

CAPITULO I

1.1PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo pretende evaluar el deterioro cognitivo y conductual en personas de la tercera edad.

Deterioro cognitivo: generalmente existe cierta lentificación motora y disminución de la memoria.

Sin embargo, en la mayoría de los casos estos cambios son muy discretos y se compensan fácilmente con la riqueza de las experiencias acumuladas.

Se acostumbra a analizar el decremento de la inteligencia en los ancianos y en muy pocas ocasiones se destacan los aspectos en los que ellos superan claramente a los más jóvenes, como son experiencia y la acumulación de conocimientos.

Si su inteligencia fluida (establecimiento de relaciones, extracción de inferencias) ha dejado de progresar, su inteligencia cristalizada (la que se relaciona con el fruto del aprendizaje y la experiencia) por lo contrario, sigue enriqueciéndose.

Tal vez en este periodo de su vida, sean menos rápidos, pero los adultos mayores pueden aportar una visión más de conjunto, evaluar mejor los pros y los contras, tener punto de referencia, que no deben ser minimizados a la hora de comprenderlos.

Los procesos biológicos involutivos son los que preceden para determinar primeramente los déficit cognitivos, aunque existen coadyuvantes y otros determinantes como los siguientes; el primero de ellos es la deprivación sensorial a la que con frecuencia es sometido el anciano, la cual puede provocar trastornos en las estructuras cerebrales y, por ende, el comportamiento cognitivo, en segundo lugar está la mayor incidencia de trastorno físico en

la edad avanzada (enfermedad aguda o crónica, deterioro sensorial) a los cuales hay que añadir los efectos secundarios de la medicación administrada para aliviarlos.

Por último, las pérdidas en las relaciones interpersonales que sufre el anciano así como los cambios en su vida profesional y laboral determinan trastornos afectivos que, a su vez cruzan o se ven asociados con perturbaciones en el rendimiento intelectual.

A la hora de establecer el grado y la naturaleza exacta de las pérdidas, será preciso estudiar cuáles son las causas que pueden contribuir a su aceleración o reducción, así como los medios que hay que emplear para paliar los efectos negativos, pero no debemos olvidar que el funcionamiento cognitivo va a interactuar con el funcionamiento social y afectivo, con lo cual será muy difícil establecer cuál es el problema primario.

Cambios de personalidad: existe la creencia popular de que cualquier cambio de la personalidad asociado a envejecimiento debe ser una característica negativa o adversa. Pero esto no siempre es así.

Dichos estereotipos existen incluso entre aquellos que deberían asumir los cambios con una perspectiva desapasionada y profesional. El funcionamiento de la personalidad en los ancianos puede dividirse en aspectos negativos, neutrales y positivos de la personalidad, éstos se exponen continuación:

- 1.- Negativos. Egocentrismo, dependencia dogmatismo, rigidez.
- 2.- Neutrales: asumir riesgos, percepción del control de locus, auto concepto, auto imagen.
- 3.- Positivos: felicidad, moral recuerdos sueños e ilusiones.

Lamentablemente, al tratarlos, las perspectivas negativas o neutrales predominan sobre las positivas.

Déficit de la memoria. La mayoría de los estudios sobre los procesos de envejecimiento muestra que en los ancianos se producen principalmente tres déficit de memoria:

- 1- Lentitud o bloqueo y/o bloqueo en la recuperación familiar.

- 2- Lentitud en la recuperación de la información nueva o reciente.
- 3- Dificultad en memorizar ciertos tipos de información. Pero además de este déficit puede producir un enlentecimiento en las habilidades perceptivo-motoras y sobre el procesamiento de información, por lo que se puede empezar a mencionar que se es considera una parte de la población que se encuentra "olvidada", como si la mayor parte de la gente se negara a sí misma el hecho de poder llegar a esta edad, que es etiquetada como la tercera edad. Es por eso que pretende:

Detectar cuáles son los principales problemas del deterioro cognitivo y conductual en personas de la tercera edad.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo pretende evaluar los grandes cambios cognitivos y conductuales que se dan en la tercera edad. Entre ellos las necesidad comunicativa, ya que, necesitan y relacionarse con el entorno de forma verbal y no verbal, expresar deseos y opiniones y tener pertenencia a un grupo, mantener una movilidad suficiente que le permita las relaciones sociales, tener una imagen de sí mismo que corresponda a la realidad y expresarse sin temor.

Si su inteligencia fluida (establecimiento de relaciones, extracción de inferencias) ha dejado de progresar, su inteligencia cristalizada (la que se relaciona con el fruto del aprendizaje y la experiencia) por lo contrario, sigue enriqueciéndose.

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas.

La función cognitiva cambia con la edad, si bien algunos individuos envejecen exitosamente, es decir, muchas de sus funciones cognitivas permanecen igual que en su

juventud, la mayoría sufre la disminución de algunas esferas cognitivas tales como las de aprender nueva información.

Este trabajo de investigación es de vital importancia porque permitirá evaluar si efectivamente existe un deterioro cognitivo y conductual en personas de la tercera edad. Así también tiene gran relevancia clínica ya que las personas de la tercera edad ocupan un lugar en la sociedad y es necesario aceptarlos tal cual son. Ellos deben llegar a tener las herramientas para superar los problemas que se les presentan a diario con los diferentes cambios que sufren en el proceso.

En síntesis, el aporte de la siguiente investigación es teórico, puesto que se trata de un conocimiento clínico de la evaluación del deterioro cognitivo conductual en personas de la tercera edad, logrado a través del proceso de investigación.

Teóricamente, este trabajo aporta información sobre las personas de la tercera edad de la ciudad de Tarija en los siguientes aspectos: el grado de ansiedad en las personas de la tercera edad, la calidad de las relaciones interpersonales, el nivel de depresión y lo más importante si es que existe deterioro cognitivo.

Los motivos por los cuales se hizo atractivo realizar un proyecto de investigación sobre la tercera edad, son variados, por lo que se puede empezar a mencionar que se considera una parte de la población que se encuentra "olvidada", como si la mayor parte de la gente se negara a sí misma el hecho de poder llegar a esta edad, que es etiquetada como la tercera edad, la senectud, pensionados y jubilados, cuando solamente pueden ser llamados personas mayores. Otro motivo, el que a veces algunas personas mayores viven en el completo abandono, sin ningún cuidado y sus familias sólo los ven como ser que estorba y del que se tienen que hacer cargo, ya que vivimos inmersos en una cultura donde no se nos enseña a envejecer. Asimismo, debido a que durante nuestra formación profesional poco hemos aprendido de esta etapa, rica en aprendizajes ya que en la Facultad se hace un mayor énfasis en la problemática infantil, por lo que desconocemos mucho de la situación a la que se enfrenta la edad que nos interesa, tales como los procesos físicos y psicológicos por los que

pasan, así como los problemas sociales y familiares ya que se considera que parte de los problemas mencionados, encajan más en la cultura, considerando que tanto en la cultura urbana y suburbana, se margina al anciano, y se lo hace sentir un ser inútil; lo contrario a otras culturas en las que se veneran y se les guarda un gran respeto por la sabiduría que en ellos existe.

Es por esto que en el presente trabajo se investiga sobre la problemática a la que se enfrentan los ancianos en nuestra sociedad y cultura, tratando de abarcar las diferentes áreas que se consideran las más importantes del ser humano como ser: deterioro cognitivo y conductual, dejando a un lado muchas más, no por ser menos importantes, sino porque sería una investigación demasiado extensa.

CAPITULO II

2.1.PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Cuáles son las principales características del deterioro cognitivo y conductual en personas de la tercera edad de la ciudad de Tarija?

2.2.OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo General

Determinar cuáles son los principales características del deterioro cognitivo y conductual en personas de la tercera edad de la ciudad de Tarija.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de ansiedad de las personas de la tercera edad, de la ciudad de Tarija.
- Establecer el nivel de depresión en personas de la tercera edad, de la ciudad de Tarija.
- Identificar el nivel de autoestima que presentan las personas de la tercera edad de la ciudad de Tarija.
- Identificar el nivel de deterioro cognitivo en personas de la tercera edad, de la ciudad de Tarija.
- Caracterizar la funcionalidad de la familia, en términos de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad en personas de la tercera edad de la ciudad de Tarija.

2.3. HIPÓTESIS

- Las personas de la tercera edad, de la ciudad de Tarija, presentan un nivel de ansiedad grave.
- Las personas de la tercera edad de la ciudad de Tarija, presentan un nivel de depresión muy alta
- Las personas de la tercera edad de la ciudad de Tarija, presentan niveles bajos de autoestima
- El nivel de deterioro cognitivo en personas de la, ciudad de Tarija, ciudad de Tarija, tercera edad es leve.
- Las personas de la tercera edad, de la ciudad de Tarija, presentan disfuncionalidad dentro del seno familiar.

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Características Psicológicas			SÍNTOMAS	CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE ROJAS
ANSIEDAD	La ansiedad es un trastorno emocional que puede afectar a cualquier persona, sin importar su edad o género, sin embargo, hay cierto sector de la población que está potencialmente más expuesto a sufrir de un ataque de este tipo, entre ellos destacan las personas de la tercera edad, Sentimiento de aprensión, incertidumbre y temor sin estímulo manifiesto, y acompañado de cambios fisiológicos	SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	Inquietud interior Vivencia de amenaza Lucha difusa Experiencia de huida Fobias Temores difusos Ataques de pánico Inseguridad Sentimiento de inferioridad Sensación de vacío interior Disolución y/o rotura del yo Melancolía Temor a perder el control Temor a suicidarse Temor a la muerte Temor a la locura Sospechas e incertidumbres negativas vagas Pérdida de energías Dificultad para tomar decisiones Desconfiado	0 – 20 Pts. Banda normal 20 – 30 Pts. Ansiedad ligera 30 – 40 Pts. Ansiedad moderada 40 – 50 Pts. Ansiedad grave 50 o más Pts. Ansiedad muy grave
		SÍNTOMAS FÍSICOS	Taquicardia, palpitaciones Rubor Temblores: en manos, pies y cuerpo en general Boca seca Hipersudoración Tics localizados Opresión en la zona del pecho Polaquiuria (orinar) muchas veces Náuseas y Vómitos Despeños diarreicos Pellizco gástrico Vértigos, sensación de inestabilidad Insomnio Pesadillas Sueño durante el día Pérdida de apetito Exceso de apetito Disminución de la tendencia sexual Aumento de la tendencia sexual	
		SÍNTOMAS DE CONDUCTA	Estado de alerta/hipervigilancia Estado de atención expectante Dificultad para la acción Inadecuación estímulo-respuesta Disminución o ausencia de la eficacia operativa Bloqueo efectivo/perplejidad, sorpresa, no sabe qué hacer Interrupción del normal funcionamiento psicológico Dificultad para llevar a cabo tareas simples Inquietud motora Trastornos del lenguaje no verbal Expresión facial congelada Contracción del ángulo externo de los ojos Expresión facial displacentera Cara con rasgos de excitación, descontrol preocupación Frente fruncida Cejas descendidas Mejillas, boca y mentón: rígidos, tensos,	

			<p>contraídos. Bloqueo de los movimientos de las manos Movimientos torpes e incoordinados de las manos y brazos Tensión mandibular Posturas corporales cambiantes, alternativas Gestos de interrogación y extrañeza Voz cambiante y con altibajos en sus tonos</p>	
		SÍNTOMAS INTELLECTUALES	<p>Errores en el procesamiento de la información Expectativas negativas generalizadas Falsas interpretaciones de la realidad Pensamientos preocupantes Falsos esquemas en la fabricación de ideas, juicios y razonamientos Pensamientos distorsionadas Patrones automáticos y estereotipados en la forma de responder Tendencia a sentirse afectado negativamente Pensamientos absolutistas Centrarse en detalles pequeños desfavorables y sacarlos fuera de contexto, ignorando lo que de positivo hubiere Dificultad para concentrarse Tendencia a que grupos de pensamiento nocivos se abran paso en la cabeza del sujeto ansioso. Generalizaciones permanentes Atribuciones improcedentes de hechos personales Tendencia a la duda Respuestas displicentes generalizadas que están presididas por un estado de alarma Problemas de memoria Olvido permanente de los aspectos gratificantes de la biografía Continuos juicios de valor Errores o insuficiencias en el procesamiento de la información que a ese sujeto le llega "sentirse perdido"</p>	
		SÍNTOMAS ASERTIVOS	<p>No saber qué decir ante ciertas personas No saber iniciar una conversación Dificultad para presentarse uno a sí mismo Dificultad o imposibilidad para decir que no o mostrar desacuerdo en algo Graves dificultades para hablar de temas generales e intrascendentes Hablar siempre en lenguajes demasiado categóricos y extremistas Dar una respuesta por otra al hablar en público Bloquearse al hacer preguntas o al tener que responder Adoptar en demasiadas ocasiones una postura pasiva No saber terminar una conversación difícil Pocas habilidades prácticas en la conversación con más de dos personas No saber aceptar una broma o una ocurrencia divertida Escaso entrenamiento para estar relajado en grupo</p>	
DEPRESIÓN	Estado de ánimo triste,	SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	<p>Tristeza Pesimismo Falto de sentido de cambio</p>	CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

	sentimientos de desesperanza, irritabilidad, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. (trastorno de la afectividad)		Descontento Culpabilidad Aversión a sí mismo Autoacusación Nivel bajo de energía Indecisión Expectativa de castigo Irritabilidad Imagen del cuerpo En caso de depresión intensa Ideación suicida	0 -10 Pts. No existe depresión 11- 20 Pts. Depresión ligera 21 - 30 Pts. Depresión moderada 31 - 40 Pts. Depresión muy alta Más de 41 Pts. Depresión extrema
		SINTOMAS FÍSICOS	Episodios de llanto Pérdida de peso Preocupación somática Fatiga Pérdida del apetito sexual En caso de activación neurofisiológica excesiva: Insomnio	
		SÍNTOMAS DE CONDUCTA	Dificultad para la acción (Esfuerzo)	
		SINTOMAS ASERTIVOS	Retiro social	
DETERIORO COGNITIVO	El deterioro de la memoria asociado con la edad describe una declinación en la memoria	Funciones intelectuales intactas	La disfunción amnésica es la alteración cognoscitiva más común con detrimento de la calidad de vida y de la capacidad de nuevos aprendizajes y en la evocación de información valiosa. El deterioro de la memoria asociado con la edad describe una declinación en la memoria sin otra causa que lo explique.	TEST MEMORIA ACORTADA-SPMSQ-E.PFEIFER 0-2 errores: Funciones intelectuales intactas = Código1/3-4 errores : Deterioro intelectual leve = Código2/5-7 errores: Deterioro intelectual moderado = Código3/8-10 errores: Deterioro intelectual severo = Código4
		Deterioro intelectual leve		
		Deterioro intelectual moderado	La alteración cognoscitiva deterioro severo de todas las capacidades cognitivas.	
		Deterioro severo		
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Es la dinámica relacional sistemática que incluye factores relacionados entre sí.	Cohesión	Unión familiar física (ante diferentes situaciones y toma de decisiones) Unión familiar emocional (antes diferentes situaciones y toma de decisiones)	CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE DOLORES DE LA CUESTA
		Armonía	Predominio de armonía en la familia Correspondencia entre necesidades individuales y familiares	70 -57 Pts. Familia funcional 56 -47 Pts. Familia moderadamente funcional 42 – 28 Pts. Familia disfuncional 27 – 14 Pts. Familia severamente disfuncional

CAPITULO III

III. MARCO TEÓRICO.

3.1 Deterioro Cognitivo en la tercera edad

Tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción mnésica es la alteración cognoscitiva más común con detrimento de la calidad de vida y de la capacidad de nuevos aprendizajes y en la evocación de información valiosa. El deterioro de la memoria asociado con la edad describe una declinación en la memoria sin otra causa que lo explique. Se ha sugerido que es un fenómeno normal en los ancianos más que una etapa inicial de una demencia u otra enfermedad. Es importante la detección precoz de los trastornos de memoria como signos frecuentes y prodrómicos de los síndromes demenciales. Un factor de riesgo que debe siempre considerarse es la depresión. La relativa facilidad de su diagnóstico por métodos clínicos, neuropsicológicos y de imagen hace que pueda ser una herramienta eficaz en manos de los médicos de familia, para el control y dispensarización del adulto mayor en sus comunidades.

Tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción mnésica es la alteración cognoscitiva más común. El disturbio de la memoria causa alteración significativa en el funcionamiento social o laboral pues ella es esencial para todos los aspectos de la vida diaria y su anormalidad afecta el aprendizaje y el recuerdo.

El Deterioro de la Memoria Asociado con la Edad (DEMAE) es un trastorno relativamente benigno que puede ser bastante común por el hecho de estar vinculado con el envejecimiento normal y el evidente incremento de la expectativa de vida en el ámbito mundial y nacional, con una mayor población de personas de la tercera edad y el consecuente aumento de enfermedades crónicas, propias de este segmento poblacional. En particular, las demencias y los trastornos cognitivos se han convertido en un problema

importante de salud, por su frecuencia en la práctica médica comunitaria cubana y por su trascendencia en la calidad de vida de los enfermos.

A pesar de las diversas causas capaces de producir deterioros cognoscitivos, su cuadro sintomático es muy común, lo cual facilita, en cierto sentido, su diagnóstico por métodos clínicos y neuropsicológicos con relativa certeza y lo hace asequible al nivel de la atención médica básica.

El hecho de que el síntoma subjetivo de pérdida mnésica sea para muchos investigadores un requisito indispensable para establecer el diagnóstico del DEMAE origina reservas en considerar tales manifestaciones, muy comunes en los ancianos, como predictores de trastornos mnésicos reales. Por el contrario, se ha señalado que muy pocos estiman una memoria pobre como una alerta de una posible entidad que pudiera tener graves implicaciones para la salud. De aquí, lo indispensable de la detección precoz de los trastornos de la memoria como forma inicial de las demencias.

3.1.1 Memoria y Envejecimiento

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de la percepción, atención, habilidad viso-espacial, orientación, memoria, lenguaje y cálculo, algunos de los cuales sufren un grado de deterioro variable con el envejecimiento.

1. Funciones de la memoria que permanecen relativamente estables:

- a. Memoria semántica: Los hechos y el conocimiento general acerca del mundo permanecen estables, particularmente si dicha información es usada frecuentemente. Sin embargo, la recuperación de información altamente específica típicamente declina, como ocurre con los nombres.
- b. Memoria de procedimiento: Es la memoria para habilidades y hábitos, tales como manejar bicicleta o nadar; almacena información sobre cómo hacer las

cosas. En general, los adultos mayores requieren más tiempo para aprender nuevas tareas.

2. Funciones de la memoria afectadas con el envejecimiento

- a. Memoria de trabajo: Comprende la tenencia y la manipulación de la información mientras se procesan otras tareas, como retener una corta lista de palabras para ordenarla alfabéticamente. También, incluye la velocidad de trabajo, memoria y aprendizaje verbal y viso-espacial, con mayor afectación de la cognición viso-espacial que la verbal.
- b. Memoria episódica: Es la memoria de los hechos de nuestras vidas individuales, de nuestras experiencias. Tanto la memoria episódica como la de trabajo son las que más se deterioran con el envejecimiento.
- c. Memoria prospectiva: Comprende la capacidad para recordar la ejecución de una acción en el futuro, como por ejemplo recordar una cita o la toma de medicación.

Con la edad también declina la capacidad para recordar nueva información de texto, hacer inferencias a partir de esta, acceder a conocimientos de la memoria remota, e integrarla con nueva información de texto. En términos generales, se afecta más la memoria a largo plazo que la memoria a corto plazo (con excepción de la memoria de trabajo). Respecto a las áreas cognitivas distintas a la memoria, la habilidad de focalizar la atención y realizar una tarea simple, denominada atención sostenida, se mantiene con un buen desempeño en el adulto mayor.

3.1.2 Lenguaje

El envejecimiento no parece alterar sustancialmente la capacidad de denominar objetos, aunque podría observarse confusión debido al nivel educativo bajo. Tampoco parece haber un impacto sobre la habilidad para definir palabras, reconocer la definición correcta entre

las alternativas planteadas, o reconocer y corregir frases aberrantes sintácticamente. Sin embargo, se observa que los adultos mayores tienden a producir definiciones más largas, utilizando explicaciones y descripciones de muchas palabras, en comparación a los jóvenes. Los procesos automáticos sin esfuerzo consciente, el *priming* semántico, están preservados; mientras los procesamientos que requieren esfuerzo en su ejecución declinan con la edad. Los adultos mayores tienen una mayor dificultad tanto para procesar las estructuras sintácticas complejas como para poder hacer inferencias en la comprensión, tanto de una frase individual como en un discurso narrativo.

3.1.3 Habilidades Espaciales

Las habilidades espaciales hacen referencia a la capacidad de manejo del espacio corporal y extra-corporal: manejo con las diferentes partes del cuerpo, conocimiento ambiental, la cognición espacial, el mapa cognitivo, las habilidades viso-constructivas, entre otros. En cuanto a las tareas de dibujo, se observa una mayor segmentación y perseverancia, un pésimo dibujo de las figuras tridimensionales e incapacidad para discriminar si lo hicieron bien. Asimismo, se encuentra una disminución en el rendimiento de pruebas de reconocimiento facial y aprendizaje espacial. El adulto mayor presenta un descenso en la cognición espacial, no pudiendo visualizar un patrón complejo después de ver sus partes. Finalmente, se ha reconocido también un descenso en la capacidad para identificar figuras incompletas, la codificación y recuerdo de la localización espacial, y la memoria de localización táctil.

3.1.4 Funciones Ejecutivas

Las funciones ejecutivas son habilidades vinculadas a planificación y organización, solución de problemas nuevos (flexibilidad cognitiva), desarrollo de la planificación discursiva tanto gestual como verbal, organización de conductas, posibilidades de cambio y monitoreo de los errores, los que parecen disminuir muy levemente en el envejecimiento normal.

3.1.5 Definición de Deterioro Cognitivo Leve

Se define deterioro cognitivo leve DCL al deterioro cognitivo que supera lo normalmente esperable para la edad, pero que no cumple con criterios de demencia, pues la funcionalidad está preservada¹. Se ha propuesto varios criterios, pero los del *International Working Group on Mild Cognitive Impairment*, publicados en 2001, son los más utilizados:

- 1) problemas de memoria, particularmente si son corroborados por un informante;
- 2) déficit de memoria objetivado mediante evaluación neuropsicológica (1,5 desviaciones estándar (DE) por debajo de lo esperado para edad y escolaridad);
- 3) preservación de la función cognitiva general;
- 4) conservación de las actividades de la vida diaria; y,
- 5) ausencia de demencia. Algunos investigadores no consideran la preservación de las actividades de la vida diaria como un criterio diagnóstico.

Actualmente, el *National Institute on Aging-Alzheimer's Association*(NIA-AA), propone al DCL como un síndrome definido por criterios clínicos, cognitivos y funcionales; asimismo, otras causas adicionales pueden coexistir en un individuo que reúne los criterios de DCL, por lo que se pone especial énfasis a los datos clínicos, otorgando un valor adicional a los biomarcadores (beta-amiloide 42, tau/tau fosforilado en líquido cefalorraquídeo (LCR) e imágenes cerebrales), pero, secundario y dependiente de los datos clínicos.

El DCL debe diferenciarse del deterioro de la memoria del envejecimiento normal, referido como 'deterioro de memoria asociado a edad' (DMAE). El *National Institute of Mental Health* (NIMH) de Estados Unidos propuso criterios diagnósticos para el DMAE:

- 1) edad mayor de 50 años;
- 2) existencia de quejas subjetivas de pérdida de memoria, descrita como gradual, sin empeoramiento brusco ni ocurrida en meses recientes, reflejadas en la vida cotidiana como dificultad para recordar nombres de personas conocidas;

3) rendimiento en las pruebas de memoria de por lo menos 1 DE por debajo del promedio establecido para adultos jóvenes en la prueba estandarizada de memoria secundaria (memoria reciente);

4) conservación de las otras funciones intelectuales; y,

5) no criterios para demencia o cualquier otra condición médica que pueda causar déficit cognitivos. El DMAE hace referencia a los cambios en la memoria en adultos mayores comparados con sujetos jóvenes. A diferencia de la memoria episódica, la memoria semántica se afecta solo en la EA y no en el envejecimiento normal. Como el DMAE hace referencia a un déficit exclusivo de la memoria, la Asociación Internacional de Psicogeriatría y la Organización Mundial de la Salud (OMS) propusieron el término de deterioro cognitivo asociado a edad (DCAE) para caracterizar a sujetos de la tercera edad con una gama más amplia de trastornos cognitivos ya no limitados a deficiencias en la memoria.

3.2. Deterioro de la Memoria Asociado con la Edad

Actualmente existe una gran confusión sobre la individualidad del DMAE como entidad clínica. Esto se debe al empleo de diversas denominaciones para designar procesos diferentes, surgidos de estudios con distintas metodologías y concepciones diagnósticas e interpretativas.

Entre los numerosos términos existentes, los autores emplean en este trabajo, el de deterioro de la memoria asociado con la edad (DMAE) considerado conceptualmente como un estado clínico caracterizado por una declinación de la función mnésica vinculada con el envejecimiento en personas con 50 y más años de edad, con sensación subjetiva de pérdida de memoria en una intensidad desde 4 y 5 % hasta el 40 % ó más. Esta variabilidad depende de los distintos criterios diagnósticos empleados, del grado de intensidad de las manifestaciones clínicas y del rango de edad utilizada en el estudio, entre otros factores.

También se ha mencionado como factores de riesgo el estrés, el hábito de fumar, la hipertensión arterial, la ingestión de bebidas alcohólicas, el antecedente de trauma craneal,

la enfermedad tiroidea, el uso de drogas y el bajo nivel de educación, entre otros. Un factor de riesgo que debe siempre considerarse es la depresión pues existe una estrecha asociación de ella con el DEMA. Se ha señalado, que en el trastorno mnésico hay una fuerte asociación con la ansiedad y la depresión más que con un deterioro funcional en las pruebas de memoria objetivas. Las quejas de declinación de la memoria parecen estar más fuertemente correlacionadas con el afecto y la personalidad que con las actuales mediciones o estimaciones de su rendimiento.

3.2.1 Características Psicológicas

Para adentrarnos al objeto de estudio del presente trabajo, es necesario partir del concepto sobre las características psicológicas, entonces se denominan “*características psicológicas a todo lo que ocurre en el mundo interior del sujeto, todo lo que es íntimo y que podemos desprender de sus acciones, gestos, palabras, etc. Así podemos analizar sus características, sus deseos, etc.* BURTON. (2001).

A continuación analizaremos el impacto de la ansiedad, que va a provocar una distorsión de toda la psicología del sujeto. Al ser la ansiedad una vivencia de temor ante algo difuso, vago inconcreto, definido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita, comparte con el anterior la impresión interior de temor, de zozobra. Pero mientras en el miedo esto se produce por algo, en la angustia(o ansiedad) se produce por nada, se difuminan las referencias.

3.2.3.1 Ansiedad

E. Rojas (1994), nos indica “*La ansiedad consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada. Por tanto, lo primero que destaca es la característica de ser una señal de peligro difusa, que el individuo percibe como una amenaza para su integridad*”.

El impacto de la ansiedad provoca una distorsión de toda la psicología del sujeto, la cual podría cambiar y transformarse en una alteración, es decir controlado por ese temor confuso y extenso, lo que llamamos el estrés “como respuesta del organismo a un estado de tensión excesiva y permanente que se prolonga más allá de las propias fuerzas que se viene a manifestar en tres planos específicos los cuales son, físico, psicológico y de conducta”.

La ansiedad es un trastorno emocional que puede afectar a cualquier persona, sin importar su edad o género, sin embargo, hay cierto sector de la población que está potencialmente más expuesto a sufrir de un ataque de este tipo, entre ellos destacan las personas de la tercera edad.

El paso del tiempo no sólo afecta al cuerpo sino también a la mente, incluso hay muchas personas que se niegan a aceptar las marcas de la edad y se someten a muchos tratamientos de belleza para evitar las líneas de expresión en el rostro y sólo pensar en que están envejeciendo los lleva a sufrir de un ataque de ansiedad.

La vejez, como en todas las etapas de la vida, cambia las necesidades del cuerpo, pues ya no se tiene la misma vitalidad que antes ni se es tan receptivo a los cambios, algo que puede no sentarle muy bien a ciertas personas que caen en depresión por esta situación.

➤ **Factores condicionantes**

Los ataques de ansiedad durante la vejez deben ser atendidos con especial atención, pues están ligados al deterioro de la salud, lo que lleva a la persona a crear una dependencia física hacia otras personas o incluso a la pérdida de la autonomía.

Durante esta etapa se enfrentan cosas impostergables como el fallecimiento de un familiar o amigos, haciendo pensar a la persona que poco a poco se está quedando solo, lo que puede ser un factor determinante para detonar un ataque de ansiedad.

La jubilación, sin duda, es un cambio muy importante y también un detonante de la ansiedad en las personas de la tercera edad, ya que no es fácil aceptar un cambio drástico en la rutina, como dejar su empleo y buscar un pasatiempo.

La ansiedad, en las personas ancianas, está muy ligada a la soledad, ya que experimentan este tipo de crisis porque ya no se sienten acompañados y algunos hasta piensan que han sido relegados.

➤ **Síntomas de la Ansiedad:**

➤ **Ansiedad Adaptativa.**

En caso de que esta activación no sea excesiva, se puede enfrentar y alcanzar la “ansiedad adaptativa”, capaz de ser controlada, y de lograr un equilibrio.

Debido a que la ansiedad puede presentar sintomatologías variadas y en cada sujeto pueden aparecer síntomas relativamente distintos, presentamos cinco grupos de clasificación.

- 1) **Síntomas físicos:** Sequedad de la boca, menor interés sexual, palpitaciones, sensación de falta de aire, gases en el estómago, temblor de manos, pies o cuerpo en general, sudoración, falta de apetito.
- 2) **Síntomas psicológicos:** Inquietud, vivencias de amenaza, experiencia de huida, temores difusos, inseguridad, sensación de vacío interior, temor a perder el control, temor a agredir, aflicción, disminución de la atención, pérdida de energía.
- 3) **Síntomas de conducta:** Comportamiento de alerta, hipervigilancia, dificultad para la acción, bloqueo afectivo, no saber qué hacer, dificultad para llevar a cabo tareas

simples, inquietud motora; también, trastornos del lenguaje no verbal como expresión facial congelada, frente fruncida, movimientos torpes con poca coordinación de las manos y brazos, etc.

- 4) **Síntomas intelectuales:** Errores en el procesamiento de la información, falsas interpretaciones de la realidad personal, pensamientos preocupantes, pensamientos absolutistas y preocupantes, tendencia a la duda, continuos juicios de valor, expectativas negativas generalizadas.

- 5) **Síntomas asertivos:** No saber qué decir ante ciertas personas, no saber iniciar una conversación, dificultad para mostrar desacuerdo y para hablar de temas generales, bloqueo ante preguntas, pocas habilidades prácticas en la conversación, no saber aceptar una broma, escaso entrenamiento para estar relajado en grupo. (ROJAS 1994:56-57)

3.3.3.2 Depresión

La depresión, si no se diagnóstica ni se trata, causa un gran sufrimiento. El diagnóstico, en ocasiones, es difícil pues la persona de edad puede tener ciertas reservas a la hora de hablar de su desesperanza o tristeza, así como de su falta de interés en actividades que anteriormente les eran placenteras.

Aunque los trastornos de ansiedad son menos prevalentes en la tercera edad que en poblaciones más jóvenes, su presencia, en muchas ocasiones es elevada. Suelen pasar desapercibidos, incorrectamente diagnosticados y no son tratados o lo son de forma inadecuada. Clínicamente suelen expresarse como ansiedad generalizada y con frecuencia se acompañan de síntomas depresivos. Perturban notablemente la vida la de su entorno, por lo que es obligado abordarlos de forma terapéutica.

Se ha señalado que la adversidad social (clase social baja, escasos ingresos, malas condiciones de la vivienda, etc.) incrementa los niveles de la dimensión de ansiedad en la

población mayor, pero su asociación con trastornos de ansiedad es menos potente. Es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente, cada vez más frecuente en las personas mayores. Puede tener muchas causas, desde el estrés hasta la genética y afecta la forma en que esa persona come y duerme, en cómo se valora a sí mismo y la manera en que piensa.

Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años.

Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado ya que en la actualidad la depresión goza de una muy buena respuesta al tratamiento farmacológico.

Es un error bastante frecuente atribuir a la vejez los síntomas de la depresión, es decir, desesperanza, pesimismo, tristeza, apatía, falta de apetito o sueño, no querer estar con personas o familiares, o creer que es normal que los ancianos se depriman. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas.

Depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su entorno. Con un tratamiento adecuado, el anciano tendrá una vida placentera.

Según Aarón Beck (1983:32) la depresión es una enfermedad que afecta al organismo, al ánimo, la manera de pensar; afecta la forma en que una persona se valora a sí mismo y la forma en que uno piensa.

La depresión no es una tristeza normal, es algo más que un estado de ánimo decaído. Uno de los principales síntomas es el profundo estado de malestar que la persona siente hacia sí mismo, lo que se traduce en sentimientos de inferioridad, en sentirse culpable, en lo que un especialista- Beck- llamó “un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y

hacia el mundo en general”. Son corrientes pensamientos del tipo “no valgo para nada”, “la vida es una decepción”, “nadie me quiere”, “estaría mejor muerto”, etc. Esto es lo que los psicólogos llamamos “pensamiento distorsionado” que se caracteriza por ser irracional y destructivo. El pensamiento distorsionado suele acompañarse de tristeza, abatimiento, “no tener ganas de hacer nada” es una de las quejas más importantes de estos enfermos que les lleva a dejar de lado su actividad normal y encerrarse en casa. También es posible que en vez de tristeza, se manifieste ira o irritabilidad, lo que es muy característico en niños. El apetito también se ve alterado, normalmente se anula, aunque en algunos casos aumenta. Así mismo, aparecen quejas somáticas, es decir corporales, dolores de cabeza y musculares fundamentalmente.

Estar tristes cuando algo va mal, cuando se ha sufrido una pérdida o un problema grave, es una reacción perfectamente natural y resulta útil para adaptarnos a la situación y poder seguir adelante, pero la depresión es más profunda, más duradera y afecta muchísimo más a la vida diaria de quien la sufre. Tenemos que tener muy claro que una persona deprimida es un enfermo, no puede controlar su estado de ánimo ni es culpable de sentirse como se siente, por lo cual decirle “qué se anime”, “que salga”, “que no diga esas cosas” es tan inútil como pedirle a un convaleciente que salga por su propio pie del hospital. (LANGDON, J. 1994:87)

Ocasionalmente, todos nos sentimos melancólicos o tristes, pero estos sentimientos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, éste interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor, tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

Muchas personas con una enfermedad depresiva nunca buscan tratamiento. Pero la gran mayoría, incluso aquellas con los casos más graves de depresión, puede mejorar con tratamiento. Intensivas investigaciones de la enfermedad han resultado en el desarrollo de

medicamentos, psicoterapias, y otros métodos para tratar a las personas con este trastorno incapacitante.

No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular.

➤ **Síntomas de la depresión**

Los síntomas son signos o señales que nos indican la posibilidad de existencia de alguna enfermedad como puede ser la depresión. Aquí vemos los síntomas principales de este trastorno, que permiten hacer un diagnóstico de depresión.

-Tristeza

-Estar decaído emocionalmente

-Pérdida de interés en las cosas que antes se disfrutaban

-Sentirse sin energía, cansado o por el contrario sentirse inquieto sin poder quedarse tranquilo.

-Sentir como que no vale nada o sentirse culpable.

-Aumento o disminución de apetito o del peso.

-Tener pensamientos de muerte o suicidas.

-Problemas de concentración, pensar, recordar o tomar decisiones.

-No poder dormir o dormir demasiado.

➤ **Síntomas Físicos y Psicológicos**

-Dolores de cabeza

-Dolores generales por todas las partes del cuerpo

-Problemas digestivos o gástricos

-Problemas sexuales

-Sentirse pesimista

-Sentirse ansioso o preocupado

- Cuando afecta tu vida laboral, social, de pareja.
- Cuando piensas que no vales nada o que los demás estarían mejor sin ti.
- Cuando tienes pensamientos o ideas de muerte o de suicidio.
- Cuando te falta el apetito
- Cuando tú creas que es necesario.

No existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos.

Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro.

Las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito, y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio.

Pero estas imágenes no revelan **las causas** de la depresión. (MYERS 1990-54)

Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión. Además, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa, o cualquier situación estresante puede provocar un episodio de depresión.

➤ **Clasificación de la Depresión según la intensidad**

Se clasifica en:

* **Depresión severa:** cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y ésta le impide realizar sus actividades de la vida diaria.

***Depresión moderada:** cuando las personas presentan muchos de los síntomas de la depresión que le impiden realizar sus actividades.

***Depresión ligera:** cuando las personas presentan algunos de los síntomas de la depresión que le impiden realizar sus actividades diarias. (Http: /biblioteca.consultapsi.comj/DSM/dsadepre.htm).

3.4. LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Antes de iniciar la definición de funcionalidad familiar, es necesario hacer una definición de lo que es la familia, para poder entender sobre qué estamos hablando.

La familia, vista desde una perspectiva sistémica, es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema que es la sociedad. Cada miembro de este sistema posee roles que varían en el tiempo y que dependen de la edad, el sexo y la interacción con los otros miembros familiares, por tanto, las influencias dentro de la familia no son unidireccionales, sino que son una red donde todos los integrantes de la familia influyen sobre los otros integrantes de la misma familia.

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. HERRERA (1997:23-24). Así los problemas que se suscitan en ella no serán vistos de una manera lineal (causa-efecto), sino que dichos problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia cómo sistema. El mismo autor continua diciendo que: “el funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. La familia se caracteriza porque las relaciones que se dan en su seno deben tener un carácter estable y favorecer un compromiso físico y afectivo entre sus

miembros, que conforma la funcionalidad familiar. Un ambiente familiar positivo favorece la transmisión de valores y normas sociales a los hijos, así como el sentimiento de seguridad y confianza en sí mismos.

Aunque no es fácil definir lo que es la funcionalidad familiar, sí lo es entender lo que queremos decir cuando nos referimos a él. Todos hemos tenido la oportunidad de captar como es el ambiente de una familia, hemos vivido la nuestra y hemos compartido algunos ratos con otras familias.

La funcionalidad es, pues, el fruto de la suma de las aportaciones personales de cada miembro de la familia, traducidas en algo que proporciona emoción. A su vez la funcionalidad se enriquece o mejora en la medida en que se establecen relaciones entre los miembros de una familia. En las familias funcionales y saludables predominan patrones comunicativos directos y claros. Sus miembros suelen expresar de manera espontánea, tanto sentimientos positivos como negativos, sus iras y temores, angustias, ternuras y afectos, sin negarle a nadie la posibilidad de expresar libre y plenamente su afectividad, potenciando la integración familiar al mismo tiempo que elevando los recursos de la familia para enfrentar los conflictos, crisis y problemas que pueden presentarse en distintas etapas, a lo largo del ciclo vital evolutivo familiar.

3.4.1. Clasificación de Funcionalidad Familiar

a) Familia Funcional

Una familia funcional es un sistema familiar que cumple mínimamente la tarea de procurar las condiciones para que todos sus miembros se puedan desarrollar de manera física, emocional, intelectual y social. Y se centra en cuáles son las características que hacen de la familia ese núcleo en el que todos sus integrantes se desarrollan de forma integral.

Los vínculos familiares influyen definitivamente en el desarrollo de la persona. Cuando la familia con su proceder, mucho más que con su estructura, logra cubrir las necesidades de todos sus miembros, consiguiendo una familia feliz, hablamos de familia funcional

La familia funcional son aquellas, cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. (CHANDLER, 2003:29-31).

Estas se caracterizan por los factores siguientes:

1. Los padres son y se comportan como padres y los hijos son y se comportan como hijos, algo que, para algunos, resulta extraordinario.
2. La organización jerárquica es clara. Padre y Madre comparten la autoridad en forma alternada, sin conflictos y balanceada.
3. Los límites para el comportamiento son claros y legítimos. Se cumplen y se defienden.
4. Las fases del ciclo vital y sus puntos críticos se atraviesan sin dificultad para identificar y resolver problemas.
5. Los miembros tienen capacidad para reconocer y resolver dilemas personales por medio de la comunicación abierta.
6. La comunicación misma es clara y directa.
7. Los miembros de la familia tienen identidad personal propia, y se aceptan unos a otros tal como son, pero, lo hacen sin imponer comportamientos desatinados en los demás.
8. Cada cual puede expresar lo que siente sin que se creen conflictos entre los miembros.
9. Se admiten las diferencias o discrepancias de opiniones cuando éstas surgen.
10. La conducta de cada miembro es consonante con su autoridad, sus deberes y su persona misma.
11. Cada miembro interviene en el bienestar de los otros. Todos trabajan y contribuyen al bienestar común.

La familia funcional es una estructura estable, aunque no estática (que no cambia), lo que significa que es capaz de mantenerse, recuperando su estabilidad después de una crisis, un conflicto o desequilibrio. Las personas que conviven tienen que revisar frecuentemente si su sistema de jerarquía, sus roles y reglas, son claros para todos y están adaptados a las necesidades del momento de su vida.

b) Familia Disfuncional

Son familias que no cumplen con las labores que le atribuye la sociedad. Dentro de una familia disfuncional existe incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de los miembros, aunque pueda existir el deseo de encargarse y proteger a los que forman parte integrante de la misma. CHANDLER, (2003:49-51). La definición de familia disfuncional alude a un tipo de familia conflictiva o en la que se suceden conflictos, que la hacen no funcional, en la sociedad en la cual se encuentra.

3.4.2. Factores o Indicadores que Miden la Funcionabilidad Familiar

Son siete los factores que determinan el grado de funcionalidad de una familia:

➤ Cohesión:

Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Ligazón emocional entre sus miembros. La cohesión, es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar y puede ser definida a partir de los vínculos emocionales que los miembros de una familia establecen entre sí. Cuando la cohesión es estrecha, favorece la dimensión física y emocional y el establecimiento de sólidos vínculos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto.

➤ Armonía:

Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo. Es el entendimiento que se da entre los miembros de un hogar que se expresa con un estado pausado dialogante y con entrega.

➤ **Comunicación:**

Capacidad de los miembros de la familia para transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

La comunicación positiva es facilitadora de relaciones positivas y se basa en la empatía, la escucha reflexiva, comentarios de apoyo que permiten a sus miembros compartir necesidades, sentimientos y preferencias cambiantes.

La comunicación negativa obstaculiza, estanca las relaciones o las deteriora usa la crítica, los prejuicios, el doble mensaje y la descalificación. *La comunicación*, familiar refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de la familia interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos. La adecuación o inadecuación de los patrones comunicativos familiares juega un rol principal en la funcionalidad o disfuncionalidad de la misma. La funcionalidad o no de la comunicación familiar, en última instancia, expresa el grado o la medida en que sus miembros han aprendido a manifestar adecuadamente o no, sus sentimientos en relación con los otros, y también en cuanto a la familia ha avanzado en la elaboración de sus límites y espacios individuales. (DE LA CUESTA D. (1999) ([http:// www.sld.cu//sitios/-funcionamiento-familiar](http://www.sld.cu//sitios/-funcionamiento-familiar))).

➤ **Permeabilidad:**

Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones. En su relación con el medio la familia puede beneficiarse de él y a su vez influir en él.

➤ **Afectividad:**

Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros. El amor no se debe sobreentender, las muestras de amor y afecto tienen que ser el catalizador de las relaciones familiares.

➤ **Roles:**

Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar, el conjunto organizado de conductas que se asocian con una posición, estatus concreto dentro de la familia y que se desempeñan al ocuparlo son: sexo, autoridad, posición en la familia.

➤ **Adaptabilidad:**

Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas de relación ante una situación que lo requiera. *La adaptabilidad familiar*, se refiere en primer lugar a la flexibilidad o capacidad de la familia de adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, roles, etc., ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos por los que puede atravesar la misma, en un momento dado.

La no presencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos, lo que provoca un aferramiento a esquemas, normas, roles, actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan encontrar una solución viable a la situación familiar problemática.

3.5.- AUTOESTIMA.

La imagen que la persona tiene de sí mismo es una de las fuentes más importantes para la estructuración de su autoestima. La confianza que un deportista tiene en sus propios recursos para alcanzar el éxito, o la expectativa realista respecto de lo que uno puede verdaderamente hacer, para conseguir un determinado objetivo dentro de la familia. El mayor avance en la teoría de la autoestima ha sido la aceptación de la multidimensionalidad de la misma, lo que hace posible una evaluación de la persona en diversos aspectos de su vida.

Autoestima es un concepto complejo de definir, por ello que encontramos muchos conceptos que toman elementos relacionados a la personalidad, a la actitud. Pero todos coinciden en que es una parte indispensable para el bienestar del sujeto. Por lo tanto, los conceptos presentados a continuación aportan a nuestro estudio en cuanto a la aclaración de términos.

Para nuestra investigación seguimos la definición que ofrece MYERS (1990, 438). *La Autoestima es un conjunto de sentimientos propios, altos o bajos de autovaloración. Una Autoestima alta; es decir, una autovaloración elevada tiene sus beneficios, siendo el sujeto menos vulnerable ante las situaciones difíciles.*

El concepto del Yo y de la Autoestima se desarrolla gradualmente durante toda la vida, empezando en la infancia y pasando por diversas etapas de progresiva complejidad. Cada etapa aporta impresiones, sentimientos e incluso, complicados razonamientos sobre el Yo. El resultado es un sentimiento generalizado de valía o de incapacidad.

En general, las experiencias positivas y relaciones plenas ayudan a aumentar la Autoestima. Las experiencias negativas y las relaciones problemáticas hacen que disminuya la Autoestima. Por lo tanto, la autoestima es la clave del éxito o del fracaso para comprendernos y comprender a los demás y es requisito fundamental para una vida plena. La autoestima es la reputación que se tiene de sí mismo. Tiene dos componentes: sentimientos de capacidad personal y sentimientos de valía personal.

En otras palabras, la autoestima es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo. Es un reflejo del juicio que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (comprender y superar problemas) y de su derecho de ser feliz. (respetar y defender sus intereses y necesidades). Es sentirse apto, capaz y valioso para resolver los problemas cotidianos. De ahí, la importancia de un autoconocimiento sensato y autocrítico para poder reconocer tanto lo positivo como lo negativo de los rasgos del carácter y conducta. La autoestima es importante en todas las épocas de la vida y para los padres de estos niños/as es un elemento importante para su desarrollo.

Coopersmith (1996:34-36), afirma que existen diversas características de la autoestima, entre las cuales incluye que es relativamente estable en el tiempo. Esta característica incluye que la autoestima es susceptible de variar, pero esta variación no es fácil, dado que la misma es el resultado de la experiencia, por lo cual sólo otras experiencias pueden lograr cambiar la autoestima.

Así mismo, explica el autor que la autoestima puede variar de acuerdo al sexo, la edad y otras condiciones que definen el rol sexual. De esta manera, un individuo puede manifestar una autoestima en relación con sus factores específicos.

De lo anteriormente mencionado se desprende la segunda característica de la autoestima propuesta por Coopersmith (1996), que es su individualidad. Dado que la autoestima está vinculada a factores subjetivos, ésta es la resultante de las experiencias individuales de cada individuo, el cual es diferente a otros en toda su magnitud y expresión. La autoevaluación implícita en el reporte de la autoestima exige que el sujeto examine su rendimiento, sus capacidades y atributos, de acuerdo con estándares y valores personales, llegando a la decisión de su propia valía.

Este autor agrega que otra característica de la autoestima es que no es requisito indispensable que el individuo tenga consciencia de sus actitudes hacia sí mismo, pues igualmente las expresará a través de su voz, postura o gestos, y en definitiva, al sugerirle que aporte información sobre sí mismo, tenderá a evaluarse considerándolas apreciaciones que tiene elaboradas sobre su persona.

Algunos efectos comunes de baja Autoestima.

- * Falta de confianza en sí mismo.
- * Bajo rendimiento.
- * Visión distorsionada de uno mismo y de los demás.
- * Una vida personal infeliz.

Mientras que con una Autoestima elevada se podrá.

- * Ser la persona que se quiere ser.

- * Disfrutar más de los demás.
- * Ofrecer más de sí mismo al mundo.
- * Mantener la confianza en sí mismo.
- * Permanecer tolerante.

3.5.1. Áreas de la autoestima

El Autoestima, al ser multidimensional, presenta variadas áreas, “el autoconocimiento, el autoconcepto, la autoevaluación, la autoaceptación y el autorespeto”, a continuación explicamos cada una de ellas:

- a) **Autoconocimiento.-** Es el conocer el Yo de manera integral, o sea los aspectos biológico, psicológico y social. Es cuando uno reflexiona sobre sí mismo, las características personales y gustos propios.
- b) **Autoconcepto.-** Es la creencia que presenta uno mismo, relacionado a la creencia de las demás personas con respecto a la conducta de uno mismo. Aporta en la construcción de la propia imagen y la seguridad o inseguridad en sí mismo.
- c) **Autoevaluación.-** Es la autocrítica de cada persona hacia sí mismo, estableciendo juicios de valor, sentimientos y actos buenos o malos.
- d) **Autoaceptación.-** La persona reconoce e identifica sus propias potencialidades y debilidades. Es primordial la visión objetiva y veraz del sujeto, a través de la visión real de su realidad, facilitando la adaptación a cambios, y evitando las dificultades.
- e) **Autorespeto.-** Relacionado con el amor a uno mismo, los sentimientos, emociones y el sentirse orgulloso. Es buscar metas realistas, alcanzables y adquirir nuevas actividades.

El peor de los males es el pensamiento negativo de uno mismo, que conlleva a un pobre autoconcepto y a la actuación de acuerdo a él. (BARRENECHEA L.1995:67-69).