

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LOS PROCESOS COGNITIVOS Y AFECTIVOS EN EL ADULTO MAYOR DE LA CASA DE ABUELOS DE LA LOCALIDAD DE SANTA MARTA EN EL AÑO 2013

Lic. Viviana Pérez Delgado¹, Dr. Pedro Miguel Morejón Morejón²

*1. Policlínico docente “Ramón Martell”.Varadero, Matanzas,
Cuba.*

*2. Policlínico docente “Ramón Martell”.Varadero. Filial
Universitaria Municipal Aida Pelayo Pelayo, Cárdenas, Matanzas,
Cuba*

Resumen.

La siguiente publicación está encaminada a realizar una evaluación psicológica de los procesos cognitivos y afectivos en el adulto mayor perteneciente a la casa de abuelos de la localidad de Santa Marta en el municipio Cárdenas. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, durante el período de Agosto- Septiembre de 2013. El universo estuvo representado por los adultos mayores pertenecientes a la Casa de abuelos de Santa Marta. Para la investigación se utilizó una muestra comprendida de 18 adultos mayores, 12 mujeres y 6 hombres, entre un rango de edad de 60-90 años. En la investigación se utilizaron técnicas psicológicas como: Observación, Entrevista, Minimental-Abreviado de Folstein, Test Escala Psicoafectiva(CITED), Completamiento de frases (J. Rotter), Inventario de ansiedad (Estado-Rasgo) Idare, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage . La aplicación se realizó en dos sesiones de trabajo con el objetivo de no provocar el cansancio físico e intelectual en los adultos mayores. En el análisis de los resultados se constató que en los adultos mayores estudiados prevaleció un déficit cognitivo, donde se destacaron alteraciones en algunos procesos como son: memoria, atención y orientación. Se demostró además, que la existencia de alteraciones psicoafectivas, dadas por la disfuncionabilidad de los medios familiares, de la autopercepción que tiene el adulto mayor del envejecimiento y la reducción de sus actividades sociales.

***Palabras claves:** Evaluación psicológica, procesos cognitivos y afectivos, adulto mayor*

Introducción

El envejecimiento no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas; ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social y ha sido siempre de interés para la filosofía, el arte, la medicina, y también para la psicología. Sin embargo, durante el pasado siglo asistimos a una situación singular: más y más personas sobrepasaron el inicio de lo que el hombre ha llamado etapa de la vejez y se transformó el privilegio de algunos en una oportunidad para muchos; esto convirtió el envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas.

Según cálculos de las Naciones Unidas en 1950 había alrededor de 200 millones de personas de 60 años o más. El siglo XXI comenzó con 600 en la población mundial; 50 años después la cantidad de ellas se triplicará de nuevo y estará casi en los 200 millones de personas (Álvarez Sintés, F, 2001)

Dicha organización y sus instituciones han diseñado y difundido programas, planes y principios que abordan la problemática del envejecimiento con el fin de alertar a todos los países miembros, acerca de la repercusión del crecimiento acelerado de las personas de 60 años y más en el presente milenio, así como la elaboración de políticas nacionales dirigidas a “una sociedad abierta en la que cada persona, independientemente de su edad sienta que puede contribuir no solo produciendo sino también formando y desarrollando la sociedad. “

El envejecimiento latinoamericano y caribeño ha sido muy rápido y lo será más. En el 2000, según datos de CEPAL había en la región un poco más de 41 millones de personas de

este grupo etáreo que se incrementará en menos de 25 años a más del doble, o sea unos 98 millones.

Dentro de este grupo aumentarán con mucha más velocidad los mayores de 80, a un ritmo de crecimiento del 4% anual. Se afirma que la región del Caribe es hoy la región en desarrollo más vieja del mundo. Esto implica que para adaptarse a ese proceso tendrá entonces menos tiempo que lo que tuvo el mundo desarrollado. (Álvarez Sintés, F, 2001). Cuba ya es un ejemplo de país en vía de desarrollo con un envejecimiento importante en la población. Luego del Triunfo de la Revolución el mejoramiento de la atención médica ha hecho posible elevar la expectativa de vida de sus adultos mayores, actualmente de 77 años, y cuyo pronóstico es que alcance los 80 años para 2015.

De acuerdo con proyecciones realizadas de la población cubana para el período 2001-2020, las personas con 60 años y más aumentará su proporción desde 14,5% hasta 21,4%. La población de 0 a 14 años que en el 2001 ascendía al 20,9% descenderá al 15,6% en el 2020. Hay hoy al menos 20 municipios del país que tienen más personas mayores que niños, Matanzas está por debajo del quinto lugar de provincias más envejecidas, ocupando Unión de Reyes el primer municipio más envejecido.

El envejecimiento en Cuba ha impuesto un nuevo reto para el Sistema de Salud, ya que hoy en día, lo más importante no es continuar aumentando la longevidad de la población sino además, cualitativamente, la salud de éstas, con una adecuada calidad de vida. Logrando un envejecimiento saludable a través del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor.

Varios programas educacionales han sido confeccionados buscando por diversas vías informar a la población de los síntomas y signos más comunes y de la necesidad de buscar la atención médica oportuna. Se ha acuñado el término de Salud Mental Educada como conocimiento y expectativas sobre los trastornos mentales que contribuyen a su reconocimiento, atención y prevención. (Cid Sanz, M. 1996).

Por todo lo anterior, esta realidad requiere ser abordada de forma profesional, adecuada y eficiente con un manejo y una atención integral especializada, no solo por parte del Estado Cubano y de las instituciones implicadas sino por sus propios actores.

Viejo es aquel que ha llegado a su horizonte. Quien se estanca, ha envejecido. Esto no significa que se pase por alto el hecho irrefutable de los años. Se envejece porque transcurre el tiempo por encima de cada persona. Pero también se envejece porque se permite que el tiempo corra por encima de cada uno sin aprovecharlo como se debe. Y el tiempo siempre debe aprovecharse de una manera o de otra. Hay quien se sienta a esperar la muerte sentado en un sillón o acostado en una cama, sin haber razón alguna para tales poses fatalistas. En casi todas las etapas de la vida, incluyendo la vejez, se podría dar más de lo que se ha dado.

La falta de recursos adaptativos del sujeto, así como la ausencia o la desarmonía entre múltiples factores biopsicosociales, espirituales, culturales, frustran la potencia de su desarrollo sano e independiente. (Román Vargas, 1999).

En el proceso de envejecer ocurren cambios progresivos en las células, en los tejidos, en los órganos y en el organismo total. Es la ley de la naturaleza que todas las cosas vivas

cambien con el tiempo, tanto en estructura como en función. El envejecimiento empieza con la concepción y termina con la muerte.

En el proceso de envejecimiento es básico superar lo físico, adaptarse al deterioro biológico, a las canas, a las arrugas, a los cambios y entonces, a partir de allí, fomentar el desarrollo social y espiritual con la experiencia acumulada. En este concepto vital se valoran mejor las satisfacciones de un trabajo determinado, de la formación de una familia y de la actividad social. La vejez tiene entonces su verdadero sentido como etapa de la vida donde se encaran pérdidas importantes, pero en la que se puede disfrutar y continuar creciendo. (Polo, M. 1999)

El deterioro del organismo en la vejez determina la pérdida paulatina de la función orientadora y reguladora de la actividad a través de los procesos cognitivos y afectivos. Los cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos que el factor tiempo introduce en el ser vivo, intervienen en los procesos cognitivos y afectivos ocurriendo cierta disminución que varía considerablemente de un individuo a otro. Los procesos cognitivos están constituidos por la sensación, la percepción, la atención, la memoria, el pensamiento, y el lenguaje. Es fundamento de garantía de la primera característica de la conciencia: la capacidad de conocer el mundo (concepción del mundo). Permite el reflejo de la conciencia, de las cualidades de los objetos y fenómenos de la realidad objetiva y su resultado es el conocimiento.

Los procesos afectivos están compuestos por las emociones, los sentimientos y expresan el valor, el significado y la importancia que las cosas adquieren para el individuo. Esto influye, penetra y se difunde por toda la vida psíquica del sujeto como consecuencia de las experiencias y el aprendizaje social del hombre, de acuerdo con su identidad y su personalidad.

Los procesos psicológicos en general, permiten la relación dialéctica entre el hombre y el medio. Los procesos cognitivos y afectivos forman una unidad indisoluble en la conciencia y lo separamos únicamente para estudiarlos. (Núñez de Villavicencio, F. 2001).

Los trastornos cognitivos vinculados con la edad se han convertido en un problema importante de salud. En el ámbito nacional, los trabajos realizados con respecto al deterioro cognitivo han mostrado cifras de prevalencia en la comunidad de 4,2 a 19,6 %. Cuando se incluyen personas desde los 50 años, el promedio general puede ser más bajo en comparación con los grupos a partir de 65 años.

En la actualidad el deterioro cognitivo persiste como un concepto mal delimitado y poco consensuado, que refleja una disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visu espacial. Presupone un nivel cognitivo superior al actual, un declive o merma respecto al nivel de funcionamiento previo, una pérdida parcial o global de las capacidades previamente adquiridas, lo que no siempre resulta demostrable. (Ser T del, Peña J. 1994).

Por la relevancia y el impacto social que tiene esta problemática y la repercusión en el adulto mayor, nos sentimos motivados a realizar una investigación orientada a evaluar el estado actual que presentan los procesos cognitivos y afectivos en el adulto mayor en la Casa de abuelos de Santa. Evaluar el estado actual de los procesos cognitivos en el adulto mayor. Definir el estado actual de los procesos afectivos en el adulto mayor.

Desarrollo

Algunas fundamentaciones teóricas sobre el envejecimiento.

El envejecimiento no está solo determinado por la edad cronológica, sino que intervienen en él, factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, ecológicos y también acontecimientos históricos y aspectos éticos.

El envejecimiento es un proceso irreversible y por el momento inevitable, nada escapa a él, envejecen personas, plantas, montañas, casas culturas y hasta las ideas. Para cada organismo viviente existe un máximo de tiempo que se modifica muy poco. El aumento de la edad se acompaña de cambios que repercuten sobre el proceso normal.(Fong. 2006.)

Dulcey-Ruiz y Quintero plantean: El envejecimiento es un proceso que ocurre inevitablemente durante el transcurso de la vida, en todos los organismos, la época de la existencia denominada “vejez” equivale a la etapa final de ese proceso de envejecimiento. (Dulcey-Ruiz y Quintero, 1999).

Según Morfi Samper, R. el envejecimiento es un fenómeno universal deletéreo y endógeno, que comprende una reducción de la capacidad funcional, aumento de la morbilidad y la mortalidad. La autora concuerda con esta definición considerándolo como un proceso normal de cambios relacionados con el paso del tiempo que comienza con el nacimiento y continúa a lo largo de la vida dentro de la propia estructura social y concluye en la etapa de la vejez, la fase final de la vida.(Morfi Samper, R, 2003).

- Envejecimiento normal y patológico.

Diferentes teorías según Fernández Brañas, S. apuntan, que aunque el envejecimiento equivale a deterioro, daño o enfermedad, es posible diferenciar el envejecimiento “normal” o “sano” del envejecimiento “patológico” o envejecimiento con “deterioro o enfermedad”. Si bien es cierto que el envejecimiento se refiere a diversos cambios que se dan en el transcurso de la vida individual y que implican declives estructurales y funcionales, o sea, disminución de la vitalidad; ello no significa que tal disminución o declive equivalga forzosamente a alteraciones patológicas.

Se puede calificar el envejecimiento como normal o senectud, cuando cumple con los parámetros de competencia esperados u aceptados, en función de la edad del individuo, lo que le permite una buena adaptación física, psíquica y social; y un desempeño adecuado, de acuerdo con las exigencias del medio y las expectativas del individuo. Hay más sincronismo en la estructura de los órganos, más compensación psicológica y apoyo social.

En el envejecimiento patológico o senilidad, la incidencia de procesos, enfermedades u otros alteran los parámetros esperados y aceptados, e impiden o dificultan la adaptación y el desempeño. En el envejecimiento patológico, a nivel biológico hay descompensación en las enfermedades ocurriendo hospitalizaciones frecuentes. En el orden psicológico, se manifiesta la pérdida progresiva e irreversible de los procesos psíquicos, mal enfrentamiento al estrés, pesimismo y autovaloración negativa. En el nivel social, hay

pérdida total de roles sin sustitución, ausencia de apoyo social, hay dependencia, soledad, conflictos generacionales e inactividad. (Fernández Brañas, S. 2001).

Envejecer no equivale a enfermar, ni la vejez significa enfermedad. El envejecimiento implica una constante dialéctica de ganancias y pérdidas durante toda la vida.

Lo psicológico en el envejecimiento.

La psicología como ciencia ha estudiado bajo múltiples enfoques y teorías los ciclos de la vida, en los que se observan los procesos psíquicos y estructuras de la personalidad en formación cambios y estabilización. Sin embargo, los estudios acerca de las transformaciones, desarrollo, disolución o desintegración de estos procesos que se encuentran en la etapa de la vejez no han sido suficientemente estudiados.

El envejecimiento en el orden psicológico, se manifiesta la pérdida progresiva e irreversible de los procesos psíquicos, mal enfrentamiento al estrés, pesimismo y autovaloración negativa. (Fernández Brañas, S.2001).

Otra definición es la que expresa que el envejecimiento psicológico es el efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas. Dentro de estas funciones se incluyen las formas en que percibimos la realidad, las relaciones consigo mismo y con los demás. La integración de estos elementos en una personalidad única e integral que define lo subjetivo – individual supone una serie de cambios del ciclo vital. (Núñez de Villavicencio, F. 2001). Se suma la autora a la afirmación positiva de esta definición por la forma en que integra los factores biopsicosociales.

El proceso de envejecimiento, continúa afirmando Fernando Núñez de Villavicencio responde a especificidades sociopsicológicas estrechamente relacionadas con los cambios biológicos de esta etapa de la vida, lo que conforma la integración biopsicosocial necesaria para el estudio de la vejez. Los procesos normales o no, de la disolución del psiquismo, con su consecuente merma las posibilidades neuropsíquicas de adaptación, como así la asimilación del envejecimiento recíproca del individuo y la sociedad, sustenta las bases de lo que llamamos la dimensión psicológica del envejecimiento.

El envejecimiento normal y patológico requiere el conocimiento de cambios en la frontera – muy difícil de establecer- de procesos sumamente complejos y entrelazados, como son los cognitivos, afectivos, de interacción social y, en resumen, de la personalidad en su conjunto.

Los cambios que realiza el ser humano a lo largo de todo el ciclo vital muestran una correlación entre las capacidades psicológicas y cerebrales, por lo que no podemos olvidar la unidad orgánica-cerebral. Estos cambios encontrados en el envejecimiento cerebral, como en las variaciones en su morfología y neurotransmisión, entre otros, intervienen en importantes funciones psicológicas, como la sensopercepción, la memoria, el aprendizaje y los estados de ánimo. (Núñez de Villavicencio, F. 2001)

En el proceso de envejecimiento es básico superar lo físico, adaptarse al deterioro biológico, a las canas, a las arrugas, a los cambios y entonces, a partir de allí, fomentar el

desarrollo social y espiritual con la experiencia acumulada. En este concepto vital se valoran mejor las satisfacciones de un trabajo determinado, de la formación de una familia y de la actividad social. La vejez tiene entonces su verdadero sentido como etapa de la vida donde se encaran pérdidas importantes, pero en la que se puede disfrutar y continuar creciendo. (Polo, M. 1999).

Con el paso de los años aparecen cambios en el organismo, algunos de ellos visibles otros no, se acentúan y requieren que las personas hagan ajustes para realizar las actividades cotidianas. Algunos de estos predisponen a las personas mayores a tener problemas de salud relacionados con esos cambios.

- Cambios en el pensamiento, en la afectividad o en la conducta diaria.
- Insatisfacción por la vida.
- Pérdida de la autonomía.
- Pérdida de papeles familiares y sociales.
- Rechazo e inadaptación a la vejez.
- Inconformidad con su imagen corporal.
- Proceso de aislamiento o disminución de las relaciones humanas.
- Rigidez, la cautela, la pasividad, la excesiva preocupación por sí mismo en cuanto a la salud, el alimento y la seguridad.
- La piel se vuelve seca y arrugada.
- La piel se vuelve más delgada y frágil.
- Decrece la función de las glándulas sudoríparas.
- Se aumenta el riesgo de insolación.
- El pelo se vuelve más fino.
- Las uñas se vuelven gruesas y ásperas (especialmente la de los pies).

Sistema Respiratorio:

- Disminuye la expansión pulmonar.
- Aumenta el riesgo de infecciones pulmonares.

Sistema Cardiovascular:

- Incrementa la aterosclerosis.
- Incrementa el riesgo de padecer enfermedades del corazón.
- Incrementa el riesgo de presión alta.
- Incrementa el riesgo de enfermedades vasculares periféricas.
- Sistema Gastrointestinal:
- Disminuye la movilidad gastrointestinal.
- Aumenta el riesgo de constipación.

Sistema Urinario:

- Disminuye la capacidad de la vejiga.
- Incrementa el riesgo de incontinencia vesical.
- Incrementa la concentración de la orina.

- Aumenta el riesgo de infección en la vejiga.

Sistema Inmune:

- Aumenta el riesgo de contraer infecciones.

Sistema Músculo-Esquelético:

- Disminuye el calcio de los huesos.
- Aumenta el riesgo de osteoporosis.
- Disminuye la masa muscular.
- Disminuye la fortaleza muscular.
- Disminuye la movilidad de las articulaciones.
- Incrementa el riesgo de osteoartritis.

Sistema Nervioso:

- Disminuye el equilibrio y la coordinación.
- Lentitud en los reflejos.
- Incrementa el riesgo de caídas.
- Disminución Perceptiva. Sensorial.
- Cambios en la visión:
- Disminuye la visión nocturna
- Disminuye la percepción de colores
- Disminuye visión periférica
- Disminuye producción lagrimal
- Incrementa la sensibilidad al resplandor
- Incrementa el riesgo de caídas
- Cambios auditivos:
- Disminuye la habilidad de distinguir
- Sonidos de alta frecuencia
- Disminuye la audición
- Cambios del gusto y olfato:
- Disminuye la cantidad de papilas gustativas.
- Disminuye el sentido del olfato
- Riesgo de una nutrición deficiente

Lo prevaeciente es la noción de que la vejez es resultado inevitable del deterioro orgánico y mental. Tal deterioro se hace visible a mediados de la vida. De ahí en adelante, progresa a un ritmo acelerado. Polo, M. (1999).

En lo referente a los factores biológicos, se ha apuntado certeramente que los cambios que ocurren en el proceso de envejecer son los mismos en todas partes del mundo. En este sentido parece inevitable que el organismo humano pasa a lo largo de un ciclo que comprende la concepción, el nacimiento, el desarrollo durante la niñez y la adolescencia, la plenitud, la declinación y la muerte.

La vejez no es una enfermedad. Lo biológico como condición interna de la situación social del desarrollo de un individuo de esta edad, se presenta de forma gradual. El determinante biológico se presenta como pérdida como deterioro, a diferencia de otras edades, pero cada vez más los estudios médicos requieren de las ciencias sociales para explicar lo que acontece en un adulto mayor. (Orosa, T. 2001).

Cuando el individuo arriba a la etapa del adulto mayor enfrenta una situación de desarrollo diferente que está determinada por la cultura, la familia y el propio desarrollo que él ha alcanzado. Es desocupado del rol social laboral, y las implicaciones que de estos se derivan determina su nueva situación, en dependencia de la cultura de jubilación.

Es el peso de prejuicios asociados a la vejez, el peso de verse como carga para la familia y el de la familia sobre él. Es el peso de sus propias contradicciones como sujeto en desarrollo, algo que comúnmente se ignora. El adulto mayor cuenta entonces, con necesidades propias que requieren de una caracterización particular. Una necesidad básica es la comunicación. Se considera que el sistema de comunicación típico para esta edad aparece en la relación con la familia; por supuesto, esto es en nuestro contexto cultural de familia. En segundo lugar, con los coetáneos, más aún cuando la vejez del mayor transcurre desvinculada. Esto último se observa, además premiados por los estereotipos negativos hacia la vejez que portan los propios sujetos cuando se inician en la edad. Ya cuando el sujeto ha transcurrido y es realmente añoso recupera una percepción más positiva de la edad y por lo tanto se acerca más a sí mismo y a sus coetáneos.

En la tercera edad la necesidad de comunicación, se generaliza a la comunicación con el otro, por sus necesidades de ser tenido en cuenta y de transmitir experiencias. Con frecuencia se asume que los adultos mayores se retiran de la actividad sexual, de la actividad de estudio por limitaciones propias de la edad. En gran medida las limitaciones están en el otro que lo discrimina y desconoce.

Sin embargo, en relación con el sistema de actividad no aparece una actividad típica única o definida, que como en las otras edades puede caracterizar la edad, que no sea la comunicación misma. La actividad luego de la jubilación depende del contexto sociocultural donde el individuo desarrolle su ancianidad. En algunos será la actividad de organización del tiempo libre. En otro se identificará como trabajo doméstico.

No es lo mismo un adulto mayor en una cultura donde se le reconozca aunque sea su rol de abuelidad y que viva con su familia, a un adulto mayor que viva separado, aislado en residencia de ancianos. No es lo mismo un adulto mayor que viva solo sin vínculo familiar y que sea aislado por la sociedad, o que por el contrario sea incorporado por esta. (Orosa, T. 2001).

Las limitaciones inadecuadas pueden ocasionar graves consecuencias en el proceso de la vida. Hasta que las personas no arribe a su estado adulto, las limitaciones las imponen en primer lugar la familia: padres, abuelos, tíos y los maestros entre otras figuras menos relevantes.

Las limitaciones que se imponen en esas tempranas edades pueden llevar a formar hábitos nocivos como desdeñar algunos alimentos: los vegetales o preferir una vida sedentaria o

crear conflictos psicológicos; ya en la adultez y a las limitaciones adquiridas en los años anteriores se pueden agregar otras que la personas se imponga por sí misma o por otras personas, que lo hacen creyendo que favorecen a estos adultos por tener la idea de que ya no sirven para nada. Un envejecimiento exitoso sin condiciones incapacitantes ni enfermedades crónicas es una meta viable y realista para todos. (Padro-González, AM. 2004).

El adulto mayor en su comunicación trasmite experiencia, cuando ofrece un consejo, cuando regaña, hasta cuando reclama lo que le pertenece y no le han dado la posibilidad de entregarlo. En general, lo manifiesta en su necesidad de tribuna social, en su necesidad de ser tenido en cuenta. Enfrentar la muerte sabiendo que uno queda en los que nos rodea, en las cualidades de otros, en las habilidades cognitivas o afectivas del otro, lo referido constituye el motivo principal que dinamiza y regula el comportamiento del adulto mayor.

Existen otras características en la edad, estas se encuentran marcadas por los eventos de jubilación y pérdidas entre ellas la muerte de coetáneos queridos. Por ello, se identifican esas características como la elaboración de duelos y la representación de la muerte. En este sentido, la elaboración de duelos incluye la pérdida de su rol social y la despedida de su familia de origen. Comienza a asistir a funerales de los hermanos, cónyuges, cuñados, amigos, compañeros de trabajo. Y comienza a pensar en la inminencia de la propia muerte.(Orosa, T. 2001).

En esta etapa de vida, la autoestima se describe como disminuida y asociada a la pérdida de la capacidad física, mental y estética. Atravesada por prejuicios sociales y en función de las dificultades en el control de su vida, el individuo comenzara a ser funcional o no. Además, cuando un individuo llega a la tercera edad, su autoestima está asociada no con la pérdida de su funcionalidad inmediata, sino con la pérdida de su rol social. Por ello se denota como un factor sensible a educar.

Existen otros grupos de características o rasgos que la literatura describe como inherente o propias de esta edad. Pero en general, algunos no los aprecian como formaciones de esta edad, ni tampoco aparecen en todos los adultos mayores. Se plantean como cualidades la baja autoestima, rigidez, cautela, pasividad, preocupación por sí misma aún cuando eventos sociales como la jubilación, o biológico de desgaste físico, puedan influirlos. Los autores de esta investigación están de acuerdo con este criterio.

Es también posible apuntar a lo que el adulto mayor pueda llegar en el desarrollo gracias a la ayuda de los otros; es decir, lo relativo al concepto de " zona del desarrollo próximo ". En esta etapa la relación de ayuda viene desde la familia (hijos, cónyuges, nietos, y otros miembros). Viene también de los otros adultos como red de apoyo informal (vecinos, amistades) y con una fuente importante la de sus propios recursos personológicos importantes. (Orosa, T. 2001).

Procesos cognitivos y procesos afectivos.

Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos si se considera como adultos mayores a las personas con más de 60 años. Esta tendencia al crecimiento constituirá uno

de los retos más formidables a los que tendrán que enfrentarse las sociedades occidentales en un futuro cercano.

En la tercera edad ocurren cambios propios de la vejez que ocasionan el deterioro de los procesos cognoscitivos y afectivos, y la temprana evaluación propicia no sólo el diagnóstico sino que previene la agudización de los mismos.

Los trastornos cognitivos vinculados con la edad se han convertido en un problema importante de salud. En Cuba, al cierre del 2001, el 14,6 % de su población (más de un millón y medio de habitantes) tenía más de 60 años y según estimaciones para el 2050 el país se convertirá en uno de los más envejecidos del mundo. En el ámbito nacional, los trabajos realizados con respecto al deterioro cognitivo han mostrado cifras de prevalencia en la comunidad de 4,2 a 19,6 %. Cuando se incluyen personas desde los 50 años, el promedio general puede ser más bajo en comparación con los grupos a partir de 65 años.

En la actualidad el deterioro cognitivo persiste como un concepto mal delimitado y poco consensuado, que refleja una disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial. Presupone un nivel cognitivo superior al actual, un declive o merma respecto al nivel de funcionamiento previo, una pérdida parcial o global de las capacidades previamente adquiridas, lo que no siempre resulta demostrable. (Ser T del, Peña J 1994).

Procesos cognitivos.

Durante la actividad práctica, el hombre se relaciona con diversos objetos y fenómenos, situaciones y personas con las cuales interactúa. En esa interacción, los procesos cognitivos le permiten el conocimiento de lo que le rodea y constituye el aspecto racional de la personalidad. (Núñez de Villavicencio, F. 2001).

Los procesos cognitivos, cuya denominación procede de la raíz griega *cognoscere* que significa conocer, permiten al hombre informarse de las características externas, modificables, de los objetos y fenómenos del medio por las sensopercepciones, así como las características internas esenciales e inmodificables que se captan mediante el pensamiento, asegura (González Menéndez, R. 1998).

Por su parte, (Fernando Núñez de Villavicencio, F. 2001) determina que los procesos cognitivos están constituidos por las sensopercepciones y el pensamiento. Es fundamento de la garantía de la primera característica de la conciencia: la capacidad de conocer el mundo. Permite el reflejo de la conciencia de las cualidades de los objetos y fenómenos de la realidad objetiva, y su resultado es el conocimiento.

La sensación, percepción, la atención, la memoria, el pensamiento, y el lenguaje son los procesos que permiten al ser humano conocer. También, pudiéramos decir que son procesos directamente vinculados con el aprendizaje. La autora bien reconoce los criterios de los dos primeros investigadores, pero se apega más a la última definición.

Los siguientes son los procesos cognitivos:

- **Sensación:** la sensación es el reflejo de cualidades aisladas de los objetos y fenómenos del mundo material que actúan directamente sobre los órganos de los sentidos. La teoría materialista dialéctica de la sensación parte del hecho de que el hombre conoce, a través de los órganos de los sentidos, el mundo material, que existe independientemente de él. La sensación es el resultado de la influencia de la materia sobre los órganos de los sentidos. (Smirnov et al, 1961, p. p 95) " La materia, al actuar sobre nuestros órganos de los sentidos, produce la sensación. " (Lenin, Obras completas, XIV, p. p 43).

La sensación es la primera fuente de todos nuestros conocimientos acerca del mundo. " de ninguna manera que no sea por medio de las sensaciones no podemos saber formas de la materia ni sobre formas del movimiento." (Lenin, Obras completas, XIV, p. p 288).

Los objetos y fenómenos de la realidad que actúan sobre los órganos de los sentidos, como es sabido, se llaman estímulos. El proceso de influencia de los estímulos sobre los órganos de los sentidos se denomina estimulación. La estimulación produce en el tejido nervioso un proceso de excitación, plantean (Smirnov et al 1961, p. p 95).

- **Percepción:** La percepción es el reflejo del conjunto de cualidades y partes de los objetos y fenómenos de la realidad que actúan directamente sobre los órganos de los sentidos. Las percepciones se completa y perfecciona, en un grado mayor o menor, con los conocimientos que se tienen de la experiencia anterior. La percepción de algo, como objeto y fenómeno determinado de la realidad, sería imposible sin el apoyo de la experiencia pasada.

Como todos los procesos de conocimiento, la percepción, siendo reflejo de reflejo o representación del mundo real, depende de las características del sujeto que percibe, de sus conocimientos, de sus necesidades, de sus intereses, etc. La percepción es una imagen subjetiva del mundo real.

El proceso perceptivo en el adulto mayor se ve afectado en el primer término por la alteración de los órganos sensoriales lo que provoca una respuesta perceptiva motriz más lenta. (Smirnov et al, 1961).

Las capacidades del adulto mayor sufren cierta disminución, que varía considerablemente de un individuo a otro, lo que provoca una alteración en recibir y tratar las informaciones del entorno. La vista, el oído y los otros sentidos sufren déficit con la edad, sin que esto quiera decir que los adultos mayores en su totalidad sean sordos o ciegos. La consecuencia mayor de este déficit ocurre en la pérdida de la velocidad, la declinación de la capacidad de ejecución y dificultad de la coordinación; por tanto, ante las tareas difíciles el adulto mayor mostrara cansancio, agotamiento o incapacidad. Brownly señala que esto sucede más en las actividades nuevas que en las familiares. (Núñez de Villavicencio, F. 2001).

- **Atención:** La atención es una función neuropsicológica que sirve de mecanismo de activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje, mediante operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica. (Colectivo de Autores,2003).

En su clasificación podemos distinguir 4 componentes: alerta, atención selectiva, atención sostenida y atención dividida.

1- Alerta: es la capacidad de vigilancia que tiene el organismo para poder adaptarse y sobrevivir en un ambiente cambiante. Existen 2 tipos:

Alerta tónica: es la capacidad de sobresalto que se encarga del encendido cortical de manera involuntaria cuando existe un estímulo potencialmente agresor, permite una respuesta fisiológica inmediata, y pone las demás capacidades intelectuales en marcha cuando el organismo las precisa. Alerta fásica: es la capacidad de activación que se encarga de prepararnos psicológicamente para la acción. Nos predispone para orientarnos mediante un control voluntario.

2- Atención selectiva: es la capacidad que nos permite seleccionar voluntariamente e integrar estímulos específicos o imágenes mentales concretas. Es el componente que nos permite categorizar las cosas y realizar un adecuado tratamiento de la información.

3- Atención sostenida: es la capacidad de concentración que nos permite mantener el foco de la atención, resistiendo el incremento de fatiga a pesar del esfuerzo y de las condiciones de interferencia y distractibilidad. Es un mecanismo complejo que implica la interacción de aspectos motivacionales más que cognitivos.

4- Atención dividida: es la capacidad que nos permite alternar entre 2 o más focos de atención. Puede ser entre 2 estímulos diferentes, o entre un estímulo y una imagen mental. (Colectivo de Autores. 2003).

En los adultos mayores la atención, sobre todo si debe ser mantenida voluntariamente, disminuye. El comportamiento de la atención sufre cambios con la edad que se manifiestan en un declive en la tasa de exactitud en la detección de señales, que podría interpretarse como una disminución progresiva en el grado de vigilancia, manifestada en tareas que requieran atención mantenida. (Núñez de Villavicencio, F. 2001).

Se considera muy importante señalar que las alteraciones que puedan presentarse en la atención del adulto mayor están íntimamente relacionadas con la motivación que despierta la tarea que se esté acometiendo, y con las alteraciones perceptivas que pudieran estar relacionadas con la edad, de tal manera que en condiciones ambientales desfavorables, la atención mantenida podría debilitarse, mientras que en ambientes estimulantes y tareas de interés, podría lograrse una optimización de la atención del senescente.

En los procesos demenciales la atención no le permite al paciente guardar la información, por lo tanto, la atención comienza a deteriorarse junto con la memoria reciente, y en la medida en que la enfermedad avanza, se vuelve más distraído y con mayor dificultad para mantener la atención en las actividades que realiza. La capacidad para seleccionar los estímulos adecuados para la realización de cada tarea, se va alterando progresivamente hasta el ensimismamiento en etapas de deterioro avanzado.

En pacientes con deterioro cognitivo identificado, el propósito será rehabilitatorio, y comprenderá sesiones de estimulación de la atención, en las cuales se le pedirá al sujeto que

fije su atención en el entorno, para que después describa objetos y aspectos de este; que mantenga su atención en señales determinadas, después de lo cual se le pedirá que realice acciones orientadas; que ejecute operaciones sencillas y automáticas, que después se le pedirá que realice en orden inverso; y se le estimulará a que ponga su atención en recuerdos agradables. La sistematicidad de las actividades de un plan de estimulación cognitiva es imprescindible para la obtención de resultados sostenidos, y por supuesto, será necesario primeramente explicar estos ejercicios y su importancia al familiar o al cuidador del enfermo de demencia-(Pousa et al, 2001).

- **Memoria:** Los estudios de prevalencia de los trastornos de memoria asociados con la edad no se han intentado hasta fechas relativamente recientes, probablemente debido a la incertidumbre de no contar con criterios diagnósticos inequívocos e instrumentos validados. La frecuencia de los trastornos cognitivos varía según las clasificaciones y criterios diagnósticos utilizados en los diferentes estudios. (Núñez de Villavicencio, F. 2001).

La memoria constituye un proceso psíquico, y funciona como índice tradicional del envejecimiento, tanto normal como patológico, aceptado normalmente en lo popular como en lo científico. La memoria puede definirse como un proceso que permite conservar y reproducir las huellas de una experiencia anterior y reaccionar a las señales o situaciones, que han dejado de actuar de manera directa sobre el hombre.

La literatura divide la memoria en:

1. Memoria sensorial.
2. Memoria primaria (a corto plazo).
3. Memoria secundaria (a largo plazo).

Los fallos en la memoria secundaria han suscitado múltiples controversias acerca de si son producidos por dificultad en el aprendizaje de la nueva información (adquisición) o, si se producen en la recuperación de la información aprendida. Este aspecto de la memoria resulta ser el más afectado en cuanto a:

- Fallos en la adquisición.
- Perdidas del material almacenado.
- Fallos en la recuperación.

Los fallos en la recuperación son los más comunes en el envejecimiento.

4. Memoria terciaria.

La edad aporta diferencias mínimas en la memoria sensorial, primaria y terciaria, no así en la secundaria, en la que se observa declinación significativa en los aspectos siguientes:

1. Tanto en el recuerdo espontáneo (evocación), como el reconocimiento decae con la edad.
2. El reconocimiento es más efectivo que el recuerdo espontáneo.
3. El reconocimiento, en los dementes se hace deficitario aun en los materiales familiares, lo que sirve para diferenciar lo que sirve para diferenciar los procesos normales de los patológicos.

En los adultos mayores ocurre un fenómeno de retroalimentación o *feedback* y autojustificación de las dificultades en la ejecución. Entre las quejas más escuchadas están:

- Olvido de acciones cotidianas: realizar algo, donde ha dejado algún objeto, lo que pensaban hacer.
- Dificultad para recordar nueva información.
- Fenómeno de la palabra en “ la punta de la lengua ”.
- Perder el hilo de la conversación.

Estas quejas están relacionadas con la distractibilidad y con funciones cognitivas como la atención o la capacidad de aprendizaje; y se refiere a la práctica, a la percepción subjetiva del proceso referido de forma espontánea por el adulto mayor y sus familiares. Las quejas y síntomas alrededor de la pérdida de la memoria pueden estar asociadas con la autopercepción de envejecimiento o con estados afectivos.

La “popularización” de la pérdida de la memoria como factor de vejez muchas veces esta asociada a estados depresivos más o menos enmarcados, lo que afecta sensiblemente este proceso cognitivo. Núñez de Villavicencio, F. (2001).

- **Pensamiento:** El pensamiento resuelve los problemas, por cambios indirectos, mediante conclusiones derivadas de los conocimientos que ya se tienen. La generalización de lo individual y la utilización de las leyes generales de los casos particulares se lleva a cabo por medio de los procesos de pensamiento. Aunque en el proceso del pensamiento el hombre va mas allá de la percepción, no altera la realidad, sino que, por el contrario, la conoce con mas profundidad y exactitud.

El pensamiento es el reflejo generalizado de la realidad en el cerebro, realizado por medio de la palabra así como de los conocimientos que ya se tienen y ligado estrechamente con el conocimiento sensorial del mundo y con la actividad practica del hombre. (Smirnov et al, 1961).

Los procesos centrales del pensamiento no se retardan con la edad, lo que se afecta es el proceso perceptivo- motor y los cambios de criterios. También se evidencia un proceso de desgaste- rendimiento; y se produce observar a partir de los 30 o los 40 años, el comienzo de la declinación de algunas características, tales como la flexibilidad, la fluidez y la originalidad.(Núñez de Villavicencio, F. 2001)

Con la edad el pensamiento se hace cada vez más reflexivo, se mantiene la comprensión, la capacidad de juicio, la atención, el vocabulario y el conocimiento; mientras, que disminuye la memoria, la concentración, la asimilación y la rapidez de reacción.

La inteligencia es la actividad psíquica superior a la que más se le ha prestado atención. El aspecto fundamental de la polémica alrededor de este proceso constituye la hipótesis de este razonamiento o descenso en la vejez. Se puede definir como la capacidad para pensar y actuar racional y lógicamente en el medio circundante.

El declive intelectual asociado a la edad se suele presentar como un trastorno aparentemente leve de la memoria para hechos recientes, cuyas manifestaciones clínicas varían en un amplio rango, desde los olvidos cotidianos y transitorios meramente subjetivos, hasta un serio trastorno de la capacidad de recordar.

En relación con la inteligencia, Catell propone las existencias de dos formas: una fluida y la otra cristalizada. La primera es capaz de resolver los problemas nuevos y descubrir las nuevas asociaciones. La segunda aplica a la situación presente la acumulación de las experiencias anteriores. La inteligencia fluida depende de la capacidad de de evolucionar y adaptarse rápida y eficazmente a las situaciones nuevas, y disminuirá con la edad; mientras que la cristalizada, ligada a la acumulación de la experiencia, aumentaría con los años. Para Horn, las diferencias entre envejecimiento normal y patológico se encuentran en el componente cristalizado de la inteligencia que en el sujeto normal no se degrada, mientras que sí lo esta en el sujeto demente. (Núñez de Villavicencio, F. 2001).

En el adulto mayor es importante conocer los mecanismos de procesamiento de la información- su estado cognitivo- y no la capacidad intelectual global. Es importante también conocer la conducta inteligente del adulto mayor, su adaptación a la vida diaria, el grado de comprensión de la realidad, Su capacidad discriminativa y su habilidad para tratar mentalmente situaciones prácticas. Es por eso que en el adulto mayor es importante averiguar si existe evidencia de afectación cognitiva. En la exploración de este proceso no se debe olvidar las quejas y síntomas que presenta un adulto mayor pueden presentar otros síntomas como falta de atención y sentimiento de inutilidad. También sucede que sin llegar a este extremo, los síntomas que afectan los procesos cognitivos pueden estar presentando estados de ánimo de tristeza que se enmarcan en síntomas físicos, los que interpretados correctamente nos llevan a la causa de la enfermedad.

Existe un estereotipo según el cual el adulto mayor tiene dificultad para aprender nuevas cosas. Sin embargo, investigaciones en estas edades y la práctica diaria demuestran lo contrario. En estas personas existe la capacidad de aprender y de generar estrategias sustitutivas, aunque necesitan un tiempo de reacción más largo. Las dificultades se presentan en la utilización de algunas técnicas de aprendizaje como la asociación y la individualización, así como una mayor tendencia a ser precavidos.

Al igual que en la memoria, en el aprendizaje hay mayor dificultad en relación con la complejidad, la rapidez, la abstracción; los resultados son menos eficaces en las pruebas de ejecución. Factores como la ejecución, la tendencia a reaprender, la asociación, la repetición, el refuerzo, y la transferencia, influye en el proceso de aprendizaje.

En el aprendizaje del adulto mayor se deben tener en cuentas algunas características, como: el adulto mayor necesita más tiempo, se hace necesario la familiarización previa con la tarea facilita el aprendizaje, el procesamiento cognitivo es más negativo ante dos tareas simultáneas, cuando el adulto mayor tiene que proceder en contra de sus expectativas, el rendimiento es menor. El aprendizaje en la tercera edad debe individualizarse. El adulto mayor debe tomarse su tiempo, para lograr su objetivo.

Con la edad disminuye la agilidad mental (inteligencia fluida), la capacidad de resolución en situaciones nuevas, a muy corto plazo; mientras que mejora la inteligencia basada en los conocimientos adquiridos, la experiencia y la capacidad de juicio (inteligencia cristalizada).

Los adultos mayores presentan una mayor lentitud en la solución de problemas y elaboración de informaciones, en el tiempo de reacción ante la tarea y en el grado de precisión de esta.

La capacidad verbal se deteriora menos que la capacidad psicomotora. En general, las capacidades dependientes de la memoria inmediata disminuyen más que las que no tienen influencia temporal. Los cambios rápidos en el rendimiento cognitivo son un indicador significativo de deterioro físico o psíquico, que exige una valoración y exploración especial.

Se debe tener en cuenta que en todas las edades hay niveles intelectuales altos y que se pueden observar dificultades intelectuales en la inteligencia. También se refiere una fuerte relación entre memoria e inteligencia. Núñez de Villavicencio, F. (2001).

- Lenguaje: El lenguaje es una forma especial de relación entre los hombres. Es por medio del lenguaje como las personas se comunican sus pensamientos e influyen unas sobre otras. El lenguaje es un fenómeno social. Aparece a consecuencia de las necesidades sociales y sirve para agrupar a las personas en la sociedad. El lenguaje humano se puede formar únicamente como resultado de la asimilación del idioma y siempre está sometido a las reglas de este.

Un eminente psicólogo del siglo XX, Jerome Bruner, planteó: “No se trataba solamente del aumento del tamaño y la potencia del cerebro, ni de la bidepestandación y liberación de las manos. Estos no eran más que pasos morfológicos en la evolución que no hubieran tenido demasiada importancia si no fuera por la aparición simultánea de sistemas de símbolos compartidos” Bruner, J. (1991).

Es por ello que el lenguaje desempeña un papel fundamental en los procesos del conocimiento. Somos en gran medida lo que somos gracias a nuestra capacidad de utilizar sistemas simbólicos y sistemas de signos, que dan significación a las acciones. (Bello Dávila et al, 2001).

Procesos afectivos.

El hombre reacciona de formas muy disímiles frente a lo que le rodea e incluso frente a sus propias acciones. Por otra parte, ante un mismo objeto, estas reacciones afectivas son generalmente muy variadas, mientras que unas se alegran, algunas se entristecen, otras sienten miedo y otras, admiración.

La alegría, la cólera, la tristeza y el miedo son distintos estados afectivos y, por lo tanto, diferentes formas de sentir provocadas por los objetos, situaciones, fenómenos, personas, etc.; con los cuales relaciona e interactúa el hombre en su actividad cotidiana.(Núñez de Villavicencio, F. 2001).

Se considera procesos afectivos a la imagen de la relación con el objeto lo que afecta la relación la satisfacción de nuestras necesidades. Se expresa en sentimientos de alegría, repugnancia, agresividad, cólera, tristeza, odio, ira, sentimientos, estados de ánimo, miedo,

pasión. Poseen expresión física y psíquica. No se describen fácilmente y son más primitivos que la cognitiva. (Fernández Rius, L. 2003).

Los procesos afectivos se expresan a través de estados de ánimo, emociones y sentimientos que expresan la relación que existe entre las necesidades y la satisfacción que procede del medio.

Los estados de ánimo se manifiestan mediante el tono afectivo que va de la alegría a la tristeza, y se mantiene relativamente durante un período; mientras que las emociones surgen ante emergencias con comienzos bruscos de gran intensidad y corta duración, acompañada casi siempre de profundas reacciones neurovegetativas y viceversa. Por su parte, los sentimientos son modalidades estables, de aparición lenta y duradera y no se acompañan de cambio somáticos. (Núñez de Villavicencio, F. 2001).

-Estados afectivos: el ánimo constituye un estado emotivo general, que matiza durante un considerable período de tiempo distintos procesos psíquicos y la conducta del hombre. A veces el estado de ánimo y sus alteraciones dependen de distintos acontecimientos de la vida que producen una fuerte impresión emocional. (Bello Dávila et al, 2001).

Los cambios en los estados de ánimo son más difíciles de identificar que el funcionamiento de la esfera cognitiva. En los adultos mayores son más frecuentes estados de ánimos particulares de irritabilidad, indiferencia, inestabilidad y pesimismo.

Los trastornos de los estados de ánimos tienen como característica principal una alteración del humor. Como criterio de estos trastornos se exige la presencia o ausencia de episodios afectivos. Los estados de ánimo del adulto mayor deprimido son de pesimismo, irritabilidad, inestabilidad, y a veces de sentimientos de culpa.

El adulto mayor influido por las pérdidas a las que está sometido y por el temor a estas pérdidas, sufre una especie de exclusión o descalificación. La reducción de su sistema relacional y social lo conduce a la muerte social antes que llegue la muerte biológica. Las modificaciones psicoafectivas y biológicas y los cambios por acontecimientos existenciales hacen del adulto mayor un individuo más expuesto al riesgo de padecer de alteraciones psíquicas.

Para algunos autores al menos la mitad de los individuos mayores de 65 años tenía alguna alteración psíquica, en la que predominaban la ansiedad y la depresión. Para otros, uno de cada tres adultos mayores acude a consulta por alguna alteración psíquica. La necesidad de adaptarse sin mucho sufrimiento a las nuevas condiciones de vida pone en juego mecanismos de defensa del adulto mayor. (Núñez de Villavicencio, 2001, p. p 149).

- Ansiedad: Las alteraciones de ansiedad generalizada son comunes en la vejez. En estas edades, se complican con síntomas depresivos y enfermedades físicas. Los problemas de salud tanto de las enfermedades transmisibles como las no transmisibles, conllevan la presencia de la ansiedad que a veces se generaliza como una alteración ansiosa.

Para establecer el diagnóstico de la ansiedad generalizada se debe tener en cuenta la ansiedad la tensión motora, la hiperactividad autónoma, la expectación aprensiva y alteraciones en la vigilancia.

La ansiedad subyacente o manifiesta se relaciona fundamentalmente con la respuesta adaptativas a las pérdidas- afectivas y de objetos- y temores, al afrontamiento, a las frustraciones, al sentimiento de ser marginado u olvidado, y a la asimilación racional de la realidad.

Podemos definir la ansiedad del adulto mayor como una desviación de la normalidad psicológica media que no compromete gravemente la convivencia social, aunque crea problemas a la familia, a las instituciones, y a quienes los pretendan atender. La ansiedad aparece o se acentúa como consecuencia del envejecimiento, motivada por la psicodinámica de la personalidad o por modificaciones orgánicas que al envejecer se producen, sin ser estas patológicas. (Núñez de Villavicencio, 2001, p. p 149).

- **Depresión:** Las pautas diagnóstica según CIE 10, la depresión es un trastorno de la afectividad que traduce una claudicación psicológica del individuo que se expresa a través de síntomas psíquicos (tristeza, desmoralización, desinterés, pérdida de la autoestima) y síntomas somáticos (astenia, anorexia, pérdida de peso, trastorno del sueño y mialgias).

En la depresión intervienen factores biológicos, genéticos, endocrinos, y bioquímicas; los problemas de salud más citados en los adultos mayores deprimidos son la artropatías, la diabetes, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares, las músculoesqueléticas, las broncopulmonares y las respiratorias. Se citan también el funcionamiento físico deteriorado y las limitaciones físicas, los cambios de ambiente, los problemas económicos y la inseguridad, aunque prevalezcan los factores sociales.

La percepción de apoyo también ha sido considerada en fechas más recientes como fundamental, y resulta inversamente proporcional a la depresión. La carencia de los amigos y familiares se relaciona de forma particular con la depresión. Se plantea, además, que el estrés producido por acontecimientos adversos de la vida, en particular con la pérdida de objetos y afectiva, de independencia económica y de autonomía, constituye de forma decisiva a la depresión del adulto mayor. Las fuentes de estrés determinan en buena medida la depresión.

La adaptación a esta etapa de la vida permite hacer frente a los cambios que ocurren en ella, y tienen en cuenta la necesidad y posibilidad de reemplazo de roles y vulnerabilidad individual. Se pueden destacar que los factores psicológicos y sociales han ocupado un lugar relevante en los últimos años en la causa y evolución de los adultos mayores.

Se define la depresión como una alteración en las funciones afectivas, que se caracterizan por un estado de ánimo de tristeza, abatimiento e infidelidad y que se advierte en la expresión social, acompaña a enfermedades comunes y disminuye la actividad y la tensión vital; es una enfermedad común, y es el síntoma que con más frecuencia pasa inadvertido; pero incluso, cuando se reconoce, es el síntoma simple peor tratado en la práctica clínica. Los signos y síntomas de la depresión son múltiples y complejos y tienen diferentes fases y problemas de acuerdo con la edad del individuo

La depresión tiene causas psicológicas, sociales y biológicas. El Comité de Expertos de Gerontopsicología de la OMS refirió que la depresión es el problema de salud más común en la tercera edad.

Los estados depresivos no son siempre patológicos. Existen procesos depresivos naturales en relación con los cambios adaptativos que el sujeto tiene que hacer obligatoriamente desde su nacimiento. No existe una causa única para la depresión; se describe una suma de factores causales, como la pérdida afectiva o de objeto, sobrevaloración de ideales, alteraciones neurotransmisores químicos, transmisión genética hereditaria, etc. La depresión es un proceso reversible, con posibilidades de mejorar con el curso del tiempo y recuperar las funciones alteradas, por lo que es necesario realizar un diagnóstico precoz.

La depresión caracteriza al adulto mayor como un individuo silencioso, retraído, inmóvil, sin interés por la vida. Su hábito externo suele ser de desaliñado, apático y letárgico. Sus características más relevantes son la tristeza y el autorreproche. La depresión puede estar oculta por síntomas somáticos, por encima de lo psicológico; -tales como quejas hipocondríacas, síntomas de fatigas, pérdida de peso, anorexia, etc.- en la depresión enmarcada por signos de pseudodemencia es difícil hacer un diagnóstico certero.

La ansiedad también puede enmarcar la depresión en esta edad. Por otra parte, algunos factores psíquicos como la pérdida de intereses, de actividad placentera y de los trastornos del sueño y las alteraciones de la atención y la memoria, sugieren también depresión oculta. Se citan además, otros factores psicológicos y sociales como la actitud negativa hacia sí mismo, los demás y el ambiente, la autovaloración negativa, y la autoestima pobre, así como conductas de lentitud, de aislamiento y disminución del validismo. (Núñez de Villavicencio, 2001, p. p 149, 150).

- **Emociones:** los procesos emocionales (emotivos) y los estados emocionales o emociones (en la acepción restringida del término) constituye la forma usual y característica en que se experimentan los sentimientos. La emoción es la experimentación directa, inmediata de cualquier sentimiento. Las emociones se distinguen por su dinamismo y vigor; entonces se convierten en estímulos e incentivos para actuar, ponen en tensión las fuerzas. Las emociones resultan en ciertos casos, momentos organizadores y en otros la desorganizan. Núñez de Villavicencio, F. (2001, p. p 31). V. I. Lenin escribió que " sin emociones humanas no se ha acometido ni puede acometerse la búsqueda humana de la verdad (...) ".

Los estados emocionales se muestran en los movimientos del rostro y del cuerpo mediante los cuales comunicamos –primer sistema de señales- nuestras vivencias afectivas. Además, de la mímica y la pantomima, expresivas de un estado afectivo, este se expresa también en modificaciones del funcionamiento de los órganos internos y en cambios aún más profundo en la composición química de la sangre, como resultado de de la secreción de diversas glándulas que se movilizan en los estados de tensión.

Los estados emocionales se manifiestan verbalmente –segundo sistema de señales-, mediante expresiones verbales de acuerdo con la intensidad y las peculiaridades del proceso de tensión.(Núñez de Villavicencio).

- **Sentimientos:** el hombre siendo simultáneamente un ser vivo y un miembro de la sociedad, refleja en su cerebro las relaciones objetivas, las cuales se constituyen en el hombre como personalidad, con los distintos objetos de reflejo. El reflejo abarca las relaciones del hombre, del sujeto que actúa y conoce, con los objetos que pueden satisfacer sus necesidades, colaborar a ellos o impedirlos. Esta faceta singular del reflejo del mundo en el reflejo del hombre constituye el campo de los sentimientos o a la esfera emocional de su personalidad. Los sentimientos son el reflejo en el cerebro del hombre de sus relaciones reales, o sea, de las relaciones del sujeto que experimenta las necesidades con los objetos que tienen significado para él.

Los sentimientos aunque subjetivos, son cognoscibles, pues siempre tienen una naturaleza determinada (causal- condicionada). Al mismo tiempo en la vida teórica y práctica el hombre debe dominar sus sentimientos, frenar sus emociones, variar conscientemente las valoraciones de los fenómenos y de un mundo y de un mundo subjetivo " interior ". Los sentimientos engendrados por el mundo objetivo se manifiesta realmente no solo en las variaciones corporales, sino en las actuaciones, manifestaciones y actividades del hombre, de su personalidad.(Bello Dávila, Z. 2001).

Características de los sentimientos:

- Los sentimientos se relacionan con motivaciones sociales aprendidas a través del proceso de adaptación del hombre al medio.
- Se van instalando lentamente a través de la interacción del hombre con su medio social.
- Son de prolongada duración y pueden, incluso, una vez formados, perdurar toda la vida del sujeto.
- Son de menor intensidad que las emociones.
- No se presentan acompañados de cambios somáticos ostensibles.

Predomina la actividad cortical. (Núñez de Villavicencio, 2001, p. p 32).

Conclusiones.

Se constató la existencia en los adultos mayores estudiados un déficit cognitivo, destacándose alteraciones significativas en algunos procesos: **Memoria:** en el recuerdo mediato se demostró la existencia de alteraciones significativas, marcadas dificultades para adquirir y recuperar información, presentando una limitada y temporal capacidad de almacenamiento de la información.

Atención: se destacaron dificultades en la concentración, disminución de la agilidad mental, apareciendo dificultades acentuadas en la capacidad de resolución de situaciones nuevas y a muy corto plazo, marcada distractibilidad, trayendo consigo una mayor lentitud en la solución de problemas, en el tiempo de reacción de la tarea y en el grado de precisión y aceptación de la misma.

Orientación: se encontró daños en la totalidad de los adultos mayores estudiados. Producto a la existencia aparentemente de una ruptura en la relación sujeto-medio, trayendo consigo esto una disminución de la actividad e interacción social. Se pudo percibir un proceso gradual de desconexión con la sociedad y una pérdida paulatina de sus compromisos con la

misma; donde las relaciones humanas son limitadas al encontrarse estos inmersos en sus problemas familiares.

Se demostró, la existencia de alteraciones psicoafectivas en los adultos mayores estudiados, constatada en la disfuncionabilidad de los medios familiares, generando alteraciones psicoafectivas tales como: insatisfacciones, incomprensión, mala comunicación, falta de apoyo y ayuda, careciendo de mecanismos para recuperar el rol perdido, utilización de recursos adaptativos para justificar en gran medida lo que están pasando, sintiéndose reemplazados en autonomía y autoridad, dependientes, carentes de aceptación personal y una autoestima muy dañada.

También la autopercepción que tiene el adulto mayor del envejecimiento y la reducción de sus actividades sociales, son causas de alteraciones psicoafectivas que traen como consecuencia la aparición de estados de ánimos de soledad y aislamiento, irritabilidad, inestabilidad, tristeza, ansiedad, depresión, indiferencia, pesimismo, sentimientos de culpa, presentando dificultad en la toma de decisiones y solución de problemas.

Bibliografía

1. Álvarez Sintés, Roberto. Medicina General Integral. Salud y Medicina. Ed. Ciencias Médicas, La Habana, Cuba. 2001.
2. Bello Dávila, Zoe y Casales Fernández, Julio Cesar: Psicología general. Editorial Félix Varela, Ciudad de la Habana. 2001.
3. Cid, Sanz, M.: Síndrome depresivo. En: Grandes Síndromes Geriátricos Programa de Formación Continuada en Geriátrica para Médicos de Atención Primaria. Tercera unidad didáctica. Barcelona. 1996.
4. Fernández Rius, L.: Pensando en la personalidad. Selección de lecturas. Editorial Félix Varela, 2003.
5. Fong Estrada, Juana Adela: Consejos útiles para ancianos y sus familiares. Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2006.
6. González, F.: Psicología de la Personalidad. Editorial Pueblo y Educación, Ciudad de La Habana, 1985.
7. González Menéndez, Ricardo. Clínica Psiquiátrica Básica Actual. Editorial: Félix Varela, Ciudad de la Habana. 2003.
8. González, R.: Algunas cuestiones Teóricas y Metodológicas sobre el estudio de la Personalidad. Ed. Pueblo y Educación. 1982.
9. ____ (1984): la Categoría personalidad y su incidencia en la aparición de indicadores de riesgos en los trastornos cardiovasculares, Rev. Cubana de Psicología, (3).

10. Huet, J. A. El adulto mayor en América Latina. Centro Interamericano de Estudios de la seguridad Social, p. 1. México, D. F. 1995.
11. Iglesias O. Lo psicológico en el envejecimiento. En: Sánchez Ferrán T. Psicología de la Salud. Ciudad de OPS, Washington, abril de 1994.
12. Lenin, V. I. Obras completas, t. 25, p. 112 (en ruso)
13. ____ V. I. Obras completas, ed. rusa, t XIV, pág. 43.
14. ____ V. I. Obras completas, ed. rusa, t XIV, pág. 288.
15. Morfi Samper R. Aspectos éticos de la enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Enfermer.19 (1) , 2003.
16. Núñez de Villavicencio, Fernando.: Psicología y salud. Ed. Ciencias medicas. Ciudad de la Habana. Cuba. 2001.
17. OMS: Informe sobre Epidemiología del Envejecimiento, Serie de Información Técnica. No 706, Ginebra, Suiza. 1984.
18. Orosa, Teresa. La tercera edad y la familia. Editorial Félix Varela. La Habana, 2001.
19. ____ La soledad. ¿Vacío o proyecto de vida? Editora política, La Habana, 1993.
20. González Pedro-, AM. Longevidad humana y mitos en torno al envejecimiento/ Salud y nutrición, marzo 15, 2004.
21. Quintero D. Dimensiones sociopsicológicas del envejecimiento. 1ra Ed. Ciudad de la Habana; 1990.
22. Román Vargas, Sandra, González Gacel, Juan, Días Corral, Ileana
23. Ser T del, Peña J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: J. R. Proas. (1994).
24. Smirnov, A, A; Leontiev, A, N; Rubinshtein, S, L y Tieplov, B, M: Psicología. Ediciones Pedagógicas. Instituto de investigaciones científicas. (1961)
25. Vega, Manuel: Introducción a la Psicología Cognitiva. (Tomo I). Alianza Editorial, S. A. Madrid.(1984)
26. Vigotsky, Lev Semionovich. Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores, Editorial Científico- Técnica, La Habana, 1960