Relación de puestos dentro del centro gerontológico Consuelo Gutiérrez.

6. RESULTADOS DEL PERSONAL GERONTOLÓGICO.

Los resultados están divididos en dos partes, la primera parte muestran resultados del personal gerontológico, esta sección se dividirá en perfiles individuales y por género; el análisis se obtendrá en función de lo obtenido en el FIIRAV y la interpretación del test de Lüscher sucesivamente y la relación encontrada en ambos, para finalizar con un análisis total del personal. Se analizaron de dicha forma para poder obtener una comparación de ambos test y de ésta manera encontrar similitudes o diferencias en ambos casos.

En la segunda parte se mostrarán los resultados obtenidos por los residentes con relación al taller que se les impartió (características por sesión), puntuaciones generales y totales obtenidos en el NEUROPSI, análisis del test de Lüscher y finalmente la identificación de comportamientos identificados en ellos (sólo los más representativos).

En esta primera parte cuando de vejez se habla es necesario tomar en cuenta a las personas que les rodea, en este caso se tomó al personal que estaba conformado por enfermeras, cuidadores, psicología, limpieza, cocina y mantenimiento, para uso del trabajo sólo se trabajó con el personal que tiene mayor contacto con los residentes del centro (enfermeras, psicología y cuidadores), contando con una muestra de 16 personas, de las cuales 14 eran mujeres y los dos restantes hombres, a esta población se le aplicó el test de Lüscher y FIIRAV la finalidad es poder observar la visión que ellos tienen de vejez.

El Test de frases incompletas (FIIRAV), consta de 29 categorías actitudinales, cada una con temas que en vuelven al tema de la vejez, se les solicitó que ante una oración ellos completaran con lo primero que se le viniese a la mente, de igual manera se les presentó el Test de colores de Lüscher (estos se utilizaron como apoyo de la primera). Se presentaran los resultados de manera individual y general.

6.1 Perfiles individuales.

Los resultados de FIIRAV se mostrarán de manera desglosada, en la primera se muestran las 29 categorías actitudinales presentadas por el participante JLHL, mostrando que de las 29 muestra una visión negativa ante 16, entre las que se encuentra; la Concepción y reconocimiento de la vejez, Recreación y tiempo libre en la vejez, Trabajo y jubilación, Reconocimiento del cuerpo, Salud y bienestar, Relaciones familiares, Sexualidad, Espiritualidad y religión, Cambios personales, Socialización y soledad, Reflexión y sabiduría, Futuro y perspectiva, Percepción personal del propio envejecer, Imaginario y representación de la vejez. Siendo estas de carácter interpersonal y comunicación social de la propia vejez, estos comportamientos actitudinales están marcados en general por una puntuación de -4 y -3 sucesivamente, mientras a lo que refiere a los comportamientos actitudinales restantes las puntuaciones positivas van de 3 a 6, ocupando el mayor porcentaje las categorías de satisfacción de la vejez y cuidadores, 6 y 5 respectivamente.

Como se muestra en el siguiente perfil los comportamientos actitudinales tienen una bipolaridad muy marcada, pues no hay una estabilidad de pensamiento sino que es una constante acompañada de ambas actitudes tanto negativas como positivas. Al momento de realizarse esta prueba la actitud del participante fue de cautela y de interrogación, cada vez que se le exponía una de las oraciones, este contestaba a manera de pregunta además de que en otras oraciones intentaba ampliar su respuesta, su incomodidad se notó en las oraciones que implicaba hablar de su persona asociada con la vejez y sus diferentes contextos, sus respuestas eran breves y con poca información.

En cuanto al test de Lüscher los rubros + (objetivos deseados), rubros – (situación presente) y rubros +- (problema actual) tienen una alta carga negativa, el rubro x (situación presente) y el rubro = (características coartadas) tienen un significado negativo de sí mismo y de lo que puede esperar de los demás y de su entorno. El test nos dice que sufre de una contenida sobre estimulación lo que puede provocar una actitud impulsiva y apasionada, además de ser una persona insegura que busca estabilizarse y encontrar un

lugar que le propicie seguridad y sin problemas, sin embargo y a pesar de buscar estabilidad es una persona que no se involucra fácilmente, es propenso a aislarse y permanecer desvinculado sentimentalmente, teniendo un juicio crítico convirtiéndolo así mismo en una actitud severa de desaprobación y enjuiciamiento a los demás, sin probabilidad de réplica. Lo que ambos test evidencian es que este participante tiene una alta negatividad ante su vejez y lo que ello implica.

La relación encontrada en ambos test se ve dirigida hacia la inseguridad que proyecta de si mismo, la forma negativa de verse se ve reflejada en la mayoría de las categorías del FIIRAV (la mitad de ellas que están dirigidas a nivel interpersonal) y es reafirmada con el Test de Lüscher pues los rubros poseen una carga negativa alta (rubro +, rubro – y rubro +-), estos abarcando lo que se relaciona con sus objetivos, características suprimidas y problemas actuales.

Nombre: _____ JLHL _____ Edad: 26 Sexo (M) (F) Fecha: _____

(Único) (Pretest) (Postest) Folio

ACTITUDES EVALUADAS	PUNTUACIONES																
	NEGATIVAS								POSITIVAS								
1. Concepción y rec. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Recreación y tiempo libre	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Satisfacción en la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Afectividad y enamoramiento.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Trabajo y jubilación.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Reconocimiento del cuerpo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Salud y bienestar.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Atención y servicios a la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Vivienda y ambiente.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Cultura y tradición.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Relaciones familiares.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Relaciones generacionales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13. Sexualidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Muerte y duelo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Espiritualidad y religión.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Eventos significativos.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Cambios personales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Socialización y soledad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Comunicación personal.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Calidad de vida.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Reflexión y sabiduría.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Abuelidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Autonomía y funcionalidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Futuro y perspectiva.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Cuidadores.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Percep. Pers. Del propio env.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Imaginar. Y repres. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Convivencia y vida cot.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Perspectivas temporales.																	

En el perfil del participante JVMZ se ve una cierta estabilidad de actitudes, si bien hay una actitud positiva como negativa, existe una cierta estabilidad de ambas en cuanto a puntuaciones, pues el rango en el que se encuentran es de 4 y -4, siendo en su mayoría los comportamientos actitudinales positivos (concepción y reconocimiento de la vejez, recreación y tiempo libre, satisfacción en la vejez, trabajo y jubilación, reconocimiento del cuerpo, salud y bienestar, atención y servicios a la vejez, vivienda y ambiente, relaciones familiares, espiritualidad y religión, socialización y soledad, comunicación personal, abuelidad, autonomía y funcionalidad, cuidadores, imaginario y representación de la vejez, convivencia y vida cotidiana y perspectivas temporales), estos comportamientos actitudinales no están marcados por una preferencia más bien es una combinación de lo interpersonal y su entorno, mientras que los comportamientos actitudinales negativos en su mayoría van dirigidos más a lo interpersonal (afectividad y enamoramiento, sexualidad, muerte y duelo, cambios personales, reflexión y sabiduría y finalmente percepción personal del propio envejecimiento). Mientras se realizaba este test, él intentaba ser gracioso y contestar de manera muy alegre, sus risas se intensificaban con las oraciones de familia y sexualidad, además de que solicitaba la ayuda de los residentes para contestar. Él fue uno de los participantes que tardó más en generar una respuesta y en finalizar el test.

Mientras que en el test de Lüscher todos los rubros (objetivos deseados, situación presente, características coartadas, características rechazadas o suprimidas y problemas actual) poseen una carga negativa, se observa la necesidad de ser aprobado y comprendido en sus actividades, lo cual fue visto mientras se realizaban las pruebas pues buscaba la ayuda y aprobación de los residentes que se encontraban a su lado. También busca un ambiente que lo proteja de situaciones de conflicto o cualquier otro tipo de tensión, necesita de paz y tranquilidad incitándose a buscarlo en una relación íntima, pidiendo consideración y afecto indiscutible si se le niega es capaz de encerrarse dentro de sí mismo y aislarse completamente. Es una persona que se angustia fácilmente por los acontecimientos y esto provoca una autodefensa poco realista de su contexto. Esto genera que el participante tenga una visión

altamente negativa de si mismo y de su entorno en todos los aspectos que le rodean.

La relación encontrada en ambos test señala la inseguridad que siente de sí mismo y de sus actos, en ambos se evidencia la búsqueda de aprobación externa, la búsqueda de lugares o la realización de acciones que lo mantengan protegido y eso se ve reflejado al momento en el que respondía y solicitaba ayuda, ésta podría ser una manera de protegerse (el estar solicitando ayuda de personas que le son familiares le puede proporcionar confianza y enfrentar la situación estresante), la afectividad también se pone en evidencia, en el FIIRAV se posiciona en las categorías negativas y en el Lüscher habla de que tiende a solicitar de una relación consideración y afecto pero no es recíproco, llevando a conflictos sin resolver.



PERFIL DE LAS ACTITUDES EVALUADAS CON EL TEST FIIRAV



Nombre: _____ JVMZ _____ Edad: 56 Sexo (M) (F) Fecha: _____

(Único) (Pretest) (Postest) Folio (_____)

ACTITUDES EVALUADAS	PUNTUACIONES																
	NEGATIVAS								POSITIVAS								
1. Concepción y rec. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Recreación y tiempo libre	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Satisfacción en la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Afectividad y enamoramiento.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Trabajo y jubilación.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Reconocimiento del cuerpo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Salud y bienestar.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Atención y servicios a la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Vivienda y ambiente.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Cultura y tradición.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Relaciones familiares.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Relaciones generacionales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13. Sexualidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Muerte y duelo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Espiritualidad y religión.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Eventos significativos.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Cambios personales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Socialización y soledad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Comunicación personal.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Calidad de vida.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Reflexión y sabiduría.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Abuelidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Autonomía y funcionalidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Futuro y perspectiva.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Cuidadores.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Percep. Pers. Del propio env.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Imaginar. Y repres. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Convivencia y vida cot.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Perspectivas temporales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8

Como resultado encontramos que los dos únicos participantes masculinos, tienen una visión negativa de su propia vejez, siendo de esta manera que la actitud que tiene ante la vejez en general y negativa también. Aunque es claro mencionar que el participante más joven es el que tiene una visión más negativa de sí mismo, pues es él, quien tuvo un constante cambio en los comportamientos actitudinales mientras que el participante mayor tuvo una constante en sus comportamientos, sin embargo esto no quiere decir que posea una actitud positiva o estable relacionada con el tema.

En la participante BJS se observa que los comportamientos actitudinales son muy variados con relación a categorías, los comportamientos en su mayoría positivos abarcan aspectos interpersonales y del entorno de las cuales se obtienen las puntuaciones más altas; los comportamientos de relaciones generacionales y cambios personales (puntuaciones de 5). Mientras que en los comportamientos actitudinales puntuados de manera negativa se encuentran los relacionados con situaciones muy propias (interpersonales) como lo son: reconocimiento del cuerpo, salud y bienestar, relaciones familiares, muerte y duelo, eventos significativos, comunicación personal, futuro y perspectiva, convivencia y vida cotidiana y finalmente perspectivas temporales, obteniendo con una puntuación de -5 la categoría de bienestar y salud.

Al momento de realizar el test la participante contestó de manera fluida y constante, sus respuestas estaban dirigidas principalmente al cuidado del anciano como tal, sin embargo en relación a la comunicación o identificación de si mismo hay una actitud negativa. Al principio ella se resistía un poco a realizar el test, ponía de excusa a una de las residentes, aunque finalmente accedió y de la actitud que llegó a tomar fue de precaución y al momento de contestar las oraciones que tenían que ver con si misma ella volteaba a ver a la residente que cuidaba y sonreía o bien se concentraba en su tejido o solicitaba que se le repitiera la oración nuevamente.

En el Test de Lüscher solo los rubros + (objetivos deseados) tiene una carga negativa, mientras que en los demás rubros (situación presente, características coartadas, características rechazadas o suprimidas y problema actual) existe una personalidad un tanto rebuscada pues si es verdad que en algunas tiende a ser capaz de buscar su propio beneficio en otras busca la aceptación constante y mejoramiento de su imagen ante los demás. En el ámbito laboral busca sentirse afectivo si éste se ve amplio de influencia lo convierte en una persona desasosegada, se deja llevar por sus deseos y esperanzas. Trata de extender en demasía su campo de acción, esta inclinada a retraerse emocionalmente, lo que le impide llegar a asociarse con oportunidad, es susceptible a los estímulos externos, se siente limitado y busca cómo romper

con dichas limitaciones. Esta participante muestra una visión de la vejez muy distorsionada, puede y tolera ciertas características de la vejez, pero le es imposible ver su propia vejez, no se ve a sí misma con esas características o limitaciones propias de la edad.

La relación que se encontró en ambos test tiene que ver con otros y la forma en la que sobrelleva situaciones que considera limitantes, por ejemplo estaríamos hablando de las relaciones generacionales que para ella podrían verse como una limitante pero al final buscará la manera de ponerlo a su favor y desempeñar un buen papel, aunque también una de las relaciones que se encuentran de manera significativa tiene que ver con el cuidado que pone en lo que hace o está dispuesta hacer, dispone de tiempo para analizar sus actos.

Nombre: _____ BJS _____ Edad: 21 Sexo (M) (F) Fecha: _____

(Único) (Pretest) (Postest) Folio

ACTITUDES EVALUADAS	PUNTUACIONES																
	NEGATIVAS									POSITIVAS							
1. Concepción y rec. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Recreación y tiempo libre	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Satisfacción en la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Afectividad y enamoramiento.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Trabajo y jubilación.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Reconocimiento del cuerpo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Salud y bienestar.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Atención y servicios a la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Vivienda y ambiente.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Cultura y tradición.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Relaciones familiares.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Relaciones generacionales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13 Sexualidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Muerte y duelo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Espiritualidad y religión.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Eventos significativos.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Cambios personales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Socialización y soledad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Comunicación personal.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Calidad de vida.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Reflexión y sabiduría.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Abuelidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Autonomía y funcionalidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Futuro y perspectiva.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Cuidadores.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Percep. Pers. Del propio env.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Imaginar. Y repres. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Convivencia y vida cot.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Perspectivas temporales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8

La participante EAT tiene un resultado bastante positivo en el FIIRAV, todos sus comportamientos actitudinales están dirigidos a un nivel interpersonal y en su contexto aunque en su mayoría están dirigidas a este último, la puntuación más alta fue de 5 y está dirigida a la visión que ella tiene ante la cultura y tradición que le rodea. Mientras las puntuaciones negativas van dirigidas específicamente a condiciones de vivienda, relaciones familiares, sexualidad y perspectiva del futuro, todas obteniendo una puntuación máxima de -4 y enfocándose en comportamientos actitudinales muy propios (personales de relación y contacto con otros).

En la realización del test ella se mostró muy accesible, participativa atenta e interesada con el tema, muchas de sus oraciones estaban dirigidas a la atención y cuidado del anciano haciendo hincapié en la importancia y el valor de una persona mayor. Ella fue una de las pocas que al contestar el test involucraba situaciones de su vida, por ejemplo llegó a decir que;

“sabes...cuando era pequeña mí abuelita decía que la vejez era importante, pues es la etapa en la que uno ya aprendió y solo se preocupa por vivir tranquilo”

Además de que consideró también su propia vejez, mencionaba muy tranquila aunque un poco pensativa que no había pensado muy a fondo a cerca del tema, sin embargo decía dejar esto para el futuro, pues tiene aun planes por desarrollar y éstas finalmente ayudaron a que se preocupe por ello en el futuro.

En el Test de Lüscher sólo los rubros + (objetivos deseados) tiene una carga negativa, mientras que en los demás rubros (situación presente, características coartadas, características rechazadas o suprimidas y problema actual) la búsqueda de sus propios deseos y amplitud de su campo de confort para si misma lo que la puede llevar a actuar como una persona desasosegada y dejándose llevar por sus deseos y pasiones, de igual manera existe el temor de no poder lograr sus objetivos, sin embargo, es una persona determinada un tanto obstinada y rechaza recibir privilegios, es egocéntrica y fácilmente se

siente ofendida por los demás, su temor a no conseguir sus objetivos la lleva a realizar actividades ilusorias y sin sentido.

La relación encontrada en ambos test se dirige a la buena postura que llega a tener esta participante a ciertos temas ya que al parecer tiende a tener un buen manejo de las situaciones además de tener determinación, sin embargo una vez encontrado o lograda la meta tiende a enfrascarse en un estado de confort y eso puede provocar conflictos internos pues se genera una disonancia entre lo que desea y lo logrado. También buscará conseguir sus metas bajo diferentes actividades o situaciones siempre basándose en sus propios esfuerzos y bajo sus propios logros, pero muchas veces éstos logros no tienen sentido o dirección (esto es probable que la haga perder el enfoque de la meta y provoque el estado de confort).

En general la actitud del participante EAT es positiva ante el tema de la vejez, ve su propia vejez a través de los residentes y de su historia de vida, aunque demuestra desconfianza en ciertas áreas que la puedan desfavorecer en su vejez según su criterio.

Nombre: _____ EAT _____ Edad: 47 Sexo (M) (F) Fecha: _____

(Único) (Pretest) (Postest) Folio (_____)

ACTITUDES EVALUADAS	PUNTUACIONES																
	NEGATIVAS								POSITIVAS								
1. Concepción y rec. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Recreación y tiempo libre	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Satisfacción en la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Afectividad y enamoramiento.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Trabajo y jubilación.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Reconocimiento del cuerpo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Salud y bienestar.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Atención y servicios a la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Vivienda y ambiente.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Cultura y tradición.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Relaciones familiares.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Relaciones generacionales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13 Sexualidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Muerte y duelo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Espiritualidad y religión.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Eventos significativos.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Cambios personales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Socialización y soledad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Comunicación personal.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Calidad de vida.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Reflexión y sabiduría.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Abuelidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Autonomía y funcionalidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Futuro y perspectiva.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Cuidadores.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Percep. Pers. Del propio env.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Imaginar. Y repres. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Convivencia y vida cot.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Perspectivas temporales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8

La participante MR tiende a tener un comportamiento actitudinal muy variado, los comportamientos actitudinales contestados de manera positiva abarcan los temas de concepción de la vejez, satisfacción en la vejez, afectividad y enamoramiento, vivienda y ambiente, sexualidad, espiritualidad y religión, socialización y soledad, comunicación personal, calidad de vida, reflexión y sabiduría, abuelidad, cuidadores y finalmente convivencia y vida cotidiana., estos comportamientos actitudinales obtuvieron una puntuación máxima de 4 y una mínima de 3. Mientras que las puntuaciones negativas están dirigidas a los comportamientos actitudinales de índole interpersonal (recreación y tiempo libre, trabajo y jubilación, reconocimiento del cuerpo, salud y bienestar, atención y servicios a la vejez, cultura y tradición, relaciones familiares, relaciones generacionales, muerte y duelo, eventos significativos, cambios personales, autonomía y funcionalidad, futuro y perspectiva, percepción personal del propio envejecimiento, imaginar y representación de la vejez y finalmente perspectivas temporales), las puntuaciones obtenidas fueron de -4 y -3 respectivamente. Esta participante se negó varias veces a realizar los test, pues argumentaba que estaba ocupada o que simplemente no le interesaba realizarlos, su actitud fue negativa todo el tiempo desde el momento en que se comenzó la entrevista hasta el final, sin embargo hay que mencionar que ésta participante pidió realizar el test sola solicitando que se le explicará el procedimiento y basándose en ello lo haría en su hogar y lo entregaría posteriormente (lo cual fue negado) sus respuestas fueron muy concretas y simples, hubo oraciones en donde ella intentó preguntar a sus compañeras qué contestar (se le indicó que eso no se podía hacer), finalmente dejó de hacerlo y no tuvo interés alguno.

En el Test de Lüscher los rubros + (objetivos deseados), rubros x (situación presente) y rubros = (características coartadas) muestran una carga negativa alta, confía en que sus relaciones le proporcionen alivio y satisfacción (motivo por el cual solicita a sus compañeras ayuda al momento de responder su test), su pronta necesidad de ser aceptado lo induce a ser cordial con otros y a cambio pide cordialidad y comprensión, es receptivo a nuevas ideas y a sus frutos, busca condiciones que le permitan sentirse bien, además es afectada por la contrariedad de hacer valer sus derechos y al mismo tiempo se

encuentra indignada y resentida por estas contrariedades, busca adaptarse y seguir con su tranquilidad. En las demás funciones existen tensiones y se siente poco valorada en su situación actual y busca la oportunidad para demostrar su valor.

La relación encontrada en ambos test nos habla acerca de la manera en que esta busca situaciones que le hagan sentirse bien y si no las consigue esto puede provocarle angustia y conflictos externos (esto se nota cuando ella solicita realizar el test en su casa y se niega en variadas ocasiones que se le aplicará), también se puede ver la búsqueda de la reafirmación de sus relaciones (busca la ayuda de sus compañeras para contestar el test) y finalmente busca la adaptación de su entorno, buscando la adaptación a su preferencia (acepta realizar el test).

Esta participante tiene una visión negativa de lo que a los temas de vejez se relacionan, además de ser una persona que evitará ciertos temas para no entrar en conflicto, si bien es una persona dedicada y concentrada le es difícil relacionarse abiertamente con otros de manera emocional, generando en ella ciertas dudas de lo que realiza y con quien puede colaborar ya que siempre tratará de buscar un beneficio de la situación que se le presente.

Nombre: _____ MR _____ Edad: _25_ Sexo (M) (F) Fecha: _____

(Único) (Pretest) (Postest) Folio (_____)

ACTITUDES EVALUADAS	PUNTUACIONES																
	NEGATIVAS								POSITIVAS								
1. Concepción y rec. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Recreación y tiempo libre	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Satisfacción en la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Afectividad y enamoramiento.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Trabajo y jubilación.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Reconocimiento del cuerpo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Salud y bienestar.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Atención y servicios a la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Vivienda y ambiente.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Cultura y tradición.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Relaciones familiares.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Relaciones generacionales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13 Sexualidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Muerte y duelo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Espiritualidad y religión.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Eventos significativos.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Cambios personales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Socialización y soledad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Comunicación personal.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Calidad de vida.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Reflexión y sabiduría.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Abuelidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Autonomía y funcionalidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Futuro y perspectiva.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Cuidadores.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Percep. Pers. Del propio env.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Imaginar. Y repres. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Convivencia y vida cot.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Perspectivas temporales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8

La participante EEF muestra una actitud muy variada pues muestra ambos comportamientos, los comportamientos actitudinales que obtuvieron la puntuación positiva tiene una variedad de áreas (satisfacción en la vejez, afectividad y enamoramiento, trabajo y jubilación, atención y servicios a la vejez, vivienda y ambiente, relaciones generacionales,, muerte y duelo, espiritualidad y religión, cambios personales, comunicación personal, abuelidad, futuro y perspectiva, cuidadores, percepción personal del propio envejecimiento, imaginar y presentación de la vejez y convivencia y vida cotidiana), esta participante es de las pocas que ha obtenido en la mayoría de los comportamientos actitudinales una puntuación máxima de 5 (afectividad y enamoramiento, cambios personales, comunicación personal y abuelidad). Los comportamientos actitudinales calificados de manera negativa se encuentran entre varias áreas también y al igual que en las positivas esta participante ha alcanzado varias puntuaciones de -5 (concepción y recreación de la vejez, recreación y tiempo libre, relaciones familiares, sexualidad, calidad de vida y reflexión y sabiduría). Al momento de realizar el test ella se mostró muy accesible y sus respuestas fueron muy amplias, también mostró un poco de inconformismo con la forma de trato laboral, pues decía que según el turno y el lugar asignado era el trabajo a realizar y en ocasiones le parecía que estaba mal distribuido, el resultado del FIIRAV muestra que su actitud ante la vejez es variada según las condiciones que se muestren ante ella, las considerará buenas o malas.

Mientras que en el Test de Lüscher muestra en los rubros + (objetivos deseados) y rubros = (características coartadas) cargas negativas, evidenciando la sobre carga y el cansancio que tiene ante el trabajo, cree que las circunstancias actuales son hostiles, se siente cansada por su situación actual y conflictos que ello genera, de la misma manera oculta sus intenciones reales para que estos no sean expuestos, se angustia con facilidad cuando sus necesidades son malentendidos, considera estar sola y no contar con apoyo externo, tiende a ser egocéntrica y fácilmente se siente ofendida , en las demás funciones es complaciente y adaptable, se siente cómoda y en paz cuando está vinculado a grupo, desea tener todo el control de sus acciones y decisiones, busca que su independencia no se vea amenazada.

La relación encontrada en ambos test se dirige al estrés que experimenta en el ámbito laboral, la sobrecarga y el cansancio también juegan un papel importante en ambos test (menciona como se siente en su trabajo y cuales considera que son las condiciones que lo amenazan), además de que si se siente mal interpretada se escuda con excusas o simplemente se retira (reafirmaba sus respuestas si consideraba que algo había faltado o se le interpretaba de otra manera). Además se muestra como una persona accesible y complaciente si es que se siente vinculada con el grupo (al verse identificada con el entrevistador permitió realizar el test, esto debido a pláticas regulares que se suscitaron desde la llegada del mismo).

Siendo de esta manera se puede decir que esta participante tiene un concepto difuso de la vejez y le es complicado poder enfocar ese tema a su estilo de vida o aún futuro cercano. Sin embargo es capaz de cumplir con los requerimientos que le solicitan al momento de laborar esto siempre y cuando se sienta vinculada o sobrecogida en la dinámica laboral de otro modo buscara retirarse de la situación que le incómoda.

Nombre: _____ EEF _____ Edad: 40 Sexo (M) (F) Fecha: _____

(Único) (Pretest) (Postest) Folio (_____)

ACTITUDES EVALUADAS	PUNTUACIONES																
	NEGATIVAS								POSITIVAS								
1. Concepción y rec. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Recreación y tiempo libre	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Satisfacción en la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Afectividad y enamoramiento.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Trabajo y jubilación.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Reconocimiento del cuerpo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Salud y bienestar.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Atención y servicios a la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Vivienda y ambiente.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Cultura y tradición.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Relaciones familiares.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Relaciones generacionales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13 Sexualidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Muerte y duelo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Espiritualidad y religión.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Eventos significativos.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Cambios personales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Socialización y soledad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Comunicación personal.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Calidad de vida.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Reflexión y sabiduría.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Abuelidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Autonomía y funcionalidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Futuro y perspectiva.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Cuidadores.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Percep. Pers. Del propio env.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Imaginar. Y repres. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Convivencia y vida cot.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Perspectivas temporales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8

La participante LTC mostró un comportamiento actitudinal muy variado, tanto las puntuaciones negativas como positivas tiene una misma cantidad de áreas, sin embargo los comportamientos positivos están dirigidos al concepto de sí mismo y en áreas interpersonales (concepción y reconocimiento del a vejez, recreación y tiempo libre, satisfacción en la vejez, efectividad y enamoramiento, trabajo y jubilación, reconocimiento del cuerpo, relaciones generacionales, espiritualidad y religión, cambios personales, comunicación personal, reflexión y sabiduría, percepción personal del propio envejecimiento, imaginar y representación de la vejez y finalmente convivencia y vida cotidiana), todas obteniendo un valor máximo de 4. Mientras que las puntuaciones máximas obtenidas en valores negativos fue de -6 (cultura y tradición), las demás puntuaciones están entre -5 y -4 (salud y bienestar, atención y servicios a la vejez, vivienda y ambiente, relaciones familiares, sexualidad, muerte y duelo, eventos significativos, socialización y soledad, calidad de vida, abuelidad, autonomía y funcionalidad, futuro y perspectiva, cuidadores y finalmente perspectivas temporales). El desplazamiento de los comportamientos actitudinales no tiene una tendencia ya que dentro de las puntuaciones entran tanto unas como otras. Durante la aplicación del test mostró muy buena disponibilidad e interés y sus oraciones fueron extensas haciendo referencia a la forma de tratar a los residentes y las condiciones que debe tener una persona anciana (hablando de cuidados físicos), en cuanto a las áreas que hacen referencia a su propia vejez se ven las precarias condiciones que ella considera se pueden dar para optimizar su deceso o sus condiciones de salud.

En el Test de Lüscher los rubros +(objetivos deseados), rubros = (características coartadas) y rubros +- (problema actual) contienen una carga alta negativa, pues denota la necesidad de huir de lo que le desagrade o molesta, se angustia fácilmente con las situaciones, busca constantemente encontrarse en paz con sí misma, la ansiedad y la insatisfacción le han producido tensión, tiende a adoptar una actitud desdeñosa, desafiadora y tiende a desfogar esa tensión de manera enérgica lo cual provoca una cautela permanente ante sus actividades y ante la mirada de los demás, la visión que tiene ella de su futuro es angustiante y poco evocado.

La relación encontrada en ambos test esta dirigida hacia la forma en la que ella ve su futuro, la situación la angustia y es por ello que trata de no pensar en ello de manera recurrente (en la entrevista ella da respuestas cortas a las áreas que se relacionan con su propia vejez), de igual manera se nota en ambos la cautela con la que se relaciona con otros y con sí misma (al momento de realizar los test ella sólo habló acerca de procedimientos y cosas relacionadas con el procedimiento al cuidado de la persona mayor). La forma en la que se desarrollan sus respuestas al inicio son muy dadas a ser positivas sin embargo el desarrollo de las demás se encuentra muy disparada entre positivo y negativo, viéndose así una bipolaridad muy constante de actitud ante ciertas situaciones o contextos para finalmente regresar a una estabilidad que también varía entre las dos cargas (positiva y negativa), siendo así que la visión de la vejez es distorsionada.

Dicho lo anterior se puede hacer énfasis en lo relacionado con su trabajo ya que sobre este buscará realizarlo de manera eficaz siempre que sea supervisada o esté bajo el mando de otro.

Nombre: _____ LTC _____ Edad: 26 Sexo (M) (F) Fecha: __

(Único) (Pretest) (Postest) Folio (_____)

ACTITUDES EVALUADAS	PUNTUACIONES																
	NEGATIVAS								POSITIVAS								
1. Concepción y rec. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Recreación y tiempo libre	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Satisfacción en la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Afectividad y enamoramiento.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Trabajo y jubilación.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Reconocimiento del cuerpo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Salud y bienestar.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Atención y servicios a la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Vivienda y ambiente.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Cultura y tradición.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Relaciones familiares.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Relaciones generacionales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13 Sexualidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Muerte y duelo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Espiritualidad y religión.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Eventos significativos.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Cambios personales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Socialización y soledad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Comunicación personal.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Calidad de vida.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Reflexión y sabiduría.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Abuelidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Autonomía y funcionalidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Futuro y perspectiva.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Cuidadores.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Percep. Pers. Del propio env.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Imaginar. Y repres. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Convivencia y vida cot.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Perspectivas temporales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8

La participante AFO muestra una alta actitud positiva ante la vejez del otro, manteniendo una puntuación máxima de 4 en todos los comportamientos actitudinales (concepción de la vejez, Recreación y tiempo libre, Satisfacción en la vejez., Afectividad y enamoramiento, Trabajo y jubilación, Reconocimiento del cuerpo, Salud y bienestar, Atención y servicios a la vejez, Cultura y tradición, Relaciones familiares. Relaciones generacionales, Espiritualidad y religión, Comunicación personal, Calidad de vida, Reflexión y sabiduría, Abuelidad, Autonomía y funcionalidad, Futuro y perspectiva, y Cuidadores), mientras que al momento de hablar de su propia vejez y comportamientos personales se observa una actitud negativa, los puntos negativos van dirigidos también al contexto de la muerte y relación social, la puntuación máxima es de -4 en todos los comportamientos (vivienda y ambiente, sexualidad, muerte y duelo, eventos significativos, socialización y soledad, Percepción y perspectiva. Del propio envejecimiento, Imaginario y representación de la vejez y Perspectivas temporales). Ella al momento de realizar el test mostró poco interés y sus oraciones fueron concretas y simples, al menos las que tiene relación con su propia vejez, mientras que las que están relacionadas con el otro están estructuradas de manera diferente y con acentuación al cuidado físico de la persona.

En el Test de Lüscher los rubros con carga negativa son los rubros +- (problema actual), lo cual dice que es poco probable que se adecue a nuevas demandas o a cambios, además de ser una persona que se agita, irrita y es impredecible volviéndose intolerante a ciertas cosas, una de ellas es la demanda de nuevas situaciones llevándola a sentirse amenazada por su situación actual y busca constantemente una salida o que alguien se la proporcione, mientras que en las demás funciones habla de una personalidad egocéntrica, ordenada, metódica y autónoma. También intenta ampliar su campo de desempeño a un ambiente más cómodo y seguro para ella misma, también habla de una persona distante emocionalmente.

Lo encontrado en ambos test está relacionado con la intolerancia ante nuevas demandas que le generan estrés y desconfianza esto lo hace sentirse atacada provocando que se vuelva metódica y distante emocionalmente (al realizar los

test las preguntas relacionadas con su vejez se vieron coartadas al sentirse incómoda y dio respuestas simples y concretas), también se nota la búsqueda de una situación que le proporcione comodidad y desenvoltura (ella fue de las últimas a quien se les realizó el test y como resultado a los pocos días dejó el trabajo), además se encuentra la relación de ser una persona metódica, ordenada y autónoma (las respuestas que están dirigidas hacia la vejez del otro tiene estas características).

En general esta participante tiende a ver la vejez de otros, pero es incapaz de verse así misma en la condición de vejez, pues esto le provoca angustia y prefiere estar en una situación cómoda que no la amenace y la dejé desempeñarse de manera eficiente (sólo con el procedimiento a seguir, sin la demanda de involucrarse con alguien o algo emocionalmente).

Nombre: _____ AFO _____ Edad: 21 Sexo (M) (F) Fecha: _____

(Único) (Pretest) (Postest) Folio (_____)

ACTITUDES EVALUADAS	PUNTUACIONES																
	NEGATIVAS								POSITIVAS								
1. Concepción y rec. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Recreación y tiempo libre	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Satisfacción en la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Afectividad y enamoramiento.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Trabajo y jubilación.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Reconocimiento del cuerpo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Salud y bienestar.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Atención y servicios a la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Vivienda y ambiente.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Cultura y tradición.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Relaciones familiares.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Relaciones generacionales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13 Sexualidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Muerte y duelo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Espiritualidad y religión.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Eventos significativos.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Cambios personales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Socialización y soledad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Comunicación personal.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Calidad de vida.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Reflexión y sabiduría.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Abuelidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Autonomía y funcionalidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Futuro y perspectiva.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Cuidadores.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Percep. Pers. Del propio env.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Imaginar. Y repres. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Convivencia y vida cot.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Perspectivas temporales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8

La participante NFT mostró interés en la realización del test, sin embargo tenía dudas del por qué se estaba realizando, se mostró pensativa al momento de responder y al mismo tiempo estuvo al pendiente de una residente que tenía que cuidar, ella obtuvo puntuaciones máximas de 5 (afectividad y enamoramiento, atención y servicios a la vejez), mientras que en las demás obtuvieron una puntuación entre 3 y 4 respectivamente (Trabajo y jubilación, Reconocimiento del cuerpo, Salud y bienestar, relaciones familiares, Muerte y duelo, Espiritualidad y religión, Eventos significativos, Reflexión y sabiduría, Percepción y perspectiva del propio envejecimiento y Perspectivas temporales), los comportamientos actitudinales puntuados negativamente están dirigidos a lo interpersonal, las puntuaciones máximas fueron de -5 (salud y bienestar, Percepción personal del propio envejecimiento y perspectivas temporales), todos los demás comportamientos actitudinales fueron puntuados con -4 (trabajo y jubilación, reconocimiento del cuerpo, relaciones, familiares, muerte y duelo, espiritualidad y religión, eventos significativos y reflexión y sabiduría), sus oraciones fueron dirigidas al buen trato y calidad que se le puede dar a las personas ancianas, en cuanto a su visión de la vejez es difícil de decir con claridad, pues si es verdad que sus respuestas están dirigidas a una buena calidad de vida en muchas otras hay una visión negativa de si y de los demás en cuanto a lo social. Existe una bipolaridad en cuanto a sus respuestas.

En el Test de Lüscher los rubros + (objetivos deseados), rubros – (características rechazadas o suprimidas) y rubros +- (problema actual) tienen una alta carga negativa, pues busca estar en paz constantemente rechazando todo aquello que le desagrade, presenta estados de ansiedad a causa de frustraciones además de una autodefensa poco realista, tiene un constante temor a la posibilidad de no tener sentido las cosas o situaciones que realice, tiende a ser obstinada y desafiante. En las demás funciones existe la búsqueda de una atmósfera agradable e íntima, y la realización de autoevaluación y valoración de su estado actual, además es capaz de sacar lo mejor de ella ante una situación difícil.

La relación obtenida de ambos test está dirigida hacia la relación que ella pueda tener con los demás, tiende a poner todo su empeño en algo que

realice y ante situaciones estresantes, sin embargo tiende a huir de las situaciones que le son amenazantes y muy conflictivas de ello se deriva su poca confianza ante los demás (sus respuestas negativas fueron dirigidas hacia lo social específicamente), las cuestiones afectivas de atención tienen una alta carga positiva en el FIIRAV y en Lüscher tiene una valoración positiva acerca de la valoración de la situación difícil a la que sí se puede enfrentar o replantar las situaciones.

Nombre: _____ NFT _____ Edad: 23 Sexo (M) (F) Fecha: _____

(Único) (Pretest) (Postest) Folio (_____)

ACTITUDES EVALUADAS	PUNTUACIONES																
	NEGATIVAS								POSITIVAS								
1. Concepción y rec. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Recreación y tiempo libre	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Satisfacción en la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Afectividad y enamoramiento.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Trabajo y jubilación.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Reconocimiento del cuerpo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Salud y bienestar.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Atención y servicios a la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Vivienda y ambiente.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Cultura y tradición.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Relaciones familiares.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Relaciones generacionales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13 Sexualidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Muerte y duelo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Espiritualidad y religión.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Eventos significativos.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Cambios personales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Socialización y soledad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Comunicación personal.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Calidad de vida.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Reflexión y sabiduría.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Abuelidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Autonomía y funcionalidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Futuro y perspectiva.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Cuidadores.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Percep. Pers. Del propio env.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Imaginar. Y repres. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Convivencia y vida cot.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Perspectivas temporales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8

La participante RGE muestra de los 29 comportamientos actitudinales 6 fueron puntuados como positivos, teniendo una puntuación máxima de 6 (autonomía y funcionalidad) y una mínima de 4 (afectividad y enamoramiento, salud y bienestar, eventos significativos, abuelidad y percepción Personal Del propio envejecimiento), enfocados sólo en aspectos interpersonales. Su actitud negativa está muy marcada en cuestiones sociales aunque también se dirige de manera significativa a ciertos aspectos interpersonales, está participante es la que ha conseguido un puntaje máximo de -6 (satisfacción en la vejez, Cultura y tradición, Muerte y duelo, Espiritualidad y religión, Cambios personales, Comunicación personal, Reflexión y sabiduría), y una oscilación entre -5 y -4 respectivamente en los demás comportamientos actitudinales (Concepción y reconocimiento de la vejez, Recreación y tiempo libre, Trabajo y jubilación, Reconocimiento del cuerpo, Atención y servicios a la vejez, Vivienda y ambiente, Relaciones familiares. Relaciones generacionales, Sexualidad, socialización y soledad, calidad de vida, Futuro y perspectiva, Cuidadores, Percepción personal del propio envejecimiento, Imaginario y representación de la vejez, Convivencia y vida cotidiana y Perspectivas temporales). Ella es la que ha tenido mayor puntaje negativo, la actitud que la participante tomó ante el test fue de cautela e interrogación al mismo tiempo, contestaba después de pensarlo por varios segundos y añadía una pregunta para el entrevistador, señalando un poco su conocimiento en términos médicos y añadiendo si este era del conocimiento del mismo , enfatizaba sus conocimientos y su forma de pensar a cerca de la vejez desde una perspectiva gerontológica, además de preguntar el interés de la prueba en relación con los residentes y si había alguna utilidad en ello o no.

El en Test de Lüscher los rubros + (objetivos deseados), rubros – (características rechazadas o suprimidas) y rubros +- (problema actual) poseen una carga negativa alta evidenciando el cansancio, la irritabilidad y provocando tener accesos de ira y el sometimiento al estrés constante y hasta cierto punto intolerancia a ciertos estímulos ambientales, muestra una constante rebelión impotente, aplica normas muy estrictas para la elección de relaciones interpersonales, busca condiciones apacibles y tranquilas donde sentirse segura y querida, en las demás funciones se nota la búsqueda de

una relación íntima en una atmósfera que le proporcione paz y tranquilidad además de que busca la perfección irrealista y estabilidad emocional en todos los sentidos.

La relación encontrada en ambos test es que es una persona que se protege ante todas las situaciones que la rodean y en la que se siente amenazada, provocando que refuerce sus normas de contacto con los demás (cuando se le hacía las preguntas ella respondía con otra y con ello evaluaba al entrevistador), también se ve la eficacia al momento del procedimiento que se sigue o de acuerdo a sus normas, es regida siempre por ellas, siempre tiene que haber un procedimiento a todo lo que realice pues esto le proporciona tranquilidad, busca tener el control de la situación (en la entrevista ella intentó tener el control en todo momento de sus respuestas y de las respuestas mismas del entrevistador).

De todas está participante es la que ha tenido mayor negativa ante la vejez, no sólo se habla de que le sea difícil manejar la vejez de otros sino que también le es complicado manejar su propio ideal de vejez. Las situaciones o contextos que la rodean se le ven amenazantes y eso la lleva a actuar de manera mecánica y normativa ante mucho de lo que realiza, es por ello que se busca el reconocimiento del jefe la mayoría del tiempo y en menor grado la de sus compañeros, siendo esta una de sus normativas para poder desempeñarse laboralmente (mayor reconocimiento sería igual a mayor desempeño laboral).

Nombre: _____ RGE _____ Edad: 29 Sexo (M) (F) Fecha: _____

(Único) (Pretest) (Postest) Folio (_____)

ACTITUDES EVALUADAS	PUNTUACIONES																
	NEGATIVAS								POSITIVAS								
1. Concepción y rec. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Recreación y tiempo libre	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Satisfacción en la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Afectividad y enamoramiento.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Trabajo y jubilación.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Reconocimiento del cuerpo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Salud y bienestar.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Atención y servicios a la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Vivienda y ambiente.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Cultura y tradición.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Relaciones familiares.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Relaciones generacionales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13 Sexualidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Muerte y duelo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Espiritualidad y religión.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Eventos significativos.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Cambios personales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Socialización y soledad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Comunicación personal.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Calidad de vida.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Reflexión y sabiduría.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Abuelidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Autonomía y funcionalidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Futuro y perspectiva.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Cuidadores.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Percep. Pers. Del propio env.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Imaginar. Y repres. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Convivencia y vida cot.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Perspectivas temporales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8

La participante AGZ muestra un constante cambio en sus comportamientos actitudinales como se muestra en el perfil, existe un vaivén de emociones según las condiciones en las que se encuentre, sin embargo se puede señalar que los comportamientos actitudinales puntuados de manera positiva están dirigidos a actitudes que se relacionan con las relaciones interpersonales que pueda tener, los valores máximos son de 4 (cultura y tradición, futuro y perspectiva) mientras que los demás obtuvieron un valor entre 3 y 2 (afectividad y enamoramiento, Reconocimiento del cuerpo, Atención y servicios a la vejez, sexualidad, calidad de vida, abuelidad, Imaginar. Y representación de la vejez, Convivencia y vida cotidiana). Mientras que las puntuaciones negativas encontradas tiene que ver con el contexto y en relación con otros obteniendo un valor máximo de 4 (trabajo y jubilación, relaciones familiares, cambios personales, comunicación personal, reflexión y sabiduría, cuidadores), y unos valores mínimos de 3 (recreación y tiempo libre, salud y bienestar, Muerte y duelo, Espiritualidad y religión, Eventos significativos, socialización y soledad, autonomía y funcionalidad) y 2 (vivienda ,ambiente y perspectivas temporales). Al momento de realizar el test ella fue muy activa y participativa, en las oraciones que no le parecían ella sonreía y hacía bromas acerca de ese tema, como lo son la relación interpersonal, calidad de vida, autonomía, cuidadores, ambiente, funcionalidad y perspectiva hacia el futuro. Ella junto con otra compañera fueron las únicas que relacionaban las oraciones con algún familiar en lugar de un residente del centro.

En cuanto al Test de Lüscher los rubros – (características rechazadas o suprimidas) y rubros +- (problema actual) son las que poseen una carga negativa, ante la posibilidad de no cumplir sus propias expectativas le provoca tensión y ansiedad, desea tener un contacto personal con otros y oportunidades para su desarrollo pero cree que sus asociaciones son superficiales y que su progreso esta impedido, reacciona con gran actividad y celo encaminado a lograr sus objetivos a toda costa. En las demás funciones habla de que intenta realizar una vida de experiencias pero sin la necesidad de una vinculación íntima con los demás y sin que estas estén sujetas a crisis o problemas que la puedan afectar, tiene dificultad en hacer frente a las

exigencias que se le presentan, pareciéndole que le están exigiendo un sobreesfuerzo y desea que la situación se resuelva.

La relación encontrada en ambos test se dirige a la búsqueda de la realización de sus metas bajo la ayuda de otros sin la necesidad de involucrarse directamente con los demás (ella tuvo una participación muy activa y al finalizar el test pregunto de manera muy metódica como el test podría ayudarla a mejorar en su trabajo, antes de eso ella no había tenido mucho contacto con el entrevistador), no se desvincula de manera total pues tiene actitudes de amabilidad y servicio si estas cerca de ella, pero una vez fuera de su alcance pierde interés al menos que le proporcionen algo que ella considera para su buen desarrollo. Persona que se encarga de cumplir su labor de manera eficiente. Existen ciertos temas que le son difícil de manejar sin embargo busca la manera de sobrellevarlos, si en caso de ser demasiado exigentes o demandantes se sobre esfuerza y trata de buscar solución con experiencias pasadas (su propia historia de vida). Aunque si la situación la sobrepasa intentará que alguien resuelva la situación por ella.

Ella al igual que muchas de sus compañeras tiene una visión de la vejez distorsionada, puede observar la vejez de los demás pero no es seguro que comprenda lo que ello implica en una manera total, de igual manera el ver su vejez es algo que le cuesta trabajo ya que ella ve su vida día a día para no entrar en conflicto con las perspectivas que pueda provocarse al no lograr metas o su desarrollo deseado.



PERFIL DE LAS ACTITUDES EVALUADAS CON EL TEST FIIRAV



Nombre: _____ AGZ _____ Edad: 38 Sexo (M) (F) Fecha: _____

(Único) (Pretest) (Postest) Folio (_____)

ACTITUDES EVALUADAS	PUNTUACIONES																
	NEGATIVAS								POSITIVAS								
1. Concepción y rec. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Recreación y tiempo libre	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Satisfacción en la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Afectividad y enamoramiento.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Trabajo y jubilación.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Reconocimiento del cuerpo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Salud y bienestar.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Atención y servicios a la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Vivienda y ambiente.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Cultura y tradición.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Relaciones familiares.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Relaciones generacionales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13 Sexualidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Muerte y duelo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Espiritualidad y religión.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Eventos significativos.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Cambios personales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Socialización y soledad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Comunicación personal.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Calidad de vida.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Reflexión y sabiduría.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Abuelidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Autonomía y funcionalidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Futuro y perspectiva.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Cuidadores.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Percep. Pers. Del propio env.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Imaginar. Y repres. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Convivencia y vida cot.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Perspectivas temporales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8

La participante AJH muestra al igual que la mayoría de las participantes una bipolaridad en los comportamientos actitudinales pero las puntuaciones positivas se encuentran en un máximo de 4 y están dirigidas de manera que abarca en su mayoría todos los comportamientos actitudinales, tanto interpersonales como de contexto y relación con otros (Concepción y reconocimiento de la vejez, Recreación y tiempo libre, Satisfacción en la vejez., Afectividad y enamoramiento, Trabajo y jubilación, salud y bienestar, Relaciones familiares. Relaciones generacionales, Sexualidad, Muerte y duelo, Espiritualidad y religión, Cambios personales, Socialización y soledad, Calidad de vida, Reflexión y sabiduría, Abuelidad, Cuidadores, Percepción personal del propio envejecimiento y perspectivas temporales), mientras que los comportamientos actitudinales puntuados como negativos están más dirigidos a situaciones personales teniendo una puntuación máxima de -4 (reconocimiento del cuerpo, atención a servicios a la vejez, vivienda y ambiente, cultura y tradición, eventos significativos, comunicación personal, autonomía y funcionalidad, futuro y perspectiva, Imaginar. Y representación de la vejez, Convivencia y vida cotidiana). Al realizar el test ella actuó de manera muy participativa y activa, sus respuestas eran concretas y trataba de ser clara al momento de decirlas. No se mostró incómoda ni mucho menos preocupada por cometer algún error o alterar lo que estaba respondiendo.

En el Test de Lüscher ella es la única que no tiene ningún tipo de carga negativa en los rubros (objetivos deseados, situación presente, características coartadas, características rechazadas o suprimidas y problema actual), y se encuentra que es una persona que busca una relación afectiva que le proporcione realizarse y le brindé felicidad, es entusiasta, colaboradora y es adaptable si es necesario para lograr una unión perfecta, tiene iniciativa para superar obstáculos y dificultades. Ocupa un puesto con autoridad en el que ejerce control sobre los acontecimientos. Corresponde ante las situaciones con cierto control, necesita protegerse contra su tendencia a ser demasiado confiado ya que puede ser malentendida o explotada por los demás, por lo

tanto busca una relación que le proporcione tranquilidad y comprensión y en la que cada cual sepa en qué situación está el otro.

La relación encontrada en ambos test se ve dirigida a la forma en la que se compromete con lo que hace y busca (al realizar el test se vio muy participativa y comprometida con sus respuestas), también se reafirma la posición que tiene dentro del centro gerontológico y la dirección que toma en cuanto a su labor dentro del mismo. Hay actitudes en ambos test que hablan de la disponibilidad de resolver situaciones externas que se encuentren en su campo de visión.

Ella al igual que muchas de sus compañeras tiene una visión de la vejez distorsionada, puede observar la vejez desde un plano dirigido a las necesidades básicas y funcionalidad de la misma, sin embargo le es difícil aplicar lo mismo a su propia experiencia de vida y a una perspectiva hacia el futuro, analiza todo desde una misma perspectiva y eso dificulta su amplitud en relación a su propio estilo de vida.



PERFIL DE LAS ACTITUDES EVALUADAS CON EL TEST FIIRAV



Nombre: _____ AJH _____ Edad: 28 Sexo (M) (F) Fecha: _____

Único (Pretest) (Postest) Folio (_____)

ACTITUDES EVALUADAS	PUNTUACIONES																
	NEGATIVAS								POSITIVAS								
1. Concepción y rec. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Recreación y tiempo libre	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Satisfacción en la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Afectividad y enamoramiento.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Trabajo y jubilación.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Reconocimiento del cuerpo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Salud y bienestar.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Atención y servicios a la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Vivienda y ambiente.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Cultura y tradición.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Relaciones familiares.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Relaciones generacionales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13 Sexualidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Muerte y duelo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Espiritualidad y religión.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Eventos significativos.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Cambios personales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Socialización y soledad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Comunicación personal.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Calidad de vida.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Reflexión y sabiduría.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Abuelidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Autonomía y funcionalidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Futuro y perspectiva.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Cuidadores.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Percep. Pers. Del propio env.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Imaginar. Y repres. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Convivencia y vida cot.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Perspectivas temporales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8

La participante EJCR muestra un cambio muy drástico en los comportamientos actitudinales, sin embargo esta participante es una de las que consiguió obtener un puntaje máximo de 5 en los comportamientos actitudinales puntuados como positivos y que están dirigidos a situaciones interpersonales (recreación y tiempo libre, afectividad y enamoramiento, cultura y tradición, cambios personales, comunicación personal, Imaginar. Y representación de la vejez), mientras que los demás comportamientos se encuentran puntuados con un valor mínimo de 4 (concepción y reconocimiento de la vejez, Satisfacción en la vejez., Atención y servicios a la vejez, Vivienda y ambiente, Relaciones familiares. Relaciones generacionales, Sexualidad, espiritualidad y religión, socialización y soledad, Abuelidad, Autonomía y funcionalidad, Cuidadores, Convivencia y vida cotidiana). Mientras que los valores asignados negativamente alcanzan un máximo de -6 (cultura y tradición, cambios personales), y un mínimo de -4 (Trabajo y jubilación, Reconocimiento del cuerpo, Salud y bienestar, muerte y duelo, eventos significativos, Calidad de vida, Reflexión y sabiduría, futuro y perspectiva, Percepción personal del propio envejecimiento, Perspectivas temporales). Al momento de realizar el test se mostró desconfiada y precavida, sus respuestas fueron muy esquivas y al mismo tiempo parecía realizar preguntas, hubo oraciones que no quiso contestar y que intento no repetir, solicitaba que se dejaran pasar y que al final se retomaran, sin embargo al finalizar el test abiertamente mostró el desinterés de llegar a la vejez, admitía que le daba miedo pues no sabía si tendría lo suficiente para vivir bien o terminaría como los residentes en un asilo al cuidado de gente desconocida. Además de argumentar que nunca había trabajado con viejos y que en casa no hay mucho contacto con ellos, por eso es la razón de no querer llegar a la vejez pues nunca ha vivido de cerca esa etapa de la vida.

En el Test de Lüscher los rubros – (características rechazadas o suprimidas) y rubros +- (problema actual) muestran una carga negativa dando lugar a frustraciones causadas por una situación de tensión, tiene un deseo frustrado de independencia, su vitalidad agotada han producido intolerancia hacia cualquier nueva estimulación o demanda sobre sus recursos. Existe una

sensación de impotencia justamente con la frustración de no poder controlar los sucesos, se somete a agitaciones e irritación grave. Trata de escapar de todo aquello que le molesta, busca con insistencia y basada en sus puntos de vista tener la razón, pero fracasa a menudo, con facilidad se ofende. En las demás funciones quiere impresionar favorablemente a los demás y conseguir su reconocimiento, es suspicaz, imaginativo y sensible, lo insólito y la aventura despiertan en ella entusiasmo.

La relación encontrada en ambos test tiene que ver con la sensación de impotencia cuando se encuentra ante situaciones estresantes (en este caso fue al momento de realizar el test, se sentía estresada ante las preguntas y buscó la manera de liberarse mediante la devolución de la pregunta al entrevistador), busca tener la razón y con ello el control de la situación para no sentirse amenazada (al finalizar el test ella expresa por que le costó tanto trabajo contestar algunas preguntas). También busca sentirse comprendida y apoyada en sus resoluciones y a base de su propio criterio (al exponer sus razones al finalizar el test pidió al entrevistador que diera su opinión acerca de lo que ella pensaba).

Esta participante tiene una visión distorsionada de lo que al tema de la vejez se trata, todos los comportamientos actitudinales tiene una bipolaridad muy marcada y ésto puede hablar de una persona que puede observar la vejez más no abarcar el tema en su totalidad o todo lo que ello implica, además de que le tiene miedo a su propia vejez.



PERFIL DE LAS ACTITUDES EVALUADAS CON EL TEST FIIRAV



Nombre: _____ EJCRCR _____ Edad: 20 Sexo (M) (F) Fecha: _____

(Único) (Pretest) (Postest) Folio (_____)

ACTITUDES EVALUADAS	PUNTUACIONES																
	NEGATIVAS								POSITIVAS								
1. Concepción y rec. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Recreación y tiempo libre	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Satisfacción en la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Afectividad y enamoramiento.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Trabajo y jubilación.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Reconocimiento del cuerpo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Salud y bienestar.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Atención y servicios a la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Vivienda y ambiente.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Cultura y tradición.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Relaciones familiares.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Relaciones generacionales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13 Sexualidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Muerte y duelo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Espiritualidad y religión.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Eventos significativos.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Cambios personales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Socialización y soledad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Comunicación personal.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Calidad de vida.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Reflexión y sabiduría.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Abuelidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Autonomía y funcionalidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Futuro y perspectiva.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Cuidadores.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Percep. Pers. Del propio env.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Imaginar. Y repres. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Convivencia y vida cot.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Perspectivas temporales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8

La participante MGCM muestra una variabilidad en los comportamientos actitudinales, los comportamientos puntuados de manera positiva están dirigidos a relaciones interpersonales, contexto y relaciones sociales obteniendo una puntuación máxima de 4 (Recreación y tiempo libre, Satisfacción en la vejez., Afectividad y enamoramiento, Trabajo y jubilación, Reconocimiento del cuerpo, Salud y bienestar, Relaciones generacionales, Sexualidad, vivienda y ambiente, Socialización y soledad, Comunicación personal, Calidad de vida, Reflexión y sabiduría, Abuelidad, Imaginar. Y representación de la vejez), mientras que las puntuaciones negativas se dirigen a perspectivas de índole interpersonal obteniendo una puntuación máxima de -5 (cultura y tradición, Convivencia y vida cot, Perspectivas temporales), y una media de -4 (recreación y tiempo libre, atención y servicios a la vejez, relaciones familiares, Muerte y duelo, Espiritualidad y religión, Eventos significativos, Cambios personales, Autonomía y funcionalidad, Cuidadores, Percepción personal del propio envejecimiento) y una puntuación mínima de -2 (Futuro y perspectiva). Esta participante mostró temor, desconcierto y desconfianza cuando se le solicitó realizar el test, su voz era muy baja y constantemente bajaba la mirada, se veía asustada y las oraciones fueron cortas e indecisas, en el momento de realizar el test se volvió tímida y hermética, en el FIIRAV se observa la negatividad ante su vejez, muestra cierta estabilidad pero de un momento a otro se ve la negatividad en las oraciones que hablan de ella se mostró muy poco confiada y en lo que respecta a los demás ella intentaba contestar con mayor claridad.

En el Test de Lüscher el rubro + (objetivos deseados) y rubro – (características rechazadas o suprimidas) cuentan con carga negativa mostrando impaciencia, desasosiego y tendencia a la depresión, además de moverse por sus impulsos, la falta de realización le inquieta e impacienta. En los demás rubros (situación presente, características coartadas y problema actual) se habla de una persona imaginativa y sensible; busca una salida para estas cualidades especialmente en compañía de alguien más, las circunstancias la llevan a refrenarse en sus exigencias y esperanzas y a abstenerse por el momento de algunas cosas que quiere. Teme que le impidan lograr las cosas

que quiere aumentar ya sea sus necesidad a la libertad y a estar sin conflictos, por ello una de sus metas es encontrar estabilidad y tranquilidad.

La relación encontrada en ambos test se relaciona con la poca confianza que está tiene de si misma mostrando impaciencia, desasosiego y tendencia a la depresión (se observa la momento de realizar el test en la forma que se muestra temerosa y desconcertada cuando se le solicitó además de mostrar poca confianza al responder (cómo ya se había mencionado sus acciones la hacían verse asustada), también teme verse expuesta o que se le exija en demasía cosas que ella considera no ser apta. Se esfuerza mucho para seguir el ritmo de las demás pero le es difícil y opta por abandonar la situación estresante (Esta participante dejo de laborar aproximadamente una semana después de haberle aplicado los test). Ella tiene una visión de la vejez negativa, le es difícil ver la vejez más allá de un medio de trabajo y como consecuencia le es difícil verse a sí misma en esa etapa.



PERFIL DE LAS ACTITUDES EVALUADAS CON EL TEST FIIRAV



Nombre: _____ MGCM _____ Edad: 30 Sexo (M) (F) Fecha: _____

(Único) (Pretest) (Postest) Folio (_____)

ACTITUDES EVALUADAS	PUNTUACIONES																
	NEGATIVAS									POSITIVAS							
1. Concepción y rec. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Recreación y tiempo libre	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Satisfacción en la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Afectividad y enamoramiento.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Trabajo y jubilación.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Reconocimiento del cuerpo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Salud y bienestar.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Atención y servicios a la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Vivienda y ambiente.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Cultura y tradición.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Relaciones familiares.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Relaciones generacionales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13 Sexualidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Muerte y duelo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Espiritualidad y religión.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Eventos significativos.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Cambios personales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Socialización y soledad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Comunicación personal.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Calidad de vida.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Reflexión y sabiduría.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Abuelidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Autonomía y funcionalidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Futuro y perspectiva.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Cuidadores.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Percep. Pers. Del propio env.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Imaginar. Y repres. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Convivencia y vida cot.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Perspectivas temporales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8

La participante RAP obtuvo sólo una puntuación positiva y tiene que ver con la afectividad y el enamoramiento obteniendo una puntuación de 5, mientras que en todos los comportamientos actitudinales restantes ella tiene una visión negativa de su vejez y de la vejez de los otros, teniendo una puntuación máxima de -5 (recreación y tiempo libre, satisfacción en la vejez, perspectivas temporales) y un mínimo de -4 (Concepción y reconocimiento de la vejez, Trabajo y jubilación, Reconocimiento del cuerpo, Salud y bienestar, Atención y servicios a la vejez, Vivienda y ambiente, Cultura y tradición, Relaciones familiares. Relaciones generacionales, Sexualidad, Muerte y duelo, Espiritualidad y religión, Eventos significativos, Cambios personales, Socialización y soledad, Comunicación personal, Calidad de vida, Reflexión y sabiduría, Abuelidad, Autonomía y funcionalidad, Futuro y perspectiva, Cuidadores, Percepción personal del propio envejecimiento, Imaginar. Y representación de la vejez, Convivencia y vida cotidiana). Fue una de las que no quería realizar el test, excusando que no tenía tiempo y que la labor que tenía que hacer no era fácil y que no podía dejar a los residentes solos por mucho tiempo, sin embargo aceptó a realizar el test de manera brusca y a prisas, su molestia se notó al momento que realizaba el test (ella hacía muecas cada vez que se le decía alguna oración), de todas las participantes está es la que ha tenido mayor índice de negatividad en sus respuestas (el test se aplicó en dos partes, pues buscaba con cualquier excusa dejar de hacerlo por lo que se puede decir que es por esta razón que las puntuaciones son en su totalidad negativas).

En el Test de Lüscher sólo el rubro – (características rechazadas o suprimidas) es negativa y habla acerca de sentirse despreciado y poco valorado, se siente humillado por falta de aprecio, en los demás rubros (objetivos deseados, situación presente, características coartadas y problema actual) se orienta hacia una vida de experiencias y hacía un vínculo íntimo que le ofrezca seguridad, es insegura y busca estabilizarse y encontrar un lugar que le proporcione un ambiente que le provee mayor seguridad y tranquilidad, aunque también busca moverse con libertad y de un modo desinhibido, pero

es coartado por su necesidad de fundar todas las cosas sobre bases racionales, coherentes y claramente definidas.

La relación encontrada en ambos test nos habla acerca de la manera en que esta participante busca situaciones que le hagan sentirse bien y si no las consigue esto puede provocarle angustia (se reusó en varias ocasiones a realizar el test, argumentando que tenía mucho que hacer), muestra una actitud insegura ante sus acciones y esto puede causar que deje situaciones o cosas sin terminar o que las prolongue por tiempos (el test se realizó en diferentes tiempo porque la participante alegaba tener algo importante que realizar). Es una persona que no se compromete tan fácilmente con lo que realiza y con sus relaciones personales, además enfatiza su contacto con otros según características muy específicas ya sea físicas o habilidades (se observó en la forma en la que trababa a los residentes según su condición y aspecto físico)

Esta participante es la que tiene una visión totalmente negativa de la vejez, no sólo se habla de la vejez de los demás sino que también se habla de su propia vejez.



PERFIL DE LAS ACTITUDES EVALUADAS CON EL TEST FIIRAV



Nombre: _____ RAP _____ Edad: 23 Sexo **(M)** (F) Fecha: _____

(Único) (Pretest) (Postest) Folio (_____)

ACTITUDES EVALUADAS	PUNTUACIONES																
	NEGATIVAS								POSITIVAS								
1. Concepción y rec. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Recreación y tiempo libre	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Satisfacción en la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Afectividad y enamoramiento.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Trabajo y jubilación.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Reconocimiento del cuerpo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Salud y bienestar.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Atención y servicios a la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Vivienda y ambiente.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Cultura y tradición.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Relaciones familiares.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Relaciones generacionales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13 Sexualidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Muerte y duelo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Espiritualidad y religión.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Eventos significativos.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Cambios personales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Socialización y soledad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Comunicación personal.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Calidad de vida.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Reflexión y sabiduría.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Abuelidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Autonomía y funcionalidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Futuro y perspectiva.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Cuidadores.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Percep. Pers. Del propio env.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Imaginar. Y repres. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Convivencia y vida cot.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Perspectivas temporales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8

La participante MCC ha sido de todas la que ha obtenido un puntaje muy alto en ambas categorías sus puntajes sobre pasan los de sus compañeras de trabajo, las demás tiene un porcentaje mayor a 5 o 6 en ambas puntuaciones, sin embargo ella cuenta con puntuaciones de 7 entre positivas y negativas. El comportamiento actitudinal que marca este puntaje positivo corresponde a satisfacción en la vejez, los demás puntajes positivos oscilan entre 6 (abuelidad, cuidadores, Imaginar. Y representación de la vejez), 5 (salud y bienestar, cultura y tradición, espiritualidad y religión, socialización y soledad, reflexión y sabiduría, futuro y perspectivas) y 4 (cambios personales, perspectivas temporales, calidad de vida), todas estas puntuaciones hacen referencia a comportamientos que están dirigidos de manera distribuida entre relaciones interpersonales, contexto y relación con otros, mientras que la puntuaciones negativas oscilan entre -7 (reconocimiento del cuerpo), -6 (vivienda y ambiente, sexualidad, muerte y duelo, Percepción personal del propio envejecimiento, Convivencia y vida cotidiana), -5 (Concepción y reconocimiento de la vejez, Relaciones familiares. Comunicación personal, Autonomía y funcionalidad) y -4 (Atención y servicios a la vejez, Eventos significativos). Ella se mostró muy directa al momento de realizar el test, en general todas sus oraciones abarcan mucho de lo que ella ha trabajado en otras instituciones geriátricas y se basó también en su vida personal, si bien hay un constante cambio de comportamientos actitudinales no necesariamente ésto nos hablará de una visión totalmente negativa o positiva, ella ha sido de las pocas participantes que ha relacionado en totalidad sus experiencias con las respuestas de la prueba. Se estaría hablando de que hay situaciones o actitudes que son aceptadas por ella, sin embargo esto no quiere decir que se han de su agrado o que piense seriamente en lo que ello significa a nivel personal.

En el Test de Lüscher ella es junto con otra compañera las únicas que no obtuvieron puntuaciones negativas en ninguno de los rubros (situación presente, características coartadas, características rechazadas o suprimidas y problema actual), obteniendo una personalidad en busca de éxito y una vida

plena de experiencia e intensamente, desea desenvolverse con libertad y librarse de las deudas personales, es entusiasta y tener contacto con los demás; le gusta todo lo que sea novedoso y moderno o curioso además de desarrollar interés por muchas cosas y quiere expandir sus campos de acción siendo optimista en su futuro. Lucha constantemente para mejorar su imagen a los ojos de los demás y así conseguir que lo acepten, tiende a retraerse sentimentalmente lo cual le impide llegar a asociarse con profundidad, lucha contra las restricciones y limitaciones; insiste en desarrollarse libremente como resultado de sus propios esfuerzos y tiene una autodeterminación expectante.

La relación encontrada en ambos test se dirige hacia la utilidad que ella encuentra en experiencias pasadas (dentro y fuera del área trabajo), la forma de relacionarse se acopla bien con esto pues busca que sus relaciones se han similares a las experiencias vividas (gratas o desagradables) se basa la mayor parte de sus acciones en este criterio.



PERFIL DE LAS ACTITUDES EVALUADAS CON EL TEST FIIRAV



Nombre: _____ MCC _____ Edad: 32 Sexo (M) (F) Fecha: __

(Único) (Pretest) (Postest) Folio (_____)

ACTITUDES EVALUADAS	PUNTUACIONES																
	NEGATIVAS								POSITIVAS								
1. Concepción y rec. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Recreación y tiempo libre	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Satisfacción en la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Afectividad y enamoramiento.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Trabajo y jubilación.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Reconocimiento del cuerpo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Salud y bienestar.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Atención y servicios a la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Vivienda y ambiente.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Cultura y tradición.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Relaciones familiares.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Relaciones generacionales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13 Sexualidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Muerte y duelo.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Espiritualidad y religión.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Eventos significativos.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Cambios personales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Socialización y soledad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Comunicación personal.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Calidad de vida.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Reflexión y sabiduría.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Abuelidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Autonomía y funcionalidad.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Futuro y perspectiva.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Cuidadores.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
26. Percep. Pers. Del propio env.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Imaginar. Y repres. De la vejez.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
28. Convivencia y vida cot.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8
29. Perspectivas temporales.	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	6	7	8

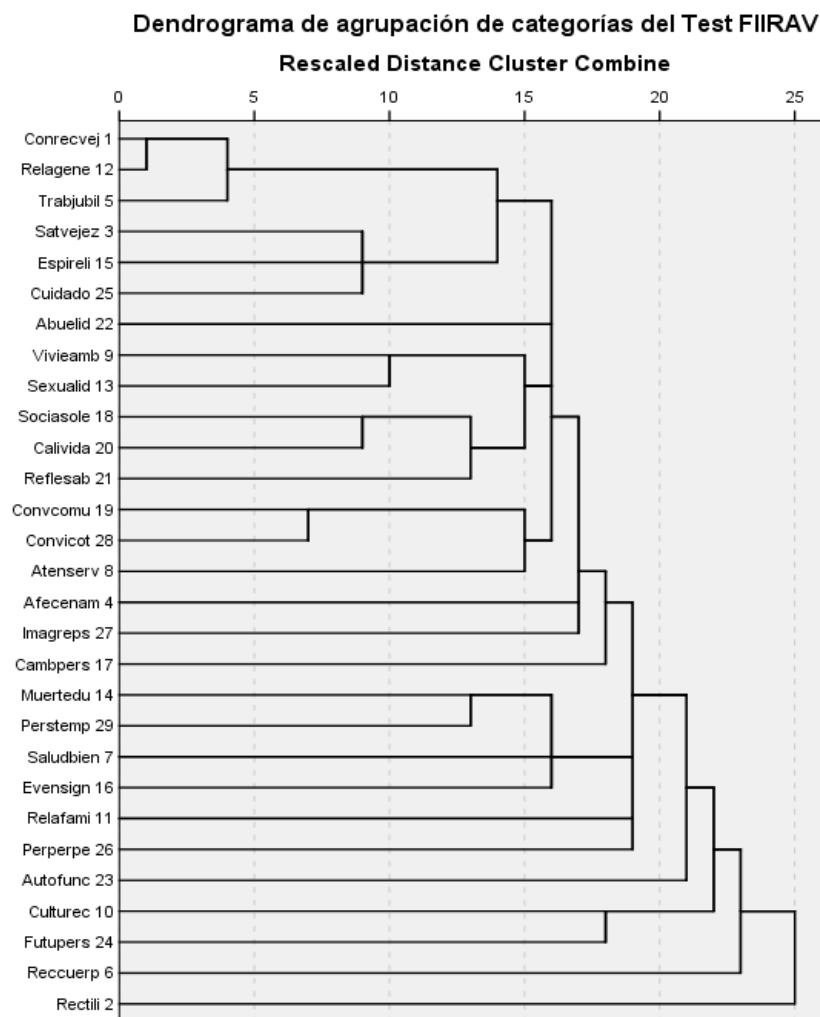


Figura 12.

El dendrograma anterior (figura 12) muestra las 9 agrupaciones formadas a partir de las categorías establecidas en el FIIRAV y de las respuestas dadas por los participantes.

El primer grupo está conformado por 1-12-5 (reconocimiento de la vejez, relaciones intergeneracionales y jubilación), determinar cuándo se llega a la vejez es un tema subjetivo ya que varía de persona a persona, sin embargo, a nivel laboral si existe, en varios lugares un “límite” de edad o nivel de resistencia física al cual se puede exponer al personal, de esta manera se presenta la jubilación y con ello el enfrentamiento al reconocimiento de la vejez que es establecida a nivel laboral, en cuanto a las relaciones

intergeneracionales estas se ven presentes en el ámbito laboral a medida que el tiempo pasa y hasta con la misma familia se presenta.

El segundo grupo pertenece a 3-15-25 (satisfacción en la vejez, espiritualidad y cuidadores), en algunas ocasiones la satisfacción de la vejez llega de la mano con la espiritualidad (no todos lo buscan o en ocasiones esta búsqueda ya ha sido hecha), en esta etapa de la vida se busca por lo general estar en paz con uno mismo y con lo que le rodea al individuo según las características personales. Los cuidadores también están involucrados en la búsqueda de la espiritualidad, si bien el anciano viva su vejez en una residencia o en su hogar y según las condiciones en las que se encuentre (física y mentalmente hablando) es necesario proporcionarle esta satisfacción y esto solo podrá realizarlo aquel que este a su tutela.

El tercer grupo pertenece a 9-13 (vivienda, ambiente y sexualidad), en relación a esta categoría podemos decir que es la intimidad la que se encuentra en juego, al llegar a la tercera edad es un aspecto que se pierde mucho y sobretodo es sobrevalorado por la familia y conocidos, ya que al verles como ancianos creemos que ya no pueden estar solos o en busca de intimidad.

El cuarto grupo pertenece a 18-20-21 (socialización y soledad, calidad de vida y reflexión y sabiduría), en esta etapa es muy común que el viejo se encuentre solo (viviendo lejos de los familiares por decisión propia o por condiciones establecidas o abandonadas por los mismos), y uno de los aspectos más importantes para el anciano y para cualquier persona en general se encuentra en la posible socialización con otros ya que esto le permitirá evitar ciertos padecimientos a largo plazo (deterioro físico y mental), aumentando la calidad de vida y proporcionara un contacto de retroalimentación (es decir que ellos harán uso de su experiencia y al mismo tiempo se dará el contraste con la experiencia de los más jóvenes, provocando un hábito de reflexión), todo esto sin dejar de lado la utilidad de encontrarse solo en momentos adecuados.

El quinto grupo está conformado por 19-28-8 (comunicación personal, convivencia y vida cotidiana, atención y servicios a la vejez), los servicios

para las personas ancianas son muchos (desde salud, alimentación, medicación y recursos de adaptación para el hogar (según las condiciones físicas de la persona)), estos formarán parte de la vida cotidiana ya que dependerá de su condición y atenciones que tenga con sí mismo se volverán un hábito, desencadenando diferentes tipos de convivencia con otros (médicos, enfermeras, geriatras, familiares y amigos) y al mismo tiempo la comunicación que tenga con estos, independientemente cuánta relación personal tenga con ellos.

El sexto grupo se conforma por 4-27 (afectividad y enamoramiento, imaginario y representación de la vejez), la representación que la vejez tiene en nuestra sociedad es muy estrecha todavía, si se le llega a preguntar a cualquiera acerca de la vejez y el enamoramiento las reacciones negativas no se hacen esperar y los prejuicios son los primeros en presentarse. Sin embargo la persona vieja aún es capaz de sentirse enamorado de algo y/o alguien, además de poder recibir y dar afecto, no solo a nivel personal sino también familiar, pero se ve limitado en este tema por la representación que le dan los demás. El imaginario social que se le da al viejo tiene que ver con ciertas características en donde se le ve con el cabello encanecido, arrugas, limitaciones físicas, lentitud, sin proyectos, etc, pero tal y como se dice es solo parte del imaginario social ya que el viejo tiene muchas más funciones y capacidades que aquellas se les creen.

El séptimo grupo se conforma de 14-29-7-16 (muerte y duelo, perspectivas temporales y de salud, bienestar y eventos significativos), el tema de la muerte y el duelo no es un tema exclusivo de la vejez, sin embargo es tomado de manera significativa y se le da mayor importancia pues en esta etapa es cuando la salud y el sentido de bienestar pueden verse de manera mas frágil, la continua revisión y cuidado de la misma puede ayudar a que una persona vieja se mantenga saludable por mucho tiempo. El duelo en esta etapa es muy común (haciendo referencia a la pérdida de seres queridos o conocidos), con mayor frecuencia se van observando los decesos de familiares y amigos y con ellos la preparación del propio deceso. Los eventos significativos en esta etapa son muy relevantes pues se encuentra una lista de acontecimientos

importantes a lo largo de la vida, muchos de ellos tendrían que ver con decesos previos de familiares, fechas importantes (para el viejo como aniversarios de cualquier tipo siempre y cuando se han significativas para el).

El octavo grupo se conforma de 11-26 (relaciones familiares y perspectiva personal del propio envejecimiento), las relaciones familiares tienden a variar según la perspectiva que se tenga de la vejez ya que no será la misma para todos, bien para el padre puede significar comenzar a vivir una vida llena de viajes, para la madre puede ser el momento de descansar y dedicarse a su hogar o viajar, sin embargo para los hijos puede significar que sus padres se encuentren a disposición de ellos y los nietos. Las diferentes perspectivas pueden provocar enfrentamiento y desacuerdos o pueden coincidir y mantener una relación sana.

El noveno grupo se conforma de 10-24 (cultura y tradición, futuro y perspectiva), para la cultura el ser viejo puede significar diferentes cosas, desde una desventaja hasta un beneficio todo dependerá de la visión que se adapte o se tome y acompañado de esto se encuentra la creencia de que las personas viejas son aquellas que tiene un mayor conocimiento de las tradiciones (familiares, sociales y culturales) dejándoles a éstas la posibilidad de poder transmitir las a las siguientes generaciones y que sean ellas quienes continuarán con lo que se les ha enseñado, generando una perspectiva en el viejo de que al morir él alguien continuara con su legado.

Y finalmente se encuentran aquellos comportamientos actitudinales que se encuentran distanciados de otras categorías como lo son 22 (abuelidad) que se podría relacionar con la forma en la que se acepta dicho acontecimiento, existen personas viejas que no encuentran "satisfacción" en la palabra "abuela o abuelo" y es por ello que se autonombren con un apodo o diminutivo, sin embargo esto no deja de lado la importancia de seguir a lado de la familia, en este caso los nietos. 17(cambios personales) este comportamiento actitudinal puede relacionarse junto al octavo grupo de categorías pues en el implica la perspectiva personal de cada persona acerca de su vejez y como la relaciona directa o indirectamente con la familia y otros. 23(autonomía y funcionalidad)

este comportamiento actitudinal es uno de los que fueron vistos de manera negativa en cuanto a las respuestas dadas por los participantes ya que desde su perspectiva los viejos no pueden tener una total autonomía y funcionalidad cuando están en esta etapa, sin embargo si es posible mediante cuidados y atenciones tomadas a tiempo no solo desde que se entra a la vejez. 6(reconocimiento del cuerpo) el cuerpo al igual que la sexualidad de los viejos es un tema tabú aun en la actualidad, si se habla del cuerpo se generaliza y enfoca al hecho de que se encuentra en un deterioro constante, es decir, solo se ve el funcionamiento a nivel organismo y no como lo que representa (el cuerpo del viejo al igual que el de un joven puede representar una historia de vida).

En el caso 2 (recreación y tiempo libre) en esta etapa generalmente muchos viejos tiene la libertad del tiempo, ya no hay actividades laborales o familiares que requieran de su presencia constante y es por ello que buscan actividades que puedan disfrutar o llevar acabo, sin embargo, las actividades destinadas a los viejos se generan en torno a este término “vejez” y son planteadas desde una perspectiva de poco o nulo movimiento y la mayoría si no es que todas las actividades se realizan dentro de un salón de clases bajo reglas muy determinadas que no permiten el libre movimiento de los mismos. Deberían de considerarse nuevas alternativas de recreación y/o actividades de a cuerdas a las posibilidades físicas y mentales de cada individuo y no encasillar todo a un solo concepto, en este caso vejez.

A continuación se presentan las puntuaciones máximas y mínimas obtenidas en el FIIRAV distribuidas en un diagrama de caja y bigote.

Diagrama de caja y bigote para puntuaciones máximas y mínimas de áreas evaluadas del Test FIIRAV

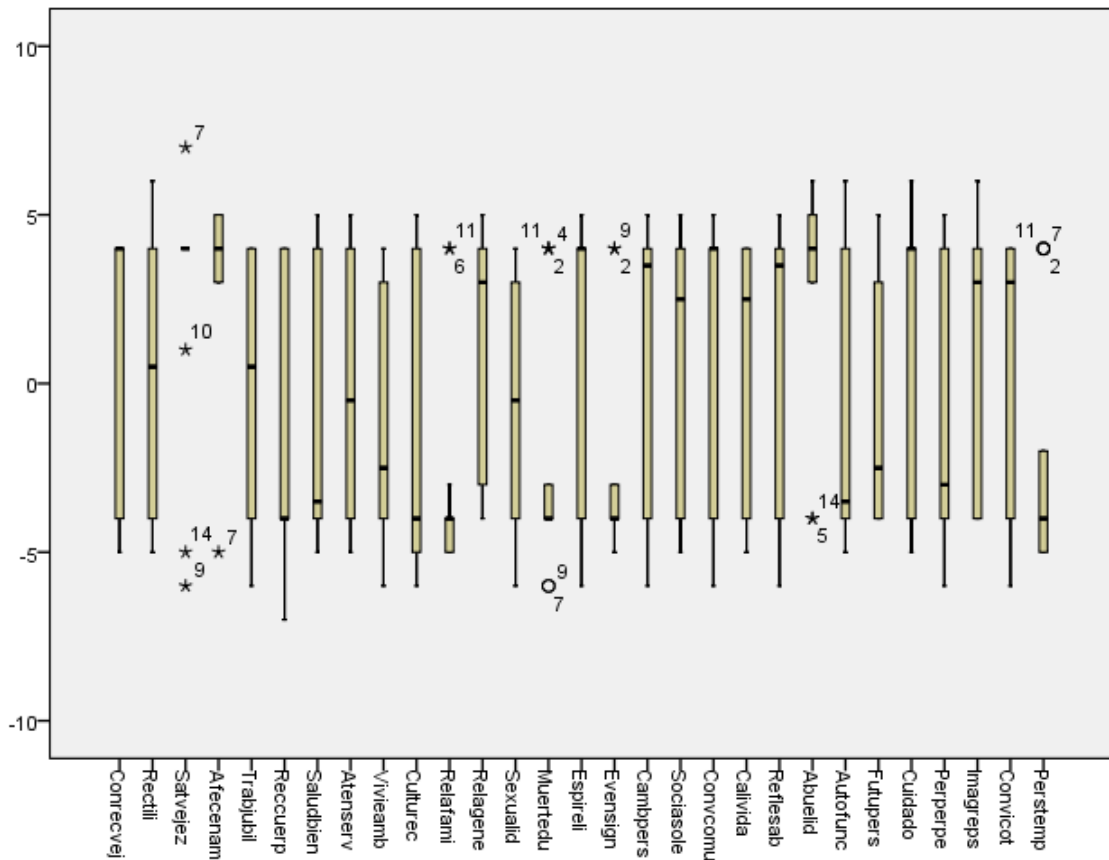


Figura 13

El desplazamiento de la gráfica de caja hacia abajo indica que la selección de puntuaciones negativas por categoría son elegidas con mayor frecuencia, sin embargo hay una media común entre todas ellas (entrando solo las puntuaciones que se encuentran entre 0 y -4 se son más significativas), mientras que el desplazamiento hacia arriba nos muestra que las puntuaciones positivas son elegidas con menos frecuencia (la puntuación máxima es de 5)

Agrupamiento de participantes por similitudes en su perfil

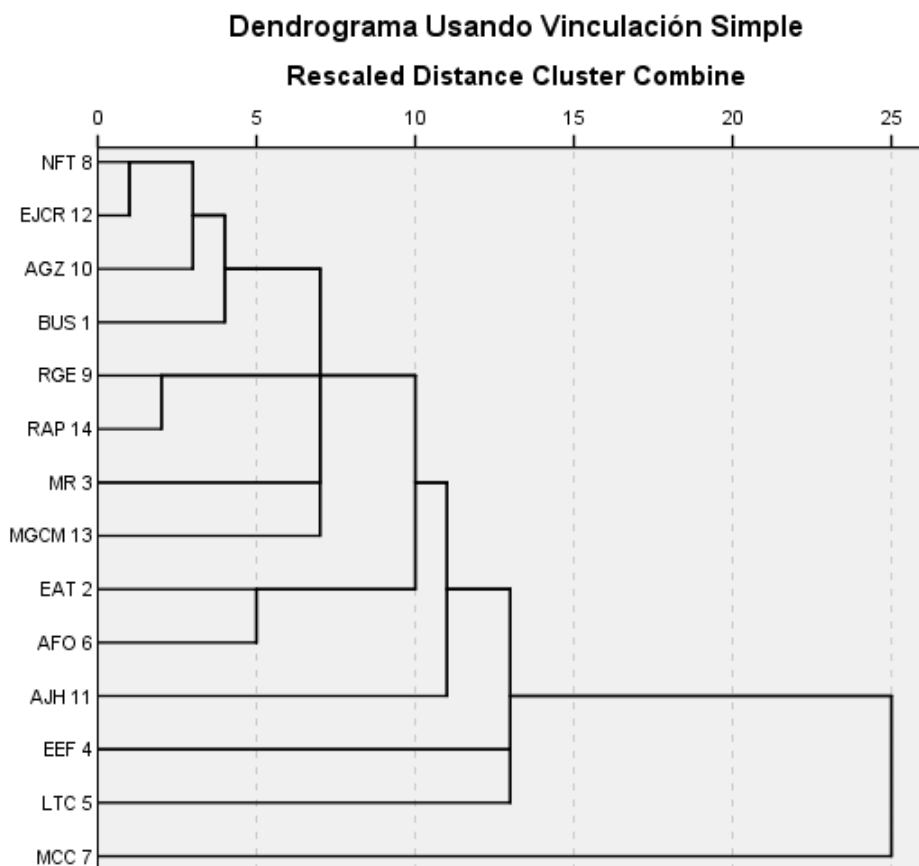


Figura 14

En el dendrograma de la figura 14 se muestran las 4 categorías formadas a partir de las similitudes obtenidas en el perfil realizado por los participantes, ante esto podremos decir que si bien las respuestas otorgadas en el FIIRAV no son iguales poseen una carga o visión muy parecida entre sí, es decir que los participantes que entran en estas categorías tienden a compartir la misma visión y/o pensamiento ante el tema de la vejez. Por ejemplo la primera categoría formada por 8-12-10 (NFT, EJCR Y AGZ), muestra la agrupación de los participantes que mostraron mayor variabilidad en sus respuestas estos participantes fueron los que al contestar el test manifestaron algunas dudas con relación al tema y aunque sus respuestas fueron muy variadas hubo una pequeña muestra de interés en lo que a sus relaciones interpersonales se refiere, sin embargo, no se puede decir que tienen una visión total de lo que a la vejez se trata (tanto personal como social). El segundo grupo se conformó por 9-14-3-13-2 (RGE, RAP, MR, MGCM y EAT), este grupo se ve conformado por todos aquellos que mostraron una visión negativa en torno al tema de la

vejez, sus respuestas se ven dirigidas hacia comportamientos actitudinales que tienen relación con los aspectos externos y físicos para un buen desarrollo de la vejez, es por ello que desean mostrar una “buena” actitud hacia el trabajo, es decir, que desean ser eficientes en su labor sin pensar mucho en lo que eso significa a un nivel más personal (algo que se debe destacar de este grupo es que varios de sus integrantes abandonaron la residencia). El tercer grupo está formado por 4-5 (EEF y LTC), este pequeño grupo pertenece a los participantes que no tuvieron una inclinación específica hacia algún comportamiento actitudinal o hacia una perspectiva (visión de la vejez), bien son tomados en cuenta tanto aspectos físicos, vivienda, interpersonales, sociales, familiares y hasta sexuales. Todos forman parte de una misma perspectiva (sin embargo esto no quiere decir que aceptan el tema de la vejez o son capaces de lidiar con el).

Finalmente el cuarto grupo formado por 1-6-11 y 7 (BJS, AFO, AJH y MCC), este grupo se presenta de manera muy individualista en la figura 14, pues si presta atención ninguno de ellos entró en un grupo en específico sino más bien se encuentran de manera individual y aislada, sin embargo todos y cada uno de ellos muestran una actitud muy positiva al tema de vejez (solo cuando se habla de otros), observan este tema de manera muy externa y objetiva cuando se tratan el tema, sin embargo aún les cuesta enfocar ese tema en sí mismos (ellos fueron los únicos que relacionaron el test con alguna experiencia pasada ya sea familiar o laboral).

Diagrama de caja y bigote para los valores de calificación de cada participante

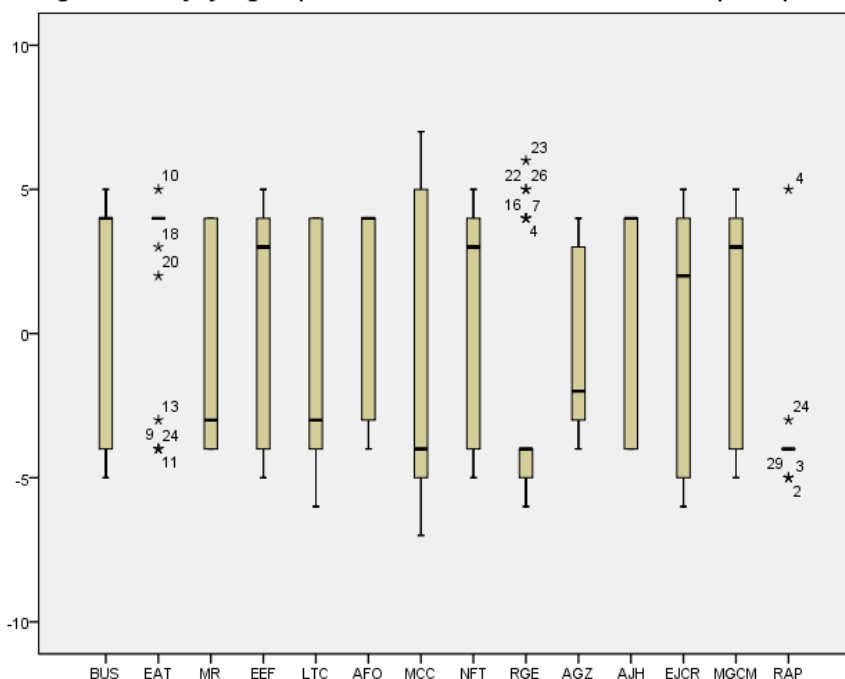


Figura 15

En el diagrama anterior (figura 15) se muestran los valores obtenidos por cada participante, tanto los desplazamientos hacia abajo como los de hacia arriba no muestran una gran diferencia al contrario son muy similares entre si.

Las participantes mujeres muestran comportamientos actitudinales muy variados, no existe una estabilidad en general, existe un constante cambio de comportamiento y su visión de la vejez tienden a verse como una fatalidad, sin embargo intentan realizar su trabajo de la mejor manera posible, pero también existe la visión totalmente negativa en donde impide realizar la labor y verse a sí mismo como anciano, lo que provoca las deficiencias en las relaciones laborales y personales. Además de generar una actitud muy mecanizada al momento de realizar su trabajo diario. Entre cuidadoras y enfermeras no existe una brecha muy grande entre pensamiento y actitud, y muchas de ellas solo se encuentran circunstancialmente en su lugar de trabajo o están bajo metas o propósitos diferentes.

De la misma manera los participantes masculinos como femeninos tienen ante la vejez una visión negativa buscan sólo realizar el trabajo de manera

adecuada y no pueden ver el proceso de vejez de una persona anciana, ese proceso es el que impide la realización del estado saludable de los ancianos. Se busca la eficiencia de su trabajo y eso las obliga a desesperarse y frustrarse ya que lo que ellos solicitan y esperan del anciano con demencia es una funcionalidad y procesamiento de actividades igual que la de ellos, sin embargo, el proceso de deterioro de una persona con demencia hace que esta pierda funcionalidad y entendimiento de lo que sucede a su alrededor, además de la pérdida de fuerza, movilidad, activación y procesamiento de actividades y temas.

En el cuidado de los residentes no solo están involucrados las enfermeras y cuidadores, en el organigrama presentado con anterioridad se observa que hay más personas que conviven indirectamente con ellos, como lo son:

- El personal de los servicios de mantenimiento y limpieza: llegan a tener poco contacto con ellos ya que su trabajo está enfocado principalmente en el mantenimiento de las instalaciones donde residen. Aunque su paso es transitorio en la residencia eso no quiere decir que se han persona sin presencia, pues algunos de los residentes cuando los ven pasar intentan hablar con ellos (aquellos quienes aún cuentan con esa capacidad). La atención de esta área es muy esporádica hacia los residentes.
- La cocina: área de la residencia que es importante señalar, si bien esta área es una de las más alejadas del contacto físico y visual diario de los residentes, la mayoría del tiempo sus encargados se encuentran encerrados dentro de la misma cocina y el único momento de contacto es cuando se sirve y este es limitado por que para el momento en el que los residentes se sientan a comer la mesa ya está servida. Cualquier punto de contacto se convierte en nulo, al menos y solo si el personal lo desea existe una posibilidad.
- Lavandería: este espacio se encuentra ubicado en la parte más alejada de la residencia y en un lugar poco accesible a cualquier residente, por

ende el personal de dicho lugar se encuentra en la misma condición que el residente, es decir ajeno a dicho espacio.

Dicho todo esto el personal debe tener en cuenta que las funciones de memoria, percepción, atención y sensación cambiarán y que su procesamiento será diferente en cada persona y cada caso y éste será acompañado de un deterioro neurológico lo que provocará poco a poco la dependencia hacia otros en todo momento.

6.2 Resultados de los residentes.

Es necesario aclarar que las condiciones mentales de cada participante eran diferentes, (nivel de deterioro mental y físico). De los 20 participantes existentes en el centro gerontológico (el número de residentes fue variando con el tiempo debido a que algunos dejaron la residencia o fallecieron), solo se pudo trabajar con 13 por las condiciones ya mencionadas.

A los usuarios se les aplicó dos pruebas diferentes, la llamada Neuropsi y el Test de Lüsher, además de un taller de estimulación tardía (en este se trató de involucrar a todos los usuarios, sin importar su condición física o mental). El taller consto de 6 diferentes actividades cada una pensada en la estimulación tardía, al realizar las actividades estas se vieron limitadas por los mismos usuarios, pues algunos de ellos no solo cuentan con la demencia, sino que también cuentan con otro tipo de enfermedad como diabetes, hipertensión, artritis, obesidad, deficiencia visual y auditiva, etcétera.

En las actividades realizadas en el taller a los residentes se les dividía en dos grupos (el de evolución más lenta y el que tenía más avanzada la demencia), fueron pocas las que se volvieron representativas para ellos (se puede decir que lo fueron por las reacciones que tuvieron ante dicha actividad y es por ello que solo se mencionarán aquellas que fueron relevantes), en una de las actividades llamada juego de colores se les presento círculos de diferentes colores y se les pidió que asociaran ese color con algún recuerdo, las reacciones fueron de asombro y sorpresa para la mayoría (en el primer grupo), algunos asociaron colores con frutas y esto a su vez con recuerdos. Una de las residentes mencionaba que recordaba un durazno y los duraznos le recordaban cuando era pequeña y su papá la llevaba al mercado a comprar y ella corría por todos lados para conseguir duraznos y su papá la tomaba en brazos y ella olía el perfume de él (esta residente con menor grado de deterioro).

En el segundo grupo las reacciones no fueron tan significativas pues sus reacciones fueron menos expresivas, en ese caso se habló de lo que a los exponentes les recordaban ciertos colores.

Otra de las actividades más significativas fue una en donde se les pretendía reactivar los sentidos, para ellos se utilizaron diferentes materiales (osos de peluches, hilos, fruta picada, perfumes, flores, zacates, música, etc.), en esta actividad hubo una reacción en específico que llamó mucho la atención a todos los presentes (enfermeras y cuidadores), de entre todos los residentes se encuentra una mujer de 85 años que tiene un deterioro físico y mental muy avanzado en ella ya no existe la utilización del lenguaje y ningún tipo de movilidad, a ella se le prestó un oso de peluche pequeño, al principio no hubo reacción pues ella permanecía con los ojos cerrados y sin ningún movimiento alguno, pero en el momento que se le acarició con el oso ella abrió los ojos de una manera de sorpresa y comenzó a moverse en su silla de ruedas, (ella generalmente se la pasa dormida en su silla sin realizar ningún movimiento) se cree que la sensación duró mucho tiempo ya que la señora se mantuvo despierta toda la tarde y muy activa (según su condición lo permitía).

Se realizó otra actividad llamada árbol genealógico y recuerdos (dirigido principalmente al primer grupo de trabajo), en este se le pidió a los presentes que recrearan su árbol familiar y que consideraran a todo aquel a su alrededor, para esta actividad hubo un señor en específico que según sus palabras dijo:

“sólo coloque los nombres de aquellos que están conmigo y que aún me visitan, son pocos porque la mayoría han muerto y otros simplemente se han olvidado de mí, yo incluí a mis amistades también porque ellos también son mí familia, pero ahora que lo veo detalladamente....estoy solo, porque ya no hay nadie tan cerca de mí como antes. Es la primera vez que me doy cuenta de esto (se ve triste y llora un poco) “.

Esta persona redescubrió su soledad según sus palabras a través de ver de manera impresa su árbol genealógico y evoco diferentes recuerdos que lo

llevaron a concluir que su familia se integró no sólo con aquellas que tenía un lazo de sangre sino que también con aquellas con las que convivió por mucho tiempo (este residente por lo general no convivía mucho con los demás y no era de expresarse abiertamente).

Otra de las actividades que mostró gran relevancia fue aquella llamada ¿qué suena?, en esta se les ponía música de su época y se les pedía que dijeran qué canción era y quién la cantaba, para esta los grupos eran variados, es decir se mezcló de ambos grupos (generalmente en cada actividad se variaba el grupo), en ambos grupos se observó diferentes reacciones, desde la tristeza hasta la alegría más vivida, hubo quienes se pusieron a cantar a capela después de escuchar la canción. De todas las actividades esta se podría decir que fue la que más despertó a todos los residentes de su estado cotidiano, ya que el estado de ánimo cambió y aquellos que permanecían estáticos se comenzaron a mover y esto permaneció todo el fin de semana.

Lo obtenido en el Neuropsi muestra que todos los participantes tienen una alteración severa, sus resultados están por debajo de la línea normalizada. Los valores de normalización se encuentra entre un valor de 85-115, siendo que el valor máximo obtenido es de 35 y el menor obtenido es de 2 como se muestra en la siguiente figura (1). Mostrando una alteración severa en los usuarios.

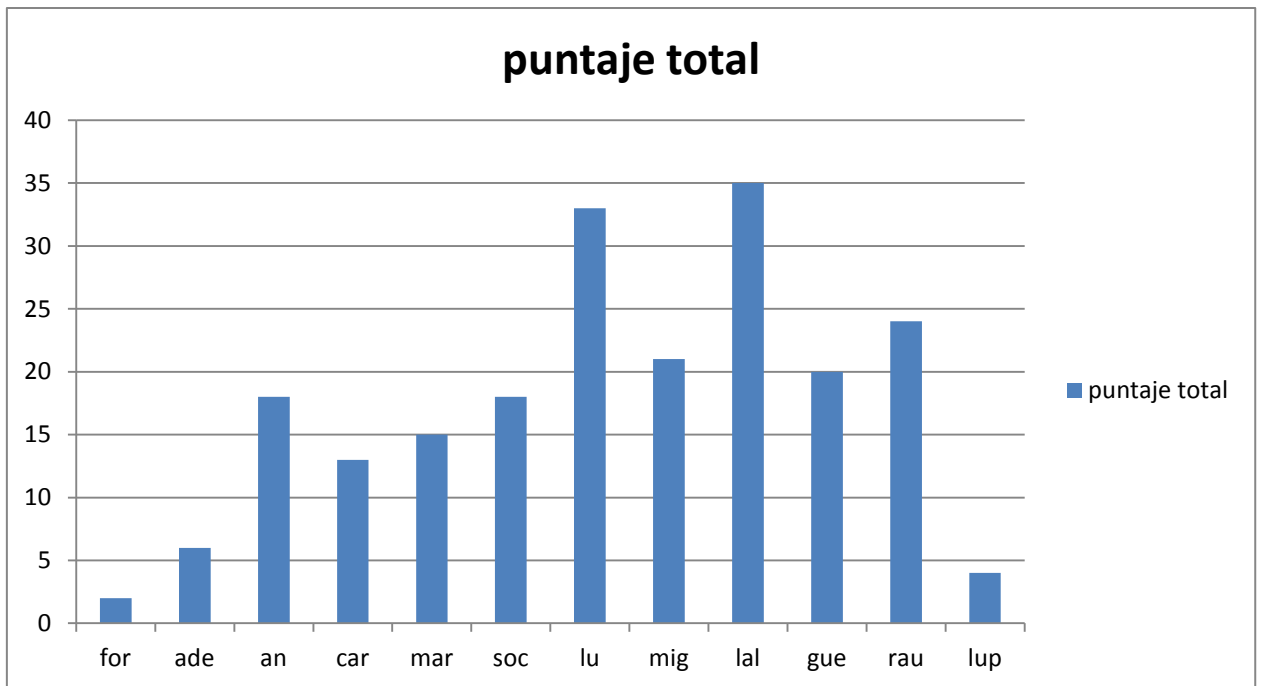


Figura 1. Puntajes totales obtenidos en el NEUROPSI según la norma establecida del mismo.

El Neuropsi evalúa también los estados de memoria, atención y funciones ejecutivas, los resultados obtenidos para ellas no son mayores a la normal establecida pues no alcanzan un puntaje mayor a 50.

El área más afectada es la de memoria obteniendo un puntaje muy bajo, siendo el mínimo de 1, mientras que el de atención y funciones ejecutivas aún permanece medianamente estable, pues de esta área se obtuvo un puntaje 47 (Figura 2). El valor obtenido fue de 47.

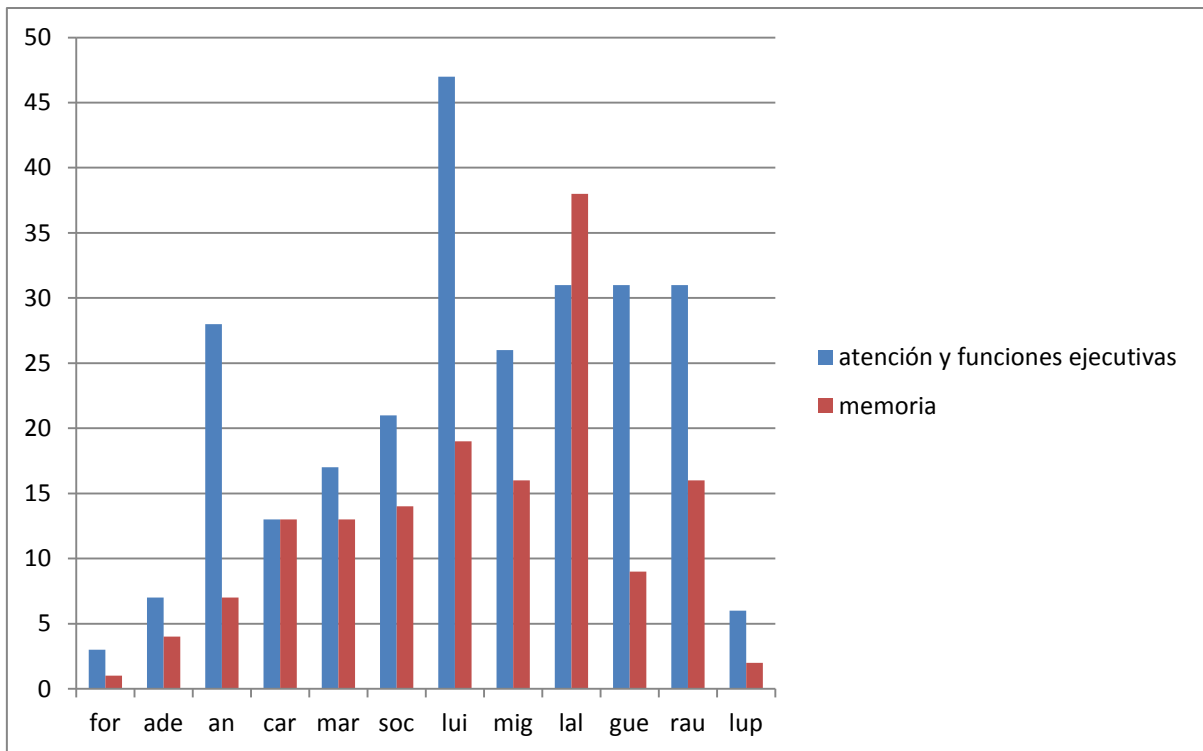


Figura 2. Valores obtenidos por cada participante en las categorías generales del NEUROPSI.

Estos resultados hablan de que las regiones prefrontales que son aquellos que se encargan de las funciones ejecutivas aun cuentan con un poco de plasticidad, tal y como lo menciona Tirapa, Muñoz y Pelegrin (2002) quienes menciona que las funciones ejecutivas dependen de un sistema neuronal y además son aquellas que están encargadas de coordinar la información del resto de las estructuras cerebrales. Además se puede decir que la parte orbitofrontal cuenta con poca flexibilidad (esta es una de las áreas que se encarga de regular la actividad social del individuo). Pero por otro lado podemos hacer mención de la teoría de Bruno (Op. Cit) conocida como theory of mind en la que hace referencia a las neuronas espejo (zonas cerebrales encargadas de la socialización son prefrontal, límbico y medial) lo que nos lleva a creer que la poca flexibilidad social que aún poseen se terminará perdiendo pues el contacto social que se les brinda no es constante.

Mientras que el área ventrolateral medial que es aquella que se encarga de la información manejada en la memoria está dañada esto de acuerdo a lo que menciona Giménez (2000) en su descripción de las áreas del cerebro y sus funciones lo que nos lleva a decir que los lóbulos frontales (área motora

primaria, pre-motora, motora suplementaria, campo ocular frontal, motora del lenguaje de broca y la corteza prefrontal), occipitales (área visual primaria y área visual secundaria), temporales (área auditiva primaria, área auditiva secundaria y área sensitiva del lenguaje de 145orrespo) y parentales (área somatoestésica primaria y área somatoestésica de asociación) son los que tiene un daño mayor, pues en el trabajo realizado en esta área es la más evidente en cuanto al daño, su estado de respuesta está completamente dispersado o es nula. En el caso de la memoria a corto plazo aún existe una flexibilidad, sin embargo la memoria de largo plazo ya no está presente.

Algo que se tiene que mencionar en cuanto a la realización del Neuropsi es que en el momento de realizarlo varios de los residentes mostraron molestia y enojo, pues algunos se dieron cuenta de su estado, uno de ellos se decía así mismo;

“soy un pendejo y mí estupidez es tan evidente que ni siquiera un simple ejercicio de niños puedo hacer, señorita no sé porque usted me hace ver esto, pero me gustaría saber que finalidad tiene, acaso me van a correr del trabajo gracias a esto...”

Tal era la condición de ellos que pensaban que la realización del test se debía a una evaluación del trabajo, muchos de ellos se molestaron tanto que pedían terminar el test antes de tiempo o bien comenzaban a responder de mala gana (a ninguno de ellos se les dejó abandonar el test, se les explicó y habló con ellos acerca de lo que significaba el test, evidentemente después de un rato se les olvidaba).

Los resultados obtenidos en el test de Lüscher reflejan en general un estado negativo, si bien todos tiene una dificultad para ver o escuchar, en la elección de colores en este test fue mucho más fácil, y fue diferente a lo que sucedió con las enfermeras y cuidadores, pues ellos elegían de manera más libre y sin pensar tanto su elección, sólo miraban las tarjetas y escogían, la realización de ésto fue de una manera más natural e instintiva.

La elección final iba de las tonalidades más fuertes a las más claras o bien haciendo una combinación entre ambos, en general se encuentran en una relación de constante cambio, la única constante es la búsqueda de la atención y reconocimiento.

Independientemente de lo que se obtuvo con la aplicación de las pruebas también se pudieron observar otras características de los residentes, éstas están muy ligadas al comportamiento que tienen con los demás en su entorno y consigo mismos, esto representa cierta problemática ya que surgen ciertos comportamientos que dificultan algunas actividades (todas son propias de la demencia). Por mencionar algunas de las que fueron evaluadas encuentran:

- *Distanciamiento emocional*; las personas con Alzheimer tienden a mostrar poco interés por los demás o por lo que les rodea (según la etapa en la que se encuentren), para ellos es difícil mostrarse alegres, entusiastas, enojados, tristes o abatidos por alguna razón concreta, esto es debido a que la forma de procesamiento es más lenta y muchas de las percepciones se han perdido. La problemática de esto es que provoca que aquellos que se encuentran a su alrededor se sientan heridos e ignorados por la persona, además de creerse rechazados y poco tomados en cuenta. Provocando que se les deje solos y que se les rechace.
- *Falta de iniciativa*: las personas con Alzheimer carecen de iniciativa, por sus características (según la etapa en la que se encuentre) tiende a esperar que el otro le indique qué hacer, si bien la confusión tiene que ver mucho con la interferencia de esto, las funciones ejecutivas se han “detenido” y esto provoca que el residente se sienta perdido en sus propios pensamientos. La problemática de esto reside en que los familiares, enfermeras y cuidadores pidan realizar actividades por cuenta propia (residente), provocando la ansiedad del mismo al sentirse presionado y confuso ante la solicitud realizada.
- *Comportamiento mecanicista*: muchos de los comportamientos que el residente realizará serán mecánicos, pues al no recordar cómo realizar

las cosas o actividades realizará lo que se le indique (según la etapa en la que se encuentre). Por ejemplo, si se le sienta a la mesa y se le pone enfrente un plato de comida el no hará nada hasta que alguien venga y le ponga el alimento en la boca indicándole que debe masticar y luego tragar, el lo realizará de forma automática. La problemática de esto reside en la falta de auto-cuidado y en la forma de trato que recibirá de la familia, cuidadores y enfermeros, pues al verse frente a una persona que no responde ante ciertas situaciones se le tratara de manera fría y distante.

- *Pérdida del lenguaje*: según el grado de demencia el lenguaje se pierde y esto dificulta la comunicación con los demás. La problemática reside en la dificultad de expresarse y en el poco interés que el otro muestre hacia el residente.
- *Desorientación espacio y tiempo*: casi siempre se encuentra desorientada, al principio no recordará que día es o en dónde se encuentra pero si recordará quién es, después olvidará eso también. Tiende a sufrir estrés, periodos de ansiedad y a auto-agredirse por olvidar cosas tan sencillas como esas.
- *Desorden del sueño*: en una persona con Alzheimer se ve alterado el sueño, se pueden despertar varias veces durante la noche y deambular en la casa o residencia y puede provocar una conmoción pues puede llegar a presentar una crisis de ansiedad por no reconocer el lugar y las personas con las que se encuentra. La dificultad de esto difiere según el lugar donde se encuentren, si están en su casa junto a sus familiares esto puede molestar ya que interfiere en los hábitos de sueño de los demás integrantes de la familia. Si se encuentra en una residencia en lugar de molestar al personal puede provocar malestar a los demás residentes.
- *Cambios de personalidad y comportamiento*: esta situación se vuelve muy común y es una práctica que va en aumento (según la condición de la persona), en éstos cambios se incluye la terquedad, resistencia y rechazo al cuidado o a otros, sospecha de otros, deambular en la casa,

uso de lenguaje grosero y/o abusivo. La dificultad con éste comportamiento reside en que el cuidador, enfermeras o familiares se sientan ofendidos y agredidos por el residente y buscan alternativas para poder controlar la situación, sin embargo éstas no siempre son las mejores opciones.

- *Memoria*: ésta es una de las características principales del Alzheimer la pérdida de memoria es gradual y va de pequeñas cosas como donde se encuentran las llaves, desorientación en el lugar en el que se encuentra, etc., hasta olvidar cosas más importantes como el nombre, el lugar de nacimiento, el lugar donde vive y esto dificulta la convivencia que se tiene con los demás, pues es generador de vergüenza y miedo al verse exhibidos, rechazados y hasta señalados por las personas con las que se relaciona.

CONCLUSIONES

La vejez es una etapa a la que todos sin duda llegaremos, lo único que puede variar es la condición en la que se llegará a ella. Nuestra forma de vida, desarrollo personal y de interacción con nuestro entorno marcará mucho la forma en la que pasaremos esa etapa de la vida.

Este trabajo tuvo como referencia a personas con demencia tipo Alzheimer, enfermedad neurodegenerativa que va en aumento y que las estadísticas predicen que será la más frecuente en adultos mayores en un futuro. Las condiciones actuales en las que vive una persona con Alzheimer son precarias y poco favorables (según el lugar en el que viva, el personal que lo atiende y la propia familia). De igual manera se buscó realizar un perfil gerontológico que proporcionará la vinculación que se da entre trabajadores y residentes.

De los objetivos planteados para la elaboración de este trabajo se puede mencionar que la mayor parte de ellos se cumplió, de los objetivos específicos de los cuales su finalidad era conocer la relación entre paciente y residente, se puede mencionar que efectivamente se encontró el tipo de relación que existe entre ambos, y la relación existente va más allá de paciente y cuidador, el proceso que viven los pacientes se convierte en espejismo de lo que los cuidadores y enfermeras desean o no para ellos en un futuro no muy distante. Las enfermeras y cuidadores se ven envueltos en una dinámica diaria en donde las expectativas de una vida mejor se ven limitadas por el momento y por los deseos de estabilidad económica mas no por una buena calidad de vida a futuro. Mientras que los pacientes se vuelven simples cascarones de lo que en algún momento fueron, su participación deja de ser tomada en cuenta y como ya se ha mencionado solo se ve el cumplimiento de la tarea externa y no de la necesidad del mismo.

Al tratar de identificar el proceso de la demencia por parte de los trabajadores, se notó lo difícil que puede resultar para ellos implicarse voluntariamente con

el paciente, pues esto implicaría exponerse a sí mismos ante el probable desarrollo de la enfermedad en ellos. Es por ello que se distancia y solo se busca el cumplimiento de la labor, sin embargo existen excepciones aunque no se puede asegurar nada concretamente. Al trabajar con ancianos con demencia o en éste caso alzheimer los cuidadores con una visión negativa se ven enfrentados a sus propios miedos, a la falta de experiencia, miedo a saberse indefensos a no saber como reaccionar ante eso en lo que no se han detenido a pensar, y como tal a no identificarse con el paciente como persona y a no tratarlo como tal, generando un trato frío y distante, además de forzar al paciente a realizar actividades o acciones que no puede realizar o que están fuera de su alcance, contrario a lo que se esperaría pues se pretendería que las actividades se realicen a conciencia y no mecánicamente.

La familia, cuidadores, enfermeras y médicos fungen un papel importante en el desarrollo del alzheimer, el motivo es que ellos son quienes determinaran el nivel y velocidad de deterioro en el paciente, la razón es simple y es que un paciente con Alzheimer (demencia) es una persona por lo demás, y como tal merece respeto y dignidad en su trato con los profesionales de la salud. Respeto, por ejemplo, para evitar su visión como simples “enfermos de”, para no despertar ni temor ni miedo, para ser valorados también en sus virtudes y habilidades, para ser tratados con cortesía y para ver respetados sus sentimientos. De lo contrario encontraremos a pacientes con un deterioro mayor y hasta acelerado por la falta de atención. No es posible hablar desde la teoría, ya que es muy poco o nulo el trabajo en relación a esto, pero si desde la práctica. Por supuesto, hay muchos profesionales que son ejemplo de humanidad y ciencia. Pero son pocos los pacientes que se encuentran con tales profesionales. En muchas ocasiones lo que se vive es la falta de respeto, el trato frío y distanciado, a veces incluso inhumano y degradante.

Se sabe que la comunicación amable, cálida, digna, empática, respetuosa y serena con el paciente tiene impacto positivo en su salud y genera seguridad.

Otro de los objetivos tenía que ver con la identificación de los cambios que existen en los pacientes con probable diagnóstico y su implicación con otros, a

lo largo del taller y la aplicación de las pruebas se vieron descubiertas algunas de las implicaciones que reinciden en la forma de desarrollo e interacción con otros. Entre los cambios se encuentran los estados de ánimo, que dificultan la interacción por no saber cuál será la reacción del paciente ante cualquier tipo de situación o ambiente; la disminución del lenguaje que impide una buena comunicación; reconocimiento de lugares, personas y situaciones lo que lleva a la persona a estar en un estado de ansiedad y desconfianza provocando constantes enfrentamientos con los que lo rodean. En forma general se encuentra que los cambios provocan dificultades en su entorno y con la relación con otros.

El objetivo general de la investigación se vio cumplido ya que se logró hacer la identificación de las áreas afectadas en el proceso de deterioro y cómo repercute eso en su entorno, además de lograr realizar un perfil del personal que nos ayudó a comprender un poco acerca de la visión que éstos tiene acerca de la vejez.

Las hipótesis generadas se cumplieron (al menos dos de ellas lo hicieron), en el proceso de deterioro cognitivo se ve involucrado los rasgos de personalidad y la presencia del paciente que es diagnosticado con una demencia, este no pierde en su totalidad su presencia, si bien no participa de manera muy activa en todas las actividades diarias, tiene otro tipo de actividades propias (según el grado de demencia) pues en el proceso y desarrollo de la demencia éste individuo va adaptándose de manera que sus capacidades se lo permiten.

Lo evaluado con el FIIRAV nos mostró la forma en la que los trabajadores ven su entorno relacionado con el tema de la vejez, de esa manera se puede dar un aproximado de la idea que tiene de la misma, con el test de Lusher se pudo comprobar si es verdad que las situaciones presentadas en el FIIRAV concuerdan con su estado presente.

En cuanto a la evaluación realizada con el Neuropsi (utilizado solo para población latinoamericana) se buscaba conocer los procesos neuropsicológicos

que están relacionados al deterioro, y el impacto que estas tiene en la persona y con aquellos que tiene relación, la finalidad de haberlo acompañado con el test de Lusher fue para abarcar la parte emocional que el Neuropsi deja de lado, la prueba neuropsicológica evalúa los procesos específicos de la función del cerebro y como tal sus acciones y casi siempre deja de lado la parte emocional, y el test de Lüscher nos permitió observar procesos naturales del organismo pues no requiere un esfuerzo mayor por parte del participante, y en las condiciones en las que se encuentra un paciente con un diagnóstico de Alzheimer facilita una evaluación.

La base para utilizar el Neuropsi está sustentado en la comparación que se hizo con otras pruebas, muchos de ellos están dirigidos a obtener solo una categoría y deja de lado a muchas otras que son importantes en la identificación de las demencias. Además como ya se había mencionado en cierto momento casi todos los test existentes fueron desarrollados para una población diferente a la Latinoamericana, es fácil adaptar los ítems pero esto genera sesgos en los resultados obtenidos y por lo tanto un mal manejo de la información. El NEUROPSI está diseñado para la población latina y abarca un gran número de áreas a evaluar permitiéndonos así ver más detalles.

Es necesario que se generen test específicos para la población Latinoamericana, ya que la cultura, carácter, visión y hasta rasgos sociopolíticos son diferentes. No es lo mismo una persona que ha vivido toda su vida en Europa y bajo una cultura diferente a otra que se ha desarrollado bajo una cultura Asiática por ejemplo, es lo mismo con la cultura Latinoamericana. Cada una tiene sus propias características y eso es lo que debe tomarse en cuenta al momento de realizar un test. También es necesario que se tomen en cuenta las cuestiones personales, contexto, personalidad y demás temas que conformen al individuo, estas características también cuentan y no están tan desligadas de lo Neuropsicológico. Además de resaltar que el profesional a cargo de realizar las evaluaciones y valoraciones deberá poseer experiencia tanto profesional como personal para que de esta manera tenga la capacidad de evaluar y jerarquizar la evidencia disponible integrándola con una visión que abarque casi en su totalidad a la persona.

También es necesario el conocimiento de las pruebas y la actualización constante de las mismas.

Algo que tiene que cambiar es la actitud que el personal (enfermeras y cuidadores) tiene ante la vejez en general, este tiene que comprender que el comportamiento de la persona anciana o con Alzheimer se ve comprometido, ya que se pierde el comportamiento intencional. Por otra parte se tiene que aprender a diferenciar las respuestas naturales y espontáneas de respuestas inducidas.

Al hablar de aquellos quienes se hacen responsables de los pacientes con Alzheimer tendremos que hacer una diferencia entre cuidadores informales y enfermeras, al hablar de cuidadores informales se hace referencia al familiar o conocido que se hace responsable del paciente y las enfermeras son aquellas que se harán cargo de estos mismos pacientes en un centro gerontológico o una institución de retiro. Si bien ambos cumplirán una función parecida se le ha tomado mayor importancia a uno (cuidadores informales) dándoles mayores herramientas para un mejor desarrollo entre ellos son presentados grupos de ayuda, talleres, centros, ayuda psicológica, capacitaciones, información y redes de apoyo. Sin embargo al hablar de las enfermeras no hay tanta información y atención a relación con este tema.

Se da por sentado que los trabajadores de la salud están capacitados en su totalidad para enfrentar el trabajo de cuidar a una persona con demencia, y tal vez si sea así en cuanto a técnicas y conocimiento médico se hable, sin embargo a ellos no se les presenta de manera constante la ayuda que a los cuidadores informales. Por ello es que se propondría trabajar con el personal de las estancias en donde residen personas con Alzheimer y sensibilizarlos de tal manera que ellos comprendan el proceso del enfermo desde un punto más humano y no enteramente médico sin comprometer su labor. Se consideraría que los trabajos a realizar en el personal de la salud se realicen en torno a la visión que se tiene de la vejez y su vinculación personal.

El psicólogo tendrá como función el de facilitar los programas de apoyo para la atención y cuidado del paciente con probable diagnóstico de EA (psicoestimulación y neuropsicoestimulación) y programas que rompan con la dinámica que el paciente va estableciendo de aislamiento y apatía estimulando las facultades aun conservadas, contando con ayuda multidisciplinaria ampliando su labor a trabajar no solo con el enfermo sino también con el cuidador a nivel psicoterapéutico individual como en terapias de grupo, además de incluirse en otras áreas como apoyo y facilitador. También el psicólogo tendrá que fungir como orientador con la familia del paciente, informando sobre el proceso del posible diagnóstico.

El papel del psicólogo debería también centrarse en ser el facilitador del proceso de aceptación de la vejez en los trabajadores de la salud, ya que esto facilitará y evitará conflictos presentes en el personal de la salud a cargo del cuidado del paciente con EA, el psicólogo buscará insertar una visión más humanista para tratar personas con probable diagnóstico de alzheimer (y en cualquier caso a la persona vieja), por tanto es necesario trabajar con el personal y hacerlo desde la visión humanista con el objetivo de sensibilizar y generar en ellos la suficiente empatía con la vejez, logrando de esta manera un trato digno a los pacientes viejos independientemente de la condición en la que se encuentre. De esta manera el psicólogo tendrá como meta final dotar a los cuidadores con herramientas físicas y emocionales para lograr que se facilite la salud integral de ellos con la prevención y tratamiento de la salud de los viejos en un marco de armonía y seguridad para ambas partes (cuidadores y pacientes).

Finalmente se tienen que tomar en cuenta los procesos que la persona vivirá con EA, tratar de la mejor manera de acompañarlos en ello. Las condiciones necesarias para una persona con Alzheimer tendrán que ser enfocadas en proceso de la enfermedad mental y física como bien se ha explicado, se tendrán que visualizar a cada etapa y así aplicar las condiciones necesarias para que en el desarrollo de la enfermedad no se produzcan serios problemas (modificar las condiciones del hogar). El trabajo a realizar en personas con Alzheimer se verá a frenar la condición de deterioro con la búsqueda de una

estimulación tardía y sobre todo de trabajar a conciencia de las probables enfermedades en personas viejas.

REFERENCIAS

1. Amador, J.A., Forns, M & Kirchner, T (s/f). Repertorios cognitivos de atención, percepción y memoria. Documento de trabajo, del departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Recuperado en diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/345/1/144.pdf.
2. Amador, J. (2013). Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV (WAIS-IV). Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos. Universidad de Barcelona. Pp 1-21 recuperado en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/33834/1/Escala%20de%20inteligencia%20de%20Wechsler%20para%20adultos-WAIS-IV.pdf>
3. Arias, C. (1999). Enfermedad de Alzheimer. Enfermedades neurodegenerativas, mecanismos celulares y moleculares, México: Fondo de cultura económica. Cap x.
4. Andersson, G. y Haldrup, D. (2003). Personalized pain words and Stroop interference I chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 7, 5, 431 – 438
5. Aveyra, e., Gómez, c., Ostrosky-Solís, F., Rigalt, c & Cruz, F (1996). Adaptación de estímulos de Snodgrass y Vandermart en población hispano-hablante: criterios para la denominación, concordancia de imagen, familiaridad y complejidad visual. *Revista mexicana de psicología*. 13 pp. 15-19
6. Bartlomé, M, V. (s/f). Componentes Neuropsicológicos de la conducta y evaluación neuropsicológica. Recuperado en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacionlogo/17_test_neuropsicologico_s.pdf
7. Báez,A., Cabiya, J., & Margarida, M. (1995). Validez de la Escala de Memoria Wechsler con una muestra previamente diagnosticada con enfermedad de Alzheimer. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, 231-248.
8. Bondi, M.W., Serody, A.B., Chan, A.S., Ebersson – Shumate, S.C., Delis, D.C., Hansen, L.A. y Salmon, D.P. (2002). Cognitive and Neuropathologic Correlates of Stroop Color – Word Test Performance in Alzheimer’s disease. *Neuropsychology*, 16 (3), 335 – 343.
9. Bernardo, L (s/f)

10. Benton, A. (2000). *Exploring the history of Neuropsychology*. New York, EUA: Oxford University Press.
11. Borg, E (2007). *If mirror neurons are the answer, what was the question?* "Journal of Consciousness Studies". 14(8) pp5-19
12. Brune, M (2005). Theory of mind in schizophrenia a *review of the literature*. "schizophrenia Bulletin" 13(1) pp21-42
13. Blesa, R (1996). Exploraciones complementarias en el estudio del deterioro cognitivo. Manual de demencias. Barcelona: Prous Science pp. 187-203.
14. B. Black, "Neurotrophic selection and synaptic plasticity", in *Brain and mind: evolutionary perspectives*, Eds. M. S. Gazzaniga and J. S. Altman (Human Frontier Science Program, Strasbourg, 1998), Chapter 2, pp. 43-49.
15. Borrel, V & Marin, O (2006). "Meninges control tangential migration of hem-derived cajalretzius cells via CXCL12/CXCR4 signaling". *Nature neuroscience*. 9 pp1284-1293.
16. Cabeza R. (2002) Hemispheric asymmetry reduction in older adults. The HAROLD model. *Psychol Aging*. 17 (1): 85-100.
17. Cabeza R. Daselaar SM, Dolcos F, Prince SE, Budde M, Nyberg L. (2004) Task-independent and task-specific age effects on brain activity during working memory, visual attention and episodic retrieval. *Cerebro Cortex*. 14 (4): 364-375.
18. Castañeda-López, G (2006). Cronicidad y degeneración en neurología. Historia y Filosofía de la medicina. "Gaceta Médica de México". 142 (2) pp163-168
19. Castro, V., Gómez, H., Dantes, J., Negrete, S & Tapia-Conver, R (1996). Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. "salud pública México". 38(6) pp438-447
20. Cronbach, L,J (1982). *Designing evaluations of educational and social programas*. San Francisco. Jossey Bass
21. Davies, P & Maloney, A.J (1976) Selective loss of central cholinergic neurons in Alzheimer`s disease. *Lancet*. 2:1403
22. Dempster, F, N (1992). *The rise and fall of the inhibitory mechanism, tower a unified theory of cognitive development in aging*. "Developmental review" 12 pp45-75.
23. Decety, J & Jackson, P,L (2006). *A social-neuroscience perspective on empathy*. "Current directions in Psychological science". 15(2) pp54-58

24. Dekosky, S.T (2003). Pathology and pathways of Alzheimer's disease with an update on new developments of treatment. *J Am Geriatric Soc* 51:S314-S320.
25. Del Ser Quijano, T., Peña-Casanova, J. (1994) Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: J.R. Prous Editores.
26. Delgado, C., Del Ser Quijano, T. (1994) "Métodos de estimación del estado mental". En: Del Ser Quijano, T., Peña-Casanova, J. (Eds.). Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: J.R. Prous Editores.
27. Dolcos F, Rice HJ, Cabeza R. (2002) Hemispheric asymmetry and aging: right hemisphere decline or asymmetry reduction. *Neuroscience Biobehav Rev.* 26 (7): 819-825.
28. Dalrymple y E., Budayr, B. (1966). Examination of some aspects of the Stroop color – word test. *Perceptual and Motor Skills*, 23, 1211 – 1214.
29. Douchamps, J. (1988). Una prueba breve, versátil, automatizada e inductora de estrés derivada de la prueba de palabras y colores. *Methods and Findings in Experimental and Clinical Pharmacology*, 10 (9), 595 – 601.
30. De la Fuente, R. (1968-98) "Raúl Hernández-Peón. In memoriam". *Gaceta Médica de México* pp. 1082-1084.
31. Druker, R & Rojas, J.A (s/f). "Raúl Hernández-Peón". *Brain research* 23 pp 269-273.
32. De Renzi, E., Vignolo, L.A. (1962) The Token Test: A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain*, 85, 665-678.
33. Estevez- González, A., García. C & Barraquer-bordas, I (2000). "los lóbulos frontales el cerebro ejecutivo". *Revista neurológica*. 31(16) pp. 566-577
34. Fernández-Abasal, E.G., Martín, M.D & Domínguez, J (2001). Procesos psicológicos. Madrid; Pirámide. Pp 49-76.
35. FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1996): Psicología del envejecimiento: Lección Inaugural del Curso Académico 1996-1997. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
36. Fernández-Ballesteros, R. (1997). *Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales*. Anuario de psicología, No. 73, 89-104. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
37. Florida, A., F. (1968-98) "Contribuciones sobresalientes de la investigación fisiológica". *Gaceta Médica de México... 3*, pp. 290-338.

38. Gaviria, M & Gaviria, N (2008). Vejez, creatividad y cerebro. "Avances en psiquiatría biológica". 9 (1), pp. 37-55
39. García, D. & Muñoz, P. (2000). Funciones ejecutivas y rendimiento escolar en educación primaria. Un 159orres exploratorio. Revista Complutense de Educación, 11 (1), 39 – 56.
40. García-Domingo, G., Negro-López, L & Fernández- Guinea, S (2004). Evaluación de la simulación de problemas de memoria dentro del ámbito legal y forense. *Revista Neurológica* 38, 766-774.
41. Gershon MD. The Second Brain. Nueva York: Harper Collins; 1998.
42. Guyton AC, Hall JE. El sistema nervioso autónomo; la médula suprarrenal. En: Tratado de Fisiología Médica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 1996. P. 835-847
43. Giménez-Amaya, J (2000). "Anatomía funcional de la corteza cerebral implicada en los procesos visuales". *Revista Neurológica*. 30 (7) pp. 656-662
44. Herrans, L. (2006). Psicología y medición: El desarrollo de pruebas psicológicas en Puerto Rico (2ª edición). San Juan, Repográfica, Inc.
45. Heaton, R. K., Miller, S.W., Taylor, M. J., & Grant, I. (2004). *Revised comprehensive norms for an expanded Halstead-Reitan Battery: Demographically adjusted neuropsychological norms for African American and Caucasian adults*. Lutz, FL: PAR.
46. Jin, Z. & Chen, C. (2001). Influence of the mechanisms of distractor processing of selective attention on working memory. *Acta Psychologica Clinica*, 33 (6), 495 – 499.
47. Jiménez, D., & Gómez, N. (1995). La Neuropsicología en la currícula en la Facultad de Psicología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. En L. Quintanar, E. Roca, & E. Navarro (Eds.), *La Neuropsicología en México. Investigación, práctica clínica y formación de recursos humanos*. México: Facultad de Psicología, BUAP.
48. Kliegl, R., Baltes, PB. (1978) "Theory-Guided Analysis of Mechanisms of Development and Aging Through Testing the Limits and Research on Expertise". En: C. Shooler y K.W. Schaie (eds.) *Cognitive Functioning and Social Structure Over the Life Course*, Norwood, Nueva York: Ablex.
49. Kalat, J (2004). Psicología Biológica, España; Piraninfo
50. León-Carrion, J (1995). Manual de neuropsicología humana. Siglo XXI; México.

51. Lange, R., Iverson, G., Sullivan, K. & Anderson, D. (2006). Suppressed working memory on the WMSIII as a marker for poor effort. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28, 294- 305.
52. Levin, H.S., O'Donnell, V.M., & Grossman, R.G. (1979). The Galveston Orientation and Amnesia Test : a practical scale to assess cognition after head injury. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167(11), 675-84.
53. Martínez, J (1995). Enseña a pensar. Bruño; Madrid.
54. Matute, E. (Ed.). (1988). *Neuropsicología y educación especial*. Guadalajara, México: Unidad Editorial del Gobierno de Jalisco.
55. Matute, E. (Ed.). (1988). *Neuropsicología y educación especial*. Guadalajara, México: Unidad Editorial del Gobierno de Jalisco.
56. Matthews, C. G., & Klove, K. (1964). *Instruction manual for the Adult Neuropsychology Test Battery*. Madison, Wisc.: University of Wisconsin Medical School.
57. Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., & Ostrosky-Solís, F. (2007). *Evaluación Neuropsicológica Infantil- ENI*. México: Manual Moderno, UNAM & Universidad de Guadalajara.
58. Oberman, L. M & Ramachandran, V.S (2007). *The simulating social mind: role of the mirror neuron system and simulation in the social and 160orrespondenc 160orrespo of autism spectrum disorders*. "Psychological Bulletin". 133 (2) pp310-327.
59. Ostrosky, Feggy., Gómez, M. E., Matute, E., Roselli, M., Ardila, A & Pineda, D. (2010). *Neuropsi: atención y memoria 2ª edición*. México; Manual Moderno.
60. Ostrosky-Solís, F., Marcos, J., Ardila A. (2003). Procesamiento Sintáctico en Hispanohablantes. *Estudios neurolingüísticos*. En E. Matute & F. Leal Carretero (Eds.), *Introducción al estudio del español desde una perspectiva multidisciplinaria* (pp.451-468). Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.
61. Osterrieth, P (1944). Complex figure copy test. *Archives de psychologie*, 30 pp. 206-256.
62. Ostrosky- Solís. F., Gómez, E., Matute, E., Roselli, M., Ardila, A & Pineda, D. (2012). Neuropsi: atención y memoria 2º edición. México; Manual moderno

63. Ostrosky-Solís, F & Lozano, A (2009). Evaluación neuropsicológica en población hispanohablante. Efecto de la edad, escolaridad y la cultura. Neuropsicológica Clínica. M. Pérez- García (ed). Editorial: pirámide ediciones España
64. Papalia, D & Wendkps, S (1993). Psicología general. España; MacGraw Hill.
65. Papalia, D (2001). Psicología general. McGraw Hill; Santiago de Chile.
66. Parkin, A.J. (1999). Exploraciones en Neuropsicología cognitiva. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
67. Peña-Casanova, J (2007). Neurología de la conducta y Neuropsicología. Editorial Panamericana; México.
68. Perea V & Ardila, A (2005), Síndromes neuropsicológicos. Editorial Amarú; México
69. Penny, E & Melgar, F. (2012). Geriatria y Gerontología; para el médico internista. Bolivia: La Hoguera pp. 145-159.
70. Pineda, J. A (2008). *Sensorimotor cortex as a critical component of an extended mirror neuron system: Does it solve the development 161orrespondence, and control problems in mirroring?*. “Behavioral and brain fuctions”, pp 4-47.
71. Prince, M & Jackson, J (2009). Informe mundial sobre Alzheimer. Resumen ejecutivo.
72. Price, L., Tulskey, D., Millis, S. & Weiss L. (2002). Redefining the factor structure of the Wechsler Memory Scale-III: Confirmatory factor analysis with cross-validation. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 574-585
73. Perea, M, V., Ladera, V & Morales F. (2000). Aprendizaje verbal en el traumatismo craneoencefálico. *Psicothema*. 12(3) PP 353-359.
74. Partington, J. E., & Leiter, R. G. (1949). Partington’s Pathway Test. *The Psychological Service Center Bulletin*, 1, 9–20.
75. Rivas, M (2008). Procesos cognitivos y aprendizaje significativo. España; la suma de todos.
76. Romano, F., Nissen, M & Huerto, N. (2007). “enfermedad Alzheimer”. *Revista de posgrado de la Vía Católica de Medicina*. 175 pp. 9-12

77. Peña-Casanova J. (1999). Enfermedad de Alzheimer: del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos. Barcelona: "La Caixa" pp. 63-75
78. Quintanar, L. (1995). Maestría en Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica de la Facultad de Psicología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. En L. Quintanar, E Roca, E Navarro (eds.). *La Neuropsicología en México. Investigación, práctica clínica y formación de recursos humano*. México: Facultad de Psicología, BUAP.
79. Ramírez, M & Ostrosky-Solís (2009). Atención y memoria en pacientes con parálisis cerebral. *Revista neuropsicológica, neuropsiquiatría y neurociencias*. 9 (1). Pp 55-64
80. Robles, A., Del Serb, T., Alom, J., Peña-Casanova, J (2007). *Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer neurología*. "Neurología" 17(1) pp. 17-32.
81. Rey, A (1964). Examen clínico en psicología. Presses Universitaires de France. Paris.
82. Rey, A (1987). Test de copia de una figura compleja, Madrid: Tea
83. Reyes-Morales, H., Svetlana, V., García-González, J.J., Espinosa-Aguilar, A., Jiménez-Urbe, R., Peña-Valdominos, A & Mendoza-Núñez, V.M. (2009). Guía para la evaluación gerontológica integral. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*; 47 (3): 291-306
84. Riso, A., Rechea, C. & Ponte, D. (1998). La paradoja de la frecuencia de uso en una tarea Stroop. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 51 (3 – 4), 485 – 499
85. Rueda, M.R., Tudela, P. y Lupiáñez, J. (2000). Efecto de la facilitación semántica en la tarea Stroop. Implicaciones para el estudio del control atencional. *Psicothema*, 12 (2), 216 –222
86. Snowden, J.S, & Neary, D (2002). Front temporal dementia. *Psychiatry*. (180) pp 140-143.
87. Rosselli, M., Jurado, MB & Matute, E (2008). *Las funciones ejecutivas a través de la vida*. "revista neuropsicológica, neuropsiquiátrica y neurosis". 8(1) pp23-46
- Reitan, R. M., & Wolfson, D. (1985). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and interpretation*. Tucson, AZ: Neuropsychology Press.

88. Rosselli, M., Ardila, A., Bateman, J. R., & Guzman, M. (2001). Neuropsychological test scores, academic performance, and developmental disorders in Spanish-speaking children. *Developmental Neuropsychology*, 20, 355–373.
89. Sánchez, M.D, (1989). Modificabilidad cognitiva y programa de enriquecimiento instrumental. Bruño; Madrid.
90. Sánchez C. Trastornos del sistema nervioso autónomo. *Medicine* 2003; 8: 5475-5483
91. Segovia, J, M & Mora, F (2002). Enfermedades neurodegenerativas. Madrid; serie científica.
92. Slachevsky & Oyarzo (2008), Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en Tratado de Neuropsicología Clínica, Labos E., Slachevsky A., Fuentes P., Manes E. Librería Akadia editorial; Buenos Aires, Argentina.
93. Sosa, A.L (s/f). Epidemiología de las demencias. Instituto de Geriatria. Recuperado en <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/23.pdf>
94. Stuss, D, T & Benson, D.F (1986). The frontal lobes. New York: Raven.
95. Sechrest, L. (1984). "Reliability and validity". En: AS Bellock, M Hersen (eds.) *Research methods in clinical psychology*, Pergamon. Nueva York
96. Salgado, Román, F., Sánchez, J.P., López, F., Bargalló, N., Falcón, C., Ramírez, B., Caldú, X. y Martínez, J. (2003). Activación cerebral durante el test de Stroop en una caso de lesión cerebral focal temprana. *Revista de Neurología*, 36 (4), 343 – 346.
97. Stroop, Jr, (1935). "studies of interference in serial verbal reactions". *Exp Psychol*; 18 pp. 643-662.
98. Tapia, M., Violeta, E & Luna, A, J. (2008). *Procesos cognitivos y desempeño lector*. "Revista de Investigación Psicológica". 11 (1) pp. 37-68
99. Spreen, O., & Benton, A. L. (1969, 1977), *The Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia*. Neuropsychology Laboratory, University of Victoria, Victoria, B.C., Canadá.
100. Tirapu-Ustárraz, J., Muñoz-Céspedes, J.M & Pelegrin-Valero, C. (2002). Funciones ejecutivas; necesidad de una integración conceptual. "Revista neurológica". 34(7) pp. 673-685

101. Solé-Llenas (2000). Reseña histórica de las instituciones Neurológicas más destacadas. *Revista de Neurología*. 30(1) pp082-86.
102. Tirapu-Ustárraz., Muñoz-Céspedes & Pelegrin-Valero, C. (2002). *Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual*. "Revista Neurológica" 34 (7) pp. 673-685
103. Tirapu-Ustárraz., J. García-Molina, A., Luna-Lario, P., Roig-Roviira, T & Pelegrin-Valero, C (2008). *Modelos de funciones y control ejecutivo (I)*. "Revista neurológica" 46 (11) pp. 684-69.
104. Tudela, P. (2001). Atención y ejecutivo central. En C Méndez. D. ponte. L, Jiménez, L & Sampedro, M.J. *La atención; un enfoque pluridisciplinar* Valencia; Promolibro. Cap. 1 pp. 17-32
105. Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). "Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale." *Lancet* 2(7872): 81-4.
106. Valdez, P. (s/f) Introducción al a neuropsicología. *Instituto de neuropsicología de Monterrey*. Recuperado de www.neuropsi.org
107. Valverde, F (2006). *Estructura de la corteza cerebral. Organización intrínseca y análisis comparativo del neocórtex*. "Revista de Neurología" 34 (8) pp. 758-780.
108. Villalpando, B. (2006). Demencias: en D'Hyverc y Gutierrez-Robledo, L.M. Geriatria. México; Manual Moderno pp. 371-390.
109. Villa Rodríguez, M. A. (Comunicación personal, 2009). Historia de la Neuropsicología. Maestría en Psicología Orientación en Neuropsicología. UNAM.
110. Velasco-Suárez, M. M., & Escobedo Ríos, F. (Eds.). (1979). *Neurobiología (Simposio Internacional)*. México DF.: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.
111. Wechsler, D. (1988). Test de inteligencia para adultos (WAIS). Buenos Aires: paidos.
112. VIGUERA, V. (2001) El proceso de envejecimiento. Curso Virtual de Educación para el envejecimiento. Clase 4. <http://www.psiconet.com/tiempo/educacion/clase4.htm>
113. Verdugo, M., Gómez, L & Arias, B. (2009). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: LA escala FUMAT. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la comunidad.

114. Zarragotia, A. I. (2003). *La depresión en la tercera edad*. Revista Electrónica de Geriátría y Gerontología. Vol. 5 No. 2

Anexos



**PROGRAMA DE PSICOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO,
TANATOLOGIA Y SUICIDIO
TEST DE FRASES INCOMPLETAS PARA IDENTIFICAR
REPRESENTACIONES Y ACTITUDES ANTE LA VEJEZ
Formato FIIRAV ACTUALIZADO 2012-1**



Quintanar O. Fernando, García R-L. Carlota y Flores O. Ma. Estela

(Único) (Pretest) (Postest) Folio (_____)

INSTRUCCIONES.

A continuación encontrará una lista de expresiones que usted tendrá que completar hasta formar una expresión entera, *no son preguntas y no hay respuestas correctas o incorrectas*. Trate de no detenerse mucho en pensar la respuesta, sólo lea la expresión y complétala lo más pronto que pueda con algo que tenga sentido para usted, *se trata de completar una idea que está inconclusa*. **Evite completar las frases (o ideas) solamente con SI o NO**, y en lo posible tampoco complete con una sola palabra.

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** (M) (F)

Escolaridad: _____ **Edo. Civil.** _____ **Religión.** _____ **Ocup:**

Hora de inicio _____ **Hora de terminación** _____ **Tiempo** **total**
(_____)

1. Como persona anciana _____
2. En la vejez el tiempo libre _____
3. Mi satisfacción en esta etapa de mi vida _____
4. El amor para el anciano _____
5. Los retiros y la jubilación _____
6. Me doy cuenta que mi cuerpo _____
7. Los cuidados que he tenido para mi salud _____
8. La atención que se da a los ancianos _____
9. Las condiciones de mi casa _____
10. Las tradiciones de las personas mayores _____
16. La historia que he vivido _____
17. Lo que más cambia con la vejez _____
18. Las reuniones de ancianos _____
19. Al hablar con una persona anciana _____
20. Los bienes que tengo _____
21. Lo que más recuerdo de los ancianos que conocí _____
22. Los abuelos y los nietos _____
23. Los ancianos dependientes _____
24. El futuro me parece _____

25. Las personas que atienden ancianos _____
30. Las diversiones para persona ancianas _____
31. El éxito en el envejecimiento _____
32. Si dos personas ancianas se acarician _____
33. Las personas ancianas que trabajan _____
34. La desnudez en las personas mayores _____
35. El sueño para las personas ancianas _____
36. La ayuda a la vejez _____
37. En la calle las personas ancianas _____
38. En la educación la vejez _____
39. Cuando los hijos se van _____
40. Para los niños la vejez _____
41. Como persona anciana las relaciones sexuales _____
42. Cuando muera _____
43. Al asistir al templo o iglesia la persona anciana _____
44. Los proyectos de mi vida _____
45. A mi edad pienso _____
46. En la sociedad, los adultos mayores _____
47. A una persona anciana yo le diría _____
48. Las condiciones en que vivo _____
49. Considero que los ancianos que conozco _____
50. Lo que hacen los abuelos con los nietos _____
51. Atender a una persona anciana en la familia _____
52. Mi misión en la vida _____
53. El cuidado del anciano _____
54. Mi idea de la vejez _____
55. Sé que la vejez es _____
56. Las necesidades de los ancianos _____
57. Reconozco el envejecimiento cuando _____
58. Cuando veo a dos personas mayores en un parque _____

59. Como persona anciana me gustaría _____
60. A mi edad el amor _____
67. Para las personas mayores, las reuniones familiares _____
68. En mi niñez las personas ancianas _____
69. Para las personas ancianas hablar de cuestiones sexuales _____
70. Cuando se es anciano la muerte _____
71. Para mi vejez deseo que Dios _____
72. Lo que he conseguido en la vida _____
73. Imagino que mi vejez _____
74. En la vejez una amistad _____
75. Ante una persona anciana yo _____
76. La calidad de vida en la vejez _____
77. Comprender a la persona anciana. _____
78. Ante sus nietos _____
79. Lo mejor que un anciano puede hacer _____
80. Quisiera ser un anciano(a) _____
81. Cuando la familia debe atender a una persona anciana _____
82. A las personas ancianas _____
83. La vejez ofrece _____
84. Para la vejez los avances tecnológicos _____
85. En la vejez _____
86. Con el tiempo las personas ancianas _____
87. Para las personas ancianas los espacios recreativos _____
88. La realización más importante en la vejez _____
89. En la vejez el llegar a estar enamorado _____
90. Ante el trabajo las personas mayores _____
91. Los cambios que mi cuerpo presenta _____
92. Las enfermedades de las personas mayores _____

93. Los servicios que los ancianos tienen _____
94. Vivir en un asilo o casa hogar _____
95. En el futuro la vejez _____
96. El papel de los ancianos en la sociedad _____
97. Como anciano la familia _____
98. He visto que los ancianos con los jóvenes _____
99. La experiencia sexual de una persona anciana _____
100. Como persona anciana la pérdida de un ser querido _____

GRACIAS POR SU COPERACION

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE EN ESPAÑOL NEUROPSI

Dra. Feggy Ostrosky
Solís, Dr. Alfredo Ardua y
Dra. Mónica Rosselli

DATOS GENERALES

NOMBRE

EDAD

SEXO

LATERALIDAD

FECHA

ESCOLARIDAD

OCUPACIÓN

MOTIVO DE CONSULTA.

OBSERVACIONES MÉDICAS Y NEUROLÓGICAS

3. Estado de alerta: consciente, somnoliento, estuporoso, comatoso, etc.

II. En caso de que la persona esté tomando algún medicamento, especifique cuál y la dosis:

III. Otros exámenes: angiografía, electroencefalografía, etc.

IV. Antecedentes médicos:

Marque con una "X" en caso de que tenga o haya tenido alguna de las siguientes enfermedades:

- Hipertensión Arterial
- Enfermedades pulmonares
- alcoholismo
- Farmacodependencia
- Disminución de agudeza visual o auditiva.
- Traumatismos craneoencefálicos
- Diabetes
- Tiroidismo
- Accidentes cerebrovasculares
- Otros

PROTOCOLO DE APLICACIÓN
ESCOLARIDAD BAJA,
MEDIA Y ALTA

INDICACIÓN GENERAL: Para los criterios de calificación cualitativos y cuantitativos de cada reactivo, es necesario consultar el manual.

1. ORIENTACIÓN

		Respuesta	Puntaje
A. Tiempo	¿En qué día estamos?		0 1
	¿En qué mes estamos?		01
	¿En qué año estamos?		01
B. Espacio	¿En qué ciudad estamos?		01
	¿En qué lugar estamos?		01
C. Persona	¿Cuántos años tiene usted?		01

TOTAL

II.- ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

3. DÍGITOS EN REGRESIÓN

Pida que repita cada serie en orden regresivo, es decir, del último al primero ; ej. 2- 5, respuesta: "5- 2". Si logra repetir el primer ensayo, se pasa a la serie siguiente. Si fracasa, aplique los dos ensayos.

Respuesta	Respuesta	Respuesta
4- 8 _____ 2	2-8- 3 _____ 3	8-6- 3- 2 _____ 4
9-1 _____ 2	7-1- 6 _____ 3	2-6-1-7 _____ 4

Respuesta	Respuesta
6-3-5-9-1 _____ 5	5-2-7-9-1-8 _____ 6
3-8-1-6-2 _____ 5	1-4-9-3-2-7 _____ 6

TOTAL _____ (6)

B.- DETECCIÓN VISUAL.

Se coloca la hoja de detección visual frente al sujeto y se le pide que marque una "X" todas las figuras que sean iguales al modelo (lamina A del material

anexo), el cual se presentará durante 3 segundos. Suspender a los 60 segundos.

Total de errores _____
 Total de aciertos _____

C. 20-3

Pida que a 20 le reste 3. No proporcione ayuda y suspenda después de 5 operaciones.

17-14-11-8-5 Respuesta _____ total _____
 (5)

III. CODIFICACIÓN.

A.- Memoria verbal espontánea.

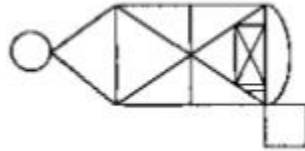
Enuncie la serie de palabras y pida que la repita una vez que usted termine. Proporcione los tres ensayos.

1. CURVA DE MEMORIA ESPONTÁNEA.

Gato _____	mano _____	codo _____	
Instrusiones _____			
Pera _____	vaca _____	fresa _____	
Perseveraciones _____			
Mano _____	fresa _____	pera _____	
Primacia _____			
Fresa _____	gato _____	vaca _____	
Presencia _____			
Vaca _____	codo _____	gato _____	
Codo _____	pera _____	mano _____	
Total _____	Total _____	Total _____	Total de
promedio _____ (6)			
1er. Ensayo	2º. Ensayo	3er. Ensayo.	

B.- PROCESO VISOESPACIAL (COPIA DE FIGURA SEMICOMPLEJA).

Pida que copie la lámina 1 del material anexo. Utilice la reproducción presentada abajo para registrar la secuencia de la copia.



Hora_____

Total_____ (12)

IV. LENGUAJE

A.- DENOMINACIÓN

Pida que nombre lo que observa en las láminas de la 2 a la 9 del material anexo y anote la respuesta.

	Puntaje	Respuesta.		Puntaje	Respuesta.
Chivo	0 1	_____	Llave	0 1	_____
Guitarra	0 1	_____	serpiente	0 1	_____
Trompeta	0 1	_____	reloj	0 1	_____
Dedo	0 1	_____	bicicleta	0 1	_____

Nota: si el paciente presenta problemas se agudeza visual que le limiten realizar la actividad anterior, en su lugar, pida que denomine los siguientes estímulos preguntándole: “¿Qué es esto?”.

Lápiz, Reloj, Botón, Techo, Codo, Tobillo, Zapato, Llave
 1 2 3 4 5 6 7 8

Total_____ (8)

8.- REPETICIÓN.

Pida que repita las siguientes palabras y oraciones.

	Puntaje	Respuesta.
Sol.....	_____	0 1
Ventana.....	_____	0 1

El niño llora.....	_____	0	1
	Total	_____	(3)

Nota: ninguna de las dos pruebas anteriores se encuentra completa.