



UNIVERSIDAD DE BURGOS

Necesidades del Paciente

TEMA 2

NECESIDADES ESPECÍFICAS

Docente

Dra. María Consuelo Sáiz Manzanares
Departamento de Ciencias de la Salud



Índice de contenidos

I. INTRODUCCIÓN	4
II. OBJETIVOS	4
III. CONTENIDOS ESPECÍFICOS DEL TEMA	4
3.1 Análisis de las características del ciclo vital del paciente.	4
3.1.1. Características evolutivas 0-6 años.	4
3.1.2. Características evolutivas 7-12 años.	7
3.1.3. Características evolutivas adolescencia (12-18 años).	11
3.1.4. Características evolutivas adultez (a partir de los 18 años) y la vejez	12
a) Cambios cognitivos	14
b) Cambios sensoriales	14
c) Personalidad	19

3.2 Análisis de las características entorno del paciente.	20
3.3 Análisis del tipo y grado de la afectación: previsión y evolución de la afectación.	20
3.4 Análisis de la motivación y afrontamiento de la problemática por parte del paciente.	21
RESUMEN	22
BIBLIOGRAFÍA	22



I. Introducción

En este tema se va a analizar distintas técnicas y procedimientos para conocer las necesidades de los y de las pacientes.

II. Objetivos

2.1. Analizar distintas técnicas y procedimientos para conocer las necesidades de los pacientes.

III. Contenidos específicos del tema

3.1 Análisis de las características del ciclo vital del paciente.

En este apartado hay que considerar

3.1.1. Características evolutivas 0-6 años.

a) Inteligencia sensoriomotora (0-1 año): características.

Seguidamente, se presenta en la Tabla 1 las características más relevantes de adquisición en el periodo sensoriomotor según Piaget (1952).

Tabla 1. Hitos del desarrollo en el periodo sensoriomotor y estrategias de intervención temprana (adaptado de Sáiz-Manzanares, 2000 p. 122-123).

Edades de desarrollo y su relación con los estadios del periodo sensoriomotor.	Inteligencia sensoriomotora	Estrategias de intervención cognitiva
Estadio I (0-1 meses)	<ul style="list-style-type: none">- Desarrollo de los reflejos.- Indicios de acomodación de esquemas de selección perceptiva (sintonización con las figuras de apego).- Inicio de vinculación inespecífica.	<ul style="list-style-type: none">- Desarrollar el seguimiento visual de objetos.- Facilitar relaciones de succión-pausa entre la madre y el bebé.- Posibilitar relaciones de sacudida del pecho o el recipiente alimentario-pausa.- Implementar relaciones de mecida-pausa.
Estadio II (1-4 meses)	<ul style="list-style-type: none">- Reacciones circulares primarias.- Primeras adaptaciones adquiridas.- Primeras coordinaciones de esquemas.	<ul style="list-style-type: none">- Desarrollar la coordinación prensión-succión.

Edades de desarrollo y su relación con los estadios del periodo sensoriomotor.	Inteligencia sensoriomotora	Estrategias de intervención cognitiva
	<ul style="list-style-type: none"> - Inicio de la sonrisa social. - Aparición de la intersubjetividad primaria. - Inicio de las protoconversaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la coordinación visión-audición. - Desarrollar la coordinación fonación-audición. - Posibilitar la elicitación de la sonrisa social. - Facilitar el desarrollo de conductas intersubjetivas primarias. - Implementar el desarrollo de la percepción de contingencias. - Desarrollar juegos circulares. - Facilitar el desarrollo de pautas protoconversacionales entre el bebé y las figuras de crianza.
Estadio III (4-8 meses)	<ul style="list-style-type: none"> - Reacciones circulares secundarias. - Coordinación completa la visión y prensión. - Comienzo de la diferenciación entre medios-fines. - Conductas anticipatorias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el desarrollo de la coordinación de visión-prensión. - Posibilitar el desarrollo del inicio de la diferenciación medios-fines. - Facilitar el desarrollo de la búsqueda de objetos parcialmente ocultos. - Posibilitar el desarrollo de conductas anticipatorias.
Estadio IV (8-12 meses)	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación de esquemas secundarios. - Búsqueda de fines utilizando otros como medio. - Asimilación recíproca de medios-fines. - Diferenciación progresiva de medios-fines. - Primeros actos de inteligencia práctica. - Aparición de conductas intencionales. - Inicio del desarrollo de conductas protoimperativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la búsqueda de fines utilizando otros esquemas como medio. - Búsqueda de objetos totalmente ocultos que se acaban de esconder. - Posibilitar situaciones en las que el niño deba de comunicarse y reforzar las conductas de comunicación intencional. - Facilitar el desarrollo de conductas protoimperativas.
Estadio V (12-15 meses)	<ul style="list-style-type: none"> - Reacciones circulares terciarias. - Se descubren nuevos medios por experimentación y se diferencian esquemas conocidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la búsqueda del objeto en diferentes lugares en los que se puede ir escondiendo.
Estadio VI (15-18 meses)	<ul style="list-style-type: none"> - Utilización de nuevos medios por combinación mental. - Aparición de conductas protodeclarativas. - Permanencia de objeto. - Inicio de la representación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar situaciones problema en las que el niño tenga que desarrollar la combinación mental. - Facilitar situaciones en las que el niño deba de desarrollar conductas protodeclarativas. - Facilitar la búsqueda de objetos en todos los lugares. - Facilitar el desarrollo de conductas representativas.

b) Inteligencia preoperatoria (2-6 años): características.

Seguidamente, en la Tabla 2 y en la Tabla 3 se presentan las características más relevantes de adquisición en el periodo preoperatorio según Piaget (1952).



Tabla 2. Características cognitivas del periodo preoperatorio según Piaget (1952).

Yuxtaposición	El niño no puede hacer un relato lógico de un evento o de una situación. Realiza un relato sin relaciones causales.
Sincretismo	Razonamiento no deductivo. El niño establece relaciones desde esquemas subjetivos no comprobados.
Apariencia perceptiva	El niño está dominado por las características externas los objetos. No puede realizar inferencias desde rasgos no observables.
Egocentrismo	Confusión entre el yo y el no-yo. El niño toma su percepción inmediata como absoluta y no la adapta al punto de vista de los otros.
Centración	El niño se focaliza en un solo aspecto de la situación o en un solo punto de vista.
Estados/transformaciones	No relaciona los estados iniciales y finales de un proceso.
Irreversibilidad	No puede rehacer mentalmente un proceso desde el final al inicio.
Razonamiento transductivo	Establece conexiones asociativas inmediatas entre las situaciones, de lo particular a lo particular.

Tabla 3. Hitos del desarrollo en el periodo preoperatorio y estrategias de intervención temprana.

Edades de desarrollo y su relación con los estadios del periodo preoperatorio	Inteligencia práctica	Estrategias de intervención cognitiva
De los 2 a los 3 1/5 o 4 años	<ul style="list-style-type: none"> - Aparición de la función simbólica y comienzo de la interiorización de los esquemas de acción en la representación. - Aparición de la función simbólica en diferentes adquisiciones: lenguaje, juego simbólico, imitación diferida, inicios de la imitación interiorizada. - Plano de representación inicial (dificultad en el espacio no inmediato, tiempo no presente y de efectuar acciones de causalidad) 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar situaciones de juegos de simulación y representación por ejemplo los juegos con muñecos y marionetas. - Utilizar la regulación del lenguaje desde el modelado y el moldeado en los juegos de ficción, en las actividades de dibujo. - Incluir pictogramas en los que se representen de forma secuencial las partes en la ejecución de una acción. Dichos pictogramas podrán ser en tarjetas o bien incluidos en tables u dispositivos de mesa o móviles.
De los 4 a los 5 1/5 años	<ul style="list-style-type: none"> - Organización representativa sobre configuraciones estáticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar al niño a través de juegos cómo se realizan los procesos de transformación de la sustancia, de la cantidad, etc. Paso a paso y hacer que los realice él con el fin de que vaya interiorizando los esquemas de acción.
De los 5 años 1/5 a los 7 u 8 años	<ul style="list-style-type: none"> - Fase intermedia entre la conservación y la no conservación. - Alcanza propiedades semi-reversibles. - Fase semiológica 	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar al niño a través de juegos cómo se realizan los procesos de transformación de la sustancia, de la cantidad, etc. Paso a paso y hacer que los realice él con el fin de que vaya interiorizando los esquemas de acción. Realizar las secuencias del inicio al fin y del fin al inicio con el fin de que vaya



Edades de desarrollo y su relación con los estadios del periodo preoperacional	Inteligencia práctica	Estrategias de intervención cognitiva
		adquiriendo mentalmente la reversibilidad de los procesos.

3.1.2. Características evolutivas 7-12 años.

Los niños a partir de los 7 años inician el desarrollo de las operaciones concretas. Estos ya han pasado el periodo preoperatorio y pueden procesar más, mejor y con mayor velocidad. La atención en este estadio es más selectiva y concreta: el procesamiento de la información se hace más rápido y la interrelación conceptual aumenta, así como la creatividad. De igual modo, se incrementa el uso de las estrategias cognitivas (calidad) y metacognitivas (reflexión sobre la propia práctica). Estos procesos aumentan en complejidad debido a la adquisición de herramientas como son la lecto-escritura y las habilidades lógico-matemáticas. La atención se hace más selectiva respecto a la que tenían los niños y las niñas en edades previas. Además, se incrementa la autonomía en el procesamiento de la información y en la resolución de problemas. Si bien, dependiendo del momento del periodo en el que el niño o la niña se encuentren necesitarán aún la ayuda autorregulatoria del adulto y/ o del entorno. Los sujetos se hacen conforme aumentan en la edad cronológica más independientes de campo (es decir tienen una mayor capacidad de discriminar los estímulos más relevantes vs. los más irrelevantes atendiendo a los primeros y desatendiendo a los segundos. Todo lo cual, permite una mayor conciencia reflexiva y un mejor control de la información (ver Tabla 4).

Tabla 4. Estrategias de almacenamiento y recuperación de la información (adaptado de Palacios et al., 2006 p. 336).

Procesos cognitivos	Estrategias de almacenamiento
Repaso	Repetir la información recordar
Organización	Agrupar, categorizar y ordenar la información
Elaboración	Identificar un referente y significado común
	Estrategias de recuperación
Recuperación de la información	De forma intencional o incidental

a) Pensamiento concreto.

Las características del pensamiento de las operaciones concretas (Piaget, 1954; Flavell, 1985), se concretan en:



1) Descentración, los niños y niñas de más de 7 años son capaces de tomar en consideración varias dimensiones y perspectivas de un estímulo. Tienen capacidad para relativizar su punto de vista, para imaginar y para ponerse en el lugar del otro. Por ello, en principio tienen la capacidad de desarrollar la Teoría de la Mente, es decir de resolver situaciones utilizando el pensamiento hipotético-deductivo pensando en lo que pensará otro y actuando en consecuencia.

2) Realidad inferida, los niños de más de 7 años pueden imaginar escenarios reales o virtuales más allá de los datos observables y establecer deducciones lógicas. También, se ha incrementado su capacidad de imaginar de forma lógica posiciones o situaciones en el espacio visualizando su comportamiento desde la imaginación.

3) Reversibilidad, los niños de más de 7 años pueden tener en cuenta que las acciones que se producen en una línea pueden volver al inicio desde la utilización de otras acciones. Por ello, adquieren la conservación de: la cantidad, de la longitud, y del volumen.

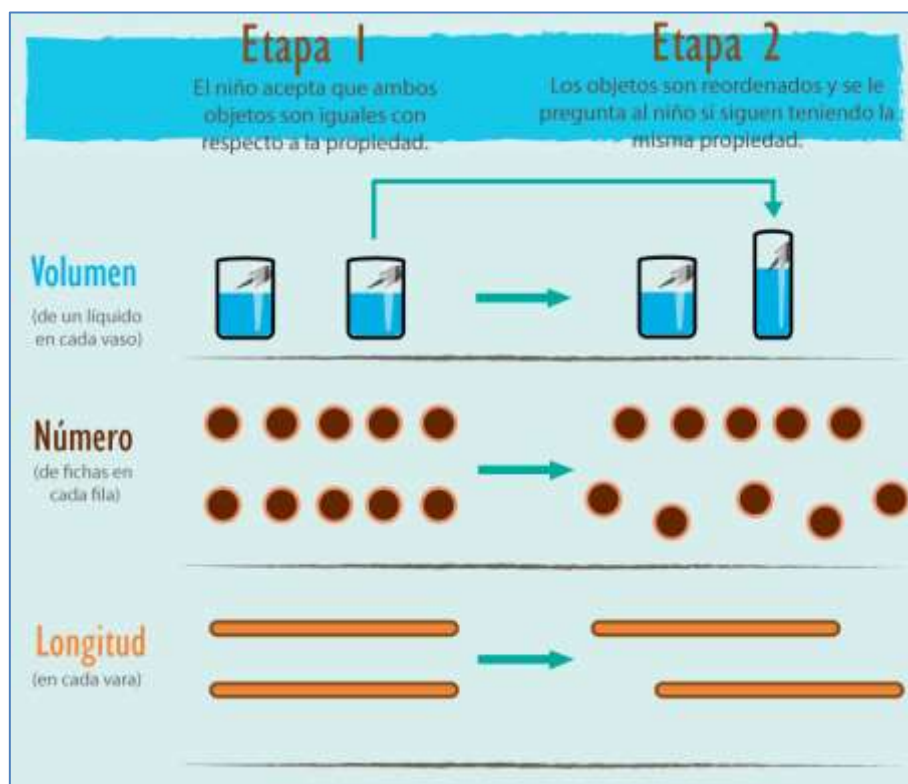


Figura 1. Conservación según Piaget (1954). Tomado de [enlace](#).



TAREA DE CONSERVACIÓN	EJEMPLO	ILUSTRACIÓN
Conservación de número	¿Dónde hay más monedas?	
Conservación de longitud	¿Cuál de los dos pedazos de lana es más largo?	
Conservación de líquidos	¿En qué vaso hay más cantidad de agua?	
Conservación de sustancia	¿En cuál de las dos hay más plastilina?	
Conservación de área	¿Cuál de los dos ocupa más espacio del cuadro?	

Figura 2. Conservación según Piaget (1954). Tomado de [enlace](#).

4) Transformaciones, los niños a partir de los 7 años y de forma progresiva van a poder tener en cuenta las transformaciones de los objetos y de las situaciones y no solo fijarse en el estado inicial y o final de las mismas. Es decir van a poder tener en cuenta el proceso.

En la Tabla 5, se presenta una evolución de la adquisición de los distintos conocimientos en el periodo de las operaciones concretas.

Tabla 5. evolución de la adquisición de los distintos conocimientos en el periodo de las operaciones concretas (adaptado de Palacios et al., 2006 p. 352).

Habilidad	Porcentaje de adquisición según la edad		
	0%	50%	100%
Correspondencia término a término	3	6	8,6
Conservación del número	4	6	8,6
Conservación de la sustancia	4	7,6	11
Conservación del peso	4	8	12
Conservación de la longitud	6	8	10
Coordinación espacial de los puntos de vista	5	8,6	12,6



Respecto de la personalidad, los niños y niñas de 7-12 años siguen avanzando en la construcción del “self” y avanzan en el desarrollo del autoconcepto y de la autoestima. El autoconcepto se equilibra entre la percepción que los otros tienen de uno mismo y la percepción propia. El desarrollo evolutivo del autoconcepto se puede consultar en la Tabla 6.

Tabla 6. Evolución del autoconcepto (adaptado de Palacios et al., 2006 p. 359).

Inicio	Desarrollo	Adquisiciones
Es simple y global	Tiende a la diferenciación y articulación	Al inicio del desarrollo la percepción de uno mismo es global progresivamente se produce la diferenciación precisa y articulada.
Abstracto y cambiante	Tiende a ser coherente y estable	La percepción es cambiante y depende del momento, conforme evoluciona se hace más centrada en juicios propios y en la evaluación de la evidencia. Es pues más estable y coherente.
Concreto	Interior	Los niños más pequeños se centran en aspectos físicos y externos, conforme avanzan en edad los aspectos son menos visibles y más centrados en características sociales o psicológicas.
Absoluto	Relativo	Al inicio no tiene en cuenta a los otros progresivamente la percepción de los otros sobre él o ella va teniendo más peso.
Público o externo	Privado o interno	Al inicio el niño no diferencia entre los sentimientos privados y los públicos, progresivamente va diferenciando entre ellos.

En la Tabla 7 se resume el progreso evolutivo de la interacción y el conocimiento de los otros.

Tabla 7. Evolución del conocimiento de los demás y de las relaciones interpersonales (adaptado de Palacios et al., 2006 p. 386).

Habilidades	Antes de los 6 años	A partir de los 6-7 años	A partir de los 10 años
Perspectivas interpersonales	Dificultad para diferenciar distintas perspectivas	Consideración de más de una perspectiva	Consideración de las perspectivas desde la visión de otras personas
Punto de vista propio y de los otros	Dificultad para diferenciar entre los puntos de vista propios y los de los otros	Inicio de la toma de conciencia del punto de vista propio diferenciado del de los otros	A partir de los 12 años tienen capacidad de razonamiento recursivo.



Comprensión de las emociones propias y de las de los otros	Reconocimiento en los otros de emociones sencillas (alegría, tristeza, etc.).	Reconociendo en los otros de emociones complejas (culpabilidad, gratitud etc.).	Reconociendo en los otros de emociones cada vez más complejas (decepción, alivio, etc.).
Comprensión de emociones ambivalentes	No se detectan	Se admiten pero como causa de	Se reconocen sobre una misma situación y se razonan
Empatía	En algunas situaciones concretas	Se generalizan a situaciones complejas	Se incrementa su desarrollo en situaciones cada vez más complejas (económicas, de salud etc.)
Amistad	Se centra en la interacción con personas afines	Se entiende como reciproca y se inicia el afecto y la confianza	Se entiende como reciproca y bidireccional
Autoridad	Se reconoce la autoridad con restricciones	Se reconoce la autoridad como poder físico o social	Se reconoce la autoridad derivada de cualidades personales y capacidad de liderazgo.

3.1.3. Características evolutivas adolescencia (12-18 años).

La etapa entendida como adolescencia coincide con un crecimiento hormonal importante que va a definir la identidad del sujeto. Esta situación cursa con una serie de cambios físicos y psíquicos que influirán en la conformación de la personalidad del sujeto. Cognitivamente hablando se va a producir el tránsito de la etapa de las operaciones concretas a la de las operaciones formales. Siguiendo a Piaget e Inhelder (1955) el pensamiento se hace cada vez más deductivo proposicional. El pensamiento formal permite pensar en lo posible y no solo en lo real o práctico. Esta funcionalidad de las operaciones formales hace que el pensamiento hipotético-deductivo adquiera una singularidad respecto de la etapa de las operaciones concretas. Dicha singularidad es el componente proposicional. Así pues, el pensamiento formal se caracteriza por tener en cuenta todas o casi todas las posibilidades de una situación, acontecimiento o hecho, también el sujeto puede comprobar de forma sistemática sus hipótesis. Además, puede interpretar lógicamente los resultados y cambiar los procesos y/o procedimientos aplicados si es necesario. El final de este periodo el sujeto adquiere el pensamiento adulto. No obstante, hay personas que no adquieren este tipo de pensamiento. El pensamiento formal está condicionado por el nivel de las ideas o los conocimientos previos y si estos son erróneos pueden dar lugar a razonamientos no correctos. En esta etapa el grupo de iguales va a tener una especial relevancia y poder sobre las conductas y/o personalidad del adolescente, ya que en este momento la formación del yo como pertenencia a un grupo va a ser esencial. Es importante pues



que los referentes sean correctos desde el punto de vista del ajuste de las normas sociales para que el desarrollo sea también ajustado.

Un resumen del desarrollo cognitivo del sujeto humano se puede consultar en la Figura 3.

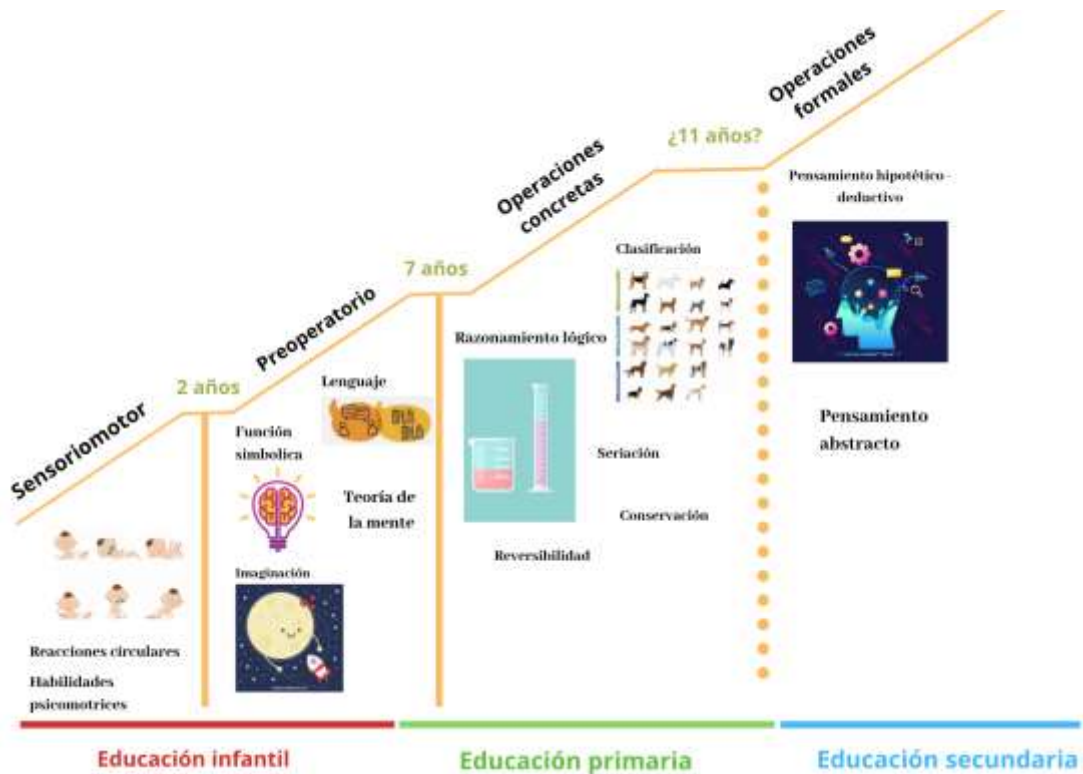


Figura 3. Conservación según Piaget (1954). Tomado de [enlace](#).

3.1.4. Características evolutivas adultez (a partir de los 18 años) y la vejez

En esta etapa se pueden encontrar muchas diferencias entre los sujetos, más que en las etapas anteriores. Para comprenderlo mejor se va a diferenciar entre los siguientes conceptos:

Edad cronológica: es el número de años que han transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento presente.

Edad biológica: es una estimación del lugar en el que una persona se encuentra respecto de su potencial de vida. Este concepto se relaciona no solo con la edad cronológica sino también con la salud biológica. Por ejemplo, una persona puede tener 60 años de edad cronológica con muchas afectaciones físicas y otra con la misma edad



puede no tener ninguna. Estos aspectos tienen que ver con el componente genético y los hábitos de vida.

Edad psicológica: hace referencia a la capacidad de adaptación al medio de la persona.

Edad funcional: integra los conceptos de edad biológica y de edad psicológica y hace referencia a la capacidad de autonomía e independencia.

Edad social: hace referencia a los roles y expectativas sociales asociados a determinadas edades y las expectativas en cada una de ellas (ejemplo a los 30 se relaciona con el inicio de la etapa laboral, a los 40 años se tiene el objetivo de sacar adelante a la familia, a los 65 se piensa ya en la jubilación, sobre los 70 años se desarrolla el rol de abuelo).

La madurez humana se alcanza entre los 25 y los 30 años. Esta es la etapa en la que se considera que hay mayor vitalidad y salud. Si bien, es difícil señalar el punto de partida del envejecimiento, este proceso no es un proceso homogéneo incluso dentro de un mismo organismo. Asimismo, este es un proceso muy variable de unas personas a otras. No existe un acuerdo científico sobre la definición de envejecimiento y sobre su inicio. En el proceso de envejecimiento influyen factores genéticos y de hábitos de vida. Las células del ser humano están programadas para envejecer y la capacidad de regeneración celular es limitada. Con el tiempo disminuye la capacidad de hacer frente a los deterioros de las cadenas de ADN. Las células también se ven afectadas por los radicales libres por parte del metabolismo y las consecuencias a las influencias ambientales como la alimentación, el clima, la contaminación etc. Todos estos factores pueden provocar daños moleculares que se van acumulando con la edad. De otro lado, el sistema inmunitario también está programado para envejecer, con el tiempo la capacidad de respuesta inmunológica del organismo a los distintos patógenos también disminuye. Igualmente, envejece el sistema endocrino, los centros cerebrales que controlan el hipotálamo y la pituitaria y la salud se resiente. En síntesis, el cuerpo humano está programado para dejar de existir. Se estima que el máximo potencial de vida del ser humano se sitúa entre los 110 y los 120 años. Así pues, el envejecimiento primario es una realidad inevitable.



El envejecimiento secundario hace referencia a los procesos que se deterioran con la edad y con factores controlables como son la alimentación, el ejercicio físico, los hábitos de vida y las influencias ambientales.

a) Cambios cognitivos

Parece ser que el cerebro envejece y dicho envejecimiento se evidencia en un menor peso del mismo. Por ejemplo sobre los 20 años el cerebro pesa unos 1400 gr, a los 50-60 años, el cerebro tiene un peso medio de 1338 gr, entre los 70-80 el peso medio es de unos 1180 gr. El envejecimiento de las neuronas se produce a nivel de cantidad neuronal y también en el grado de conectividad estructural y funcional de las sinapsis. Se alteran además los ritmos de actividad eléctrica. Concretamente, los ritmos alfa que están relacionados con el estado de alerta (el envejecimiento cursa con una mayor lentificación), los ritmos delta relacionados con el sueño (en esta etapa el sueño profundo disminuye y los patrones de sueño se hacen más irregulares). Asimismo, las áreas cerebrales tienen un envejecimiento distinto. Es especialmente relevante los deterioros en los lóbulos frontales (relacionados con las funciones ejecutivas de planificación y control y la motricidad fina) y también el hipocampo (relacionado con la memoria). Algunas enfermedades como el Alzheimer tienen que ver con un deterioro del córtex y el hipocampo. Estos deterioros se relacionan con una aceleración del envejecimiento y cursan con pérdida de memoria, incapacidad para realizar rutinas diarias, dificultades para aprender, desorientación, cambios en la personalidad y en las habilidades lingüísticas. Específicamente, la edad de aparición del Alzheimer se sitúa sobre 65 años y el riesgo de padecerla se incrementa con la edad. De igual modo, la incidencia es mayor en mujeres que en hombres, una posible explicación es la edad de vida estimada que es mayor en las primeras. No obstante, este proceso de envejecimiento tiene que ver también con la genética y los hábitos de vida de las personas.

b) Cambios sensoriales

Visión

Relativo a la visión, con la edad se produce una mayor opacidad del humor vítreo lo que provoca una mayor dificultad en la percepción de la luminosidad. Esto a su vez produce dificultades en la percepción de los colores (especialmente verde, azul y



violeta). También, aparece una mayor sensibilidad a los cambios bruscos de iluminación y del tiempo de adaptación a los mismos. La causa está en los músculos de la pupila que hacen que se de una respuesta más lenta a los cambios de luz. También, la agudeza visual disminuye debido al endurecimiento de la lente (Spence, 1989). El descenso de la agudeza es mayor en los objetos en movimiento que en los estáticos, se produce una dificultad para enfocar objetos cercanos (presbiopía o presbicia) estos cambios son normales en el desarrollo del envejecimiento humano. También se pueden acompañar de procesos degenerativos como: el glaucoma, que es el incremento de la presión del líquido intraocular. Dicha presión puede dar lugar a una ceguera, las cataratas que hacen relación a la opacidad del cristalino y la degeneración macular senil que se relaciona con un deterioro de la retina y que afecta a la visión central pero no a la visión periférica.

Audición

Los problemas auditivos asociados con la edad se pueden deber a factores ambientales y/o a factores propiamente debidos al envejecimiento. Algunos de estos problemas son progresivos e irreversibles y van a cursar con problemas de adaptación al medio y con el desarrollo de la vida diaria. Un problema frecuente es la presbiacusia. Esta es una pérdida progresiva de la audición y se relaciona con la sensibilidad auditiva del oído interno, se caracteriza por la pérdida en la capacidad para oír sonidos en frecuencias altas (Whitbourne y Weinstock, 1986). Otro problema es el de la localización del sonido y se debe a la disonancia en la percepción entre los dos oídos. Asimismo, otro problema es el de los zumbidos que consiste en la percepción de un sonido permanente en los dos oídos, este hecho se suele acompañar de la presbiacusia aunque no se sabe muy bien cuál es su etiología (Corso, 1987).

El deterioro de estas percepciones (auditivas y visuales) hacen que las personas afectadas desarrollen menos actividades de ocio y de relaciones sociales.

Olfato

La disminución de la percepción olfativa parece ser que no es tan generalizada como la visual y auditiva y se relaciona con factores relativos a otras patologías como pueden ser: la enfermedad de Alzheimer, Parkinson e infecciones víricas o bacterianas.



Gusto

Este sentido permanece bastante conservado hasta la vejez, la decadencia se inicia sobre los 50 años y se centra en la disminución de receptores y de la sensibilidad individual produciéndose en las palmas de las manos y los dedos. No obstante, esta disminución no llega a producir una localización, manipulación o identificación de objetos. Si bien, la recepción de estos receptores parece relacionarse con la percepción de temperaturas extremas (calor y frío) y puede relacionarse con procesos como: la hipotermia, hipertermia o congelación de miembros. De igual modo, la percepción del dolor también parece cambiar. Si bien estos cambios se relacionan con factores socioeconómicos, emocionales, de personalidad, etc.

Procesamiento de la información perceptiva

Con la edad parece que se lentifica el procesamiento de la información de estímulos visuales. El comportamiento de búsqueda visual se hace menos eficiente, sistemático y completo. Asimismo la percepción de profundidad comienza a deteriorarse entre los 40 y los 50 años. También, en la vejez se dan problemas en las percepciones complejas, alteración en la identificación de objetos en tareas de escaso tiempo de inspección y con contraste o iluminación escasa. Así como en imágenes con ruido visual o con estímulos irregulares o no habituales lo que facilita la dependencia de campo con la edad.

Respecto de la percepción auditiva con la edad se produce una pérdida de sensibilidad absoluta a tonos puros. Esta cursa especialmente en los hombres en estímulos superiores a 1000 Hz. La capacidad de discriminación entre diferentes estímulos auditivos es importante para el procesamiento de señales complejas como las del lenguaje hablado. Los sonidos del discurso se diferencian por la emisión en distintas frecuencias (vocales) y por distinta intensidad (consonantes). Por ello, los problemas auditivos se asocian a la percepción de conversaciones, sobre todo en espacios ambientales no ideales, estos se relacionan con el nivel de sonido para identificar la conversación. Esta problemática comienza aproximadamente a partir de los 50 años.



Ejecución psicomotora

La lentificación psicomotora parece ser que se relaciona con déficits en el sistema nervioso periférico, lo que se relaciona con: la pérdida de la contracción sensorial, la contracción muscular o la velocidad del movimiento. Aunque otras teorías señalan el origen en los procesos de captación del estímulo y la emisión de la respuesta. No obstante, el enlentecimiento motor puede verse reducido por la práctica diaria de tareas concretas a través de la práctica de ejercicio físico. Por ello, el potenciar el ejercicio físico podría evitar muchos de los accidentes a los que las personas adultas pueden ser más propensas.

Procesos cognitivos

Atención

El proceso cognitivo es necesario para apoyar el procesamiento de la información. Se pueden diferenciar cuatro tipos de atención: la atención sostenida, la atención dividida selectiva, la atención selectiva y la función de cambio de atención. La utilización de un tipo u otro dependerá del tipo de tarea que se esté realizando. Si la tarea se realiza a lo largo del tiempo se precisa una atención sostenida, si se realizan dos tareas a la vez se precisa una atención dividida, si se realizan tareas en las que hay que elegir señales se necesita una atención selectiva y si hay que cambiar de una tarea a otra se precisa una atención de cambio.

Memoria

No se puede afirmar que con los años se tenga una drástica disminución de la memoria. Los pequeños cambios en las habilidades de memoria que se pueden producir a causa de la edad se pueden compensar con la utilización de otras estrategias cognitivas, con el bagaje de conocimientos previos que la persona haya ido acumulando y con así con las habilidades de ejecución relativas a los tipos de tareas realizados. Los cambios en los distintos tipos de memoria no cursan por igual con el incremento de la edad. La memoria sensorial y la memoria a corto plazo no sufren cambios relevantes a lo largo del ciclo vital. La memoria a largo plazo parece que sí cursa con una pérdida que no se relaciona con la capacidad de almacenar información sino con la capacidad de recuperar la información almacenada.



Las alteraciones de la memoria en la vejez parecen ser que se deben a factores de cambios de hábitos de vida, déficits en el procesamiento de la información y factores biológicos (deterioros en los lóbulos frontales).

En resumen en las personas después de la edad adulta se han detectado:

1. Déficit en la codificación de la información sobre todo en tareas que conllevan una complejidad en el procesamiento de la información.
2. En el almacenamiento de la información, no se ha detectado déficits significativos.
3. Dificultades en la capacidad de recuperar la información almacenada sobre todo en tareas de recuerdo libre y no tanto en las de reconocimiento.
4. Interacciones entre los procesos de codificación y de recuperación de la información.

Procesos cognitivos superiores

Inteligencia

Hay varios tipos de inteligencia y su definición depende de la teoría explicativa. En este apartado se van a diferenciar:

La *inteligencia fluida* (hace referencia a los procesos cognitivos básicos semejantes al factor general de inteligencia). Esta se relaciona con la habilidad para manejar situaciones nuevas, la capacidad para percibir relaciones, la capacidad para formar conceptos y para resolver problemas y situaciones. Este tipo de inteligencia parece disminuir a lo largo de la vida y por lo tanto disminuir con la edad.

Respecto de la *inteligencia cristalizada* (hace referencia al resultado de los conocimientos que se adquieren a lo largo del ciclo vital). Esta se relaciona con la aplicación de la inteligencia fluida a contenidos culturales y académicos. Es decir, sobre el conocimiento acumulado a lo largo de la vida de la persona. Este tipo de inteligencia parece que se mantiene estable e incluso se incrementa en la adultez y en la vejez.

El deterioro de la inteligencia fluida se puede deber a diversas causas como por ejemplo el enlentecimiento perceptivo, o la menor disponibilidad de los recursos



cognitivos. Según Horn (1976) hasta los 65 años aproximadamente las pérdidas en la inteligencia fluida se pueden compensar con las mejoras en la inteligencia cristalizada.

No obstante, existen muchas diferencias intra e interindividuales y no se puede generalizar la evolución. Asimismo, existen otros factores de personalidad (flexibilidad vs. rigidez cognitivo-motora y las actitudes) que junto con el estilo de vida y el estado de salud van a influir en el pronóstico y evolución.

Creatividad

La creatividad se puede asociar a la inteligencia fluida y al pensamiento divergente. La evolución de la creatividad con la edad no es lineal depende de los factores individuales de la persona, de la historia anterior, de la calidad de vida, etc.

c) Personalidad

La personalidad se conforma desde el inicio de la vida. Esta parece estabilizarse sobre los 25-30 años. No obstante, este hecho también es variable y depende de distintos factores (cognitivos, culturales, económicos, de calidad de vida, de la programación genética, etc.).

Los cambios en la personalidad se pueden relacionar con problemas cognitivos, afectivos, enfermedades mentales, enfermedades neurológicas etc. Estos cambios tienen que ver con la vida y disposición del sujeto en un contexto adaptativo vs. no adaptativo.

Seguidamente, se van a exponer las características de la personalidad en la vida adulta, siguiendo a Fierro (1996).

- El comportamiento es relativamente estable y coherente en sus conductas. Si bien, este puede tener capacidad de adaptación a las circunstancias del medio.
- La personalidad es diferente de unas personas a otras. Esta depende de la historia personal y de las experiencias vividas.
- La persona tiene la capacidad de valorarse asimismo dependiendo del ajuste de su autoconcepto.
- El sujeto utiliza estrategias de autorregulación para controlar sus conductas.
- El sujeto puede reforzar de forma ajustada sus conductas.



- El sujeto puede cuidar de si mismo.

En el tránsito de la edad adulta a la vejez se pueden producir distintos acontecimientos: calidad del estado físico, las enfermedades, la jubilación, el divorcio, la muerte de seres queridos, etc. Todos ellos pueden producir cambios en la personalidad de un sujeto.

3.2 Análisis de las características entorno del paciente.

En los apartados anteriores se han indicado una serie de variables importantes que hacen referencia a las características del paciente y que pueden ser relevantes en las terapias y en la intervención. Dichas características son:

1. La edad cronológica del o de la paciente.
2. La edad evolutiva del o de la paciente.
3. El estado físico del o de la paciente.
4. El tipo y grado de enfermedad, problema o afectación del paciente.
5. El nivel socio-económico y cultural del o de la paciente.
6. La red de apoyo social del o de la paciente.
7. El estilo de vida del o de la paciente.

3.3 Análisis del tipo y grado de la afectación: previsión y evolución de la afectación.

Es importante antes de cualquier intervención el estudiar el historial clínico del paciente, dentro de él se analizarán:

1. El tipo de afectación.
2. El grado de afectación.
3. La evolución de la afectación.
4. El momento de detección (temprana vs. tardía)
5. Los tratamientos realizados, la efectividad de los mismos y los efectos que estos estén produciendo o hayan producido en el paciente.
6. El tipo de prevención aplicada (primaria, secundaria o terciaria).
7. La situación de dependencia del medio en su caso.
8. La red de apoyo social.
9. El pronóstico de la afectación respecto de la calidad de vida.



3.4 Análisis de la motivación y afrontamiento de la problemática por parte del paciente.

Otro factor relevante en el análisis de las características del paciente es la motivación y el afrontamiento que este experimenta respecto de la afectación que sufre. De igual modo, es importante considerar la motivación y el afrontamiento de la red de apoyo del paciente. A continuación, se presentan distintos instrumentos que miden estas variables.

dos Santos Barros, V., Bassi-Dibai, D., Guedes, C.L.R. et al. (2022). Barthel Index is a valid and reliable tool to measure the functional independence of cancer patients in palliative care. *BMC Palliat Care*, 21, 124. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01017-z>

Jiang, Ss., Liu, Xh., Han, N. et al. (2022). Effects of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive behavioural therapy on symptomatic generalized anxiety disorder: a randomized controlled noninferiority trial. *BMC Psychiatry*, 22, 481 <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04127-3>

Jost, S.T., Strobel, L., Rizos, A. et al. (2022). Gender gap in deep brain stimulation for Parkinson's disease. *npj Parkinsons Dis.*, 8, 47. <https://doi.org/10.1038/s41531-022-00305-y>

Kim, S., Jeon, J., Lee, Y.J. et al. (2022). Depression is a main determinant of health-related quality of life in patients with diabetic kidney disease. *Sci Rep*, 12, 12159. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-15906-z>

Le, T.T.T., Martinet, G., Dupuis-Girod, S. et al. (2022). Development and validation of a quality of life measurement scale specific to hereditary hemorrhagic telangiectasia: the QoL-HHT. *Orphanet J Rare Dis*, 17, 281. <https://doi.org/10.1186/s13023-022-02426-2>

Lee, H., Li, B., DeForte, S. et al. (2022). A large collection of real-world pediatric sleep studies. *Sci Data*, 9, 421. <https://doi.org/10.1038/s41597-022-01545-6>

Myhrvold, B.L., Kongsted, A., Irgens, P. et al. (2022). The association between different outcome measures and prognostic factors in patients with neck pain: a cohort study. *BMC Musculoskelet Disord*, 23, 673. <https://doi.org/10.1186/s12891-022-05558-5>

Liao, WW., Hsieh, YW., Lee, TH. et al. (2022). Machine learning predicts clinically significant health related quality of life improvement after sensorimotor rehabilitation interventions in chronic stroke. *Sci Rep*, 12, 11235. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14986-1>

Urzúa Morales, A., y Jarne Esparcia, A. (2008). Calidad de Vida y Estilos de Afrontamiento en Personas con Patologías Crónicas. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of*



Psychology, 42(1), 151-160. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3252563>

van de Loo, K.F.E., van Zeijl, N.T., Custers, J.A.E. et al. (2022). A conceptual disease model for quality of life in mitochondrial disease. *Orphanet J Rare Dis*, 17, 263. <https://doi.org/10.1186/s13023-022-02411-9>

Resumen

En este tema se han abordado las características más significativas del desarrollo evolutivo humano. Estas son relevantes a la hora de conocer las necesidades de los pacientes. También, hay que tener en cuenta el tipo y el grado de afectación si existe una patología. Asimismo, hay que considerar la motivación del paciente hacia su vida y su afrontamiento de la enfermedad teniendo en cuenta también su red de apoyo. Todas estas variables influirán en la puesta en marcha y en la efectividad de los tratamientos clínicos que se precise efectuar.

Bibliografía

Bibliografía básica

- Corso, J.E. (1987). Sensory-perceptual processes and aging. En K.W. Schaie (Ed.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (vol. 7., pp. 29-55). Nueva York: Springer.
- Fierro, A. (1996). *Manual de psicología de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Flavell, J.H. (1985). *Cognitive Development*. Second Edition. New York: Prentice Hall.
- Horn, J.L. (1976). On the myth of intellectual decline in adulthood. *American Psychologist*, 31, 701-719.
- Palacios, J., Marchesi, Á., y Coll, C. (2006). *Desarrollo psicológico y educación. 1, Psicología evolutiva*. 2a ed. Madrid: Alianza Editorial.
- Piaget, J. (1952). The origins of intelligence in children. Nueva York: Internacional Universities Press.
- Piaget, J. (1954). *The Construction of Reality in the Child*. New York: Basic Books. <http://dx.doi.org/10.1037/11168-000>
- Piaget, J., y Inhelder, B. (1966). *La psychologie de l'enfant*. Paris: Presses Universide France.



Spence, A.P. (1989). *Biology of human aging*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Whitbourne, S.K., y Weinstock, C.S. (1986). *Adult development*. Nueva York: Praeger.

Recursos

Web

PsicoActiva	Enlace
-------------	------------------------

