

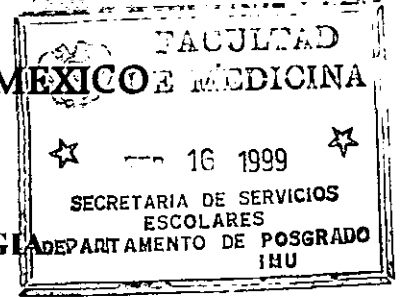


11241

11
lej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO,
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA
Y SALUD MENTAL



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

SECRETARIA DE SALUD

TITULO

**VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO PARA
EVALUAR**

**"ACTITUD Y PREPARACIÓN DEL MÉDICO ANTE EL ANCIANO
CON ENFERMEDAD MENTAL"**

**Y ACTITUD Y CONOCIMIENTO DEL MÉDICO HACIA EL ANCIANO
CON ENFERMEDAD MENTAL**

TESIS

PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

Presenta:

Dra. María Elena González Serrano

TUTOR TEÓRICO:
Dr. Héctor Pérez-Rincón

TUTOR METODOLÓGICO:
Ing. José F. Cortés Sotres

Año 1995-1998

270922
12-11-98

1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis Maestros y asesores.

Un agradecimiento especial al Ing. Psic. José Francisco Cortés S.

Al Dr. Héctor Pérez Rincón

Al Dr. Andrés Roche Bergua.

Y al Dr. Miguel Krassoievitch.

RESUMEN

La planeación de metas terapéuticas exitosas para el anciano psicótico requiere el entendimiento y evaluación de como fue su funcionamiento social ante la aparición de la enfermedad mental, lo que permite predecir al médico el curso de la enfermedad y el tratamiento más conveniente.

En el presente trabajo se pretendió describir y valorar la validez y confiabilidad del cuestionario, "Actitud del médico hacia el anciano con enfermedad mental," ya que aunque existen numerosos instrumentos para diagnosticar los diversos estados psicológicos, se cuentan con escasos instrumentos auxiliares en el estudio de los ancianos con algún compromiso mental.

La evaluación del cuestionario que fue diseñado para medir el conocimiento y las actitudes del médico hacia el anciano con enfermedad mental identificando 3 factores: Actitud hacia el apoyo social del anciano con enfermedad mental, actitud hacia la aceptación social del anciano con enfermedad mental y actitud hacia la capacidad del anciano con enfermedad mental, que cuentan con 5 ítems; los cuales se califican del 1-5 y 5-1 tomando el 1 como acuerdo y 5 como desacuerdo. Y un anexo de 3 preguntas análoga visual la cual evalúa el conocimiento del médico para atender al anciano farmacológicamente, el conocimiento en las técnicas de estimulación y conocimiento en el cuidado asistencial del anciano con enfermedad mental, los cuales se califican del 0 al 100.

Se realizo un estudio de proceso transversal y descriptivo en la población de médicos que laboran en las siguientes instituciones: Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), IMSS San Fernando, IMSS No. 10, Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán. (INNSZ), Hospital General GEA González, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre (ISSSTE)

Los datos fueron analizados en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Validez y confiabilidad de instrumentos para evaluar actitud, preparación y conocimientos del médico ante el anciano con enfermedad mental. González S.M.E.

Se utilizó análisis factorial por el método de componentes principales con rotación Varimax.

Para la comparación entre grupos se utilizó (ANOVA) factorial 2x2x2, dos especialidades (Psiquiatras, no Psiquiatras) dos sexos (Hombre, Mujer) dos plazas (Adscrito, Residente).

El análisis factorial arrojó 3 factores que explican el 73.1% de la varianza total. El primer factor se identificó como la actitud hacia el apoyo social del anciano con enfermedad mental y explicó 35.4%.

El segundo factor se identificó como actitud hacia la aceptación social del anciano con enfermedad mental explicó 20.0%.

El tercer factor se asoció a la actitud hacia la capacidad del anciano con enfermedad mental explicó 17.5%.

El valor de alfa de Cronbach utilizó la aportación de los 35 ítems de la escala total fue de $\alpha=0.87$

Validez y confiabilidad de instrumentos para evaluar actitud, preparación y conocimientos del médico ante el anciano con enfermedad mental. González S.M.E.

INTRODUCCION

Uno de los aspectos fundamentales de la investigación en Psiquiatría en lo general y en la actividad del médico hacia el anciano con enfermedad mental en lo particular es la disponibilidad de las herramientas adecuadas para el estudio de los múltiples aspectos de la Enfermedad mental de la población geriátrica.

El cuestionario actitud y conocimiento del médico hacia el anciano con enfermedad mental es un cuestionario de evaluación que fue elaborado para ser utilizado en el campo de la investigación.

Este instrumento fue diseñado para evaluar el grado de actitud y conocimiento con que cuenta el médico en cada una de las diferentes especialidades de la medicina para beneficios del anciano con enfermedad mental.

En el marco teórico de este estudio se presenta una descripción del cuestionario y su uso, así como las propiedades Psicométricas reportadas.

El cuestionario Actitud del médico hacia el anciano con enfermedad mental ha mostrado ser útil en la identificación de pacientes ancianos con enfermedad mental, con probabilidad de ser mejoradas sus condiciones de atención por parte de los médicos.

También sirve como un posible predictor de mejorar la atención médica proporcionando al anciano con enfermedad mental una mejor calidad de vida y aceptación en la comunidad.

Los anteriores aspectos generales nos indican que el cuestionario es un instrumento con grandes potenciales en el campo de la investigación clínica Psiquiátrica, y por ello se determinó llevar a cabo la tarea de traducir el cuestionario, evaluar su consistencia interna y su validez predictiva.

METODOLOGIA Y ANTECEDENTES

M. Krassoievitch. 1988. El anciano con enfermedad mental hace que esté incapacitado para comprender la situación de exploración y de tratamiento y no entienda ni recuerde las indicaciones. El médico es cuando evita el contacto verbal y efectivo con el anciano enfermo sólo realiza la exploración física, dirigiéndose a la familia o al personal en lugar de hacerlo con su paciente.

Otro fenómeno observable en el Médico y en las instituciones es la infantilización del paciente anciano psiquiátrico quien se trata como si fuera un niño; el tuteo de los "ancianastos", por ejemplo, es muy frecuente en las instituciones y es un reflejo evidente de la actividad descrita.

Muchos médicos y miembros del personal paramédico desconocen las variadas manifestaciones de la ansiedad catastrófica y, cuando éstas aparecen, al no entenderlas reaccionan con ansiedad, impaciencia u hostilidad. Estas respuestas sólo pueden agravar la ansiedad de paciente, quien a su vez la va transmitiendo a los demás.

Recordemos que, en la cultura occidental está muy arraigados los temores relacionados con la vejez, la invalidez, la locura y la muerte.

El contacto y las labores terapéuticas con enfermos seniles que sufren un cuadro psiquiátrico suelen reanimar estos temores , que en general han sido reprimidos. Algunos pacientes resumen por su estado las cuatro situaciones que despiertan en nosotros tanto temor; y la angustia que acompaña a este es una serie de interferencia para una atención adecuada del anciano con enfermedad mental.

La vejez misma, la proximidad de la muerte son irreversibles y los que atienden al paciente senil viven en ocasiones esta irreversibilidad con mucha ansiedad.

Su tendencia entonces es recurrir a mecanismos como la negación y la fantasía que los llevan a la iatrogenia al querer combatir o curar situaciones que en todo caso necesitarían una adaptación diferente del anciano psiquiátrico.

De esta manera se promueve la preocupación del médico por el anciano con enfermedad mental como ser psicosocial (3,4) dejando de lado aspectos y atributos psicológicos y sociales, que son los que le dan a los ancianos enfermos su especialidad como seres humanos (3,4)

El dualismo mente - cuerpo persiste en la formación profesional, y el médico continúa disminuyendo entre la psique y el soma. A veces el galeno motivado hacia su profesión por el deseo de controlar y curar el cuerpo, no se encuentra preparado para enfrentar al dolor, la consunción y el flujo de emociones (Fenómenos transferenciales) que planten la relación médico paciente. (5-6-7).

El proceso de envejecimiento se denomina senectud del latín, senescere, que significa hacerse mayor y se caracteriza por el declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales, cardiovascular, respiratorio, genitourinario, endocrino e inmunológico entre otros. Sin embargo, la creencia de que la vejez va invariablemente ligada a un profundo deterioro físico o psíquico es un mito. La mayoría de las personas seniles conservan un grado importante de su capacidad cognitiva y psíquicas. (8-9).

Los factores que pueden controlarse o favorecer la longevidad y mejorar la atención del anciano con enfermedad mental son los controles médicos regulares, la gratificación laboral y la conciencia de saberse útil a la sociedad a través de una labor altruista, como cónyuge, profesor, padre o abuelo. Las necesidades sanitarias de la gente mayor son en la actualidad, enormes, y el rol del médico geriatra y del psiquiatra no han sido nunca tan importantes como ahora. (8-9).

Los sentimientos y actitudes que los médicos tienen hacia la gente mayor se originan en fuentes variadas: la contra transferencia, las actitudes sociales y las propias actitudes que proyecte el paciente sobre su vejez. Los sentimientos de contratransferencia sobre el envejecimiento en si, vienen determinados por las necesidades de los propios médicos y de sus experiencias pasadas, aunado a esto una enfermedad mental.

Los médicos pueden experimentar temor ante su propio envejecimiento o pueden haber tenido conflictos con el envejecimiento o la muerte de sus padres o abuelos.

Los médicos deben ser conscientes de estos sentimientos, sobre todo si experimentan sensaciones negativas hacia la vejez con algún compromiso mental. Algunas personas mayores llegan a conducirse según las bajas expectativas que sus médicos sienten hacia ellas y, en consecuencia, perder confianza en sus posibilidades y aparentar lo que no son (9, 10 , 11).

Se sabe que la carencia de personal capacitado puede llevar a situaciones perjudiciales para el paciente envejecido, ya que su fragilidad y polipatología lo hacen muy vulnerable a los tratamientos inadecuados. Los egresos prematuros o estancias prolongadas en el Hospital, así como las medicaciones agresivas, que degeneran en; iatrogenias, son sólo algunos de los problemas al respecto.

Debe hacerse hincapié en la importancia que tiene la atención primaria, porque constituye el pilar de todos los servicios de atención sanitaria y permite prevenir, detectar, tempranamente y dar tratamiento oportuno a las enfermedades mentales del anciano. Así también, en este nivel de atención, debe capacitarse al personal médico para que sepa cuándo y cómo canalizar a estos pacientes a otro nivel de atención más especializado (12- 13)

Los cambios psicológicos que acompañan el proceso de envejecer, sin entrar en el terreno de lo patológico, son conocidos desde hace tiempo. Ya en la antigüedad clásica, la imagen de la vejez era ambivalente; el viejo es un ser juicioso, experimentado y sabio al que la edad ha liberado de las pasiones humanas, Cicerón describe la vejez como un estado al que se desearía llegar para él, se envejece tal como se ha vivido y el rencor, la

melancolía o la avaricia de las personas de edad no son más que exacerbaciones de rasgos previos. Cicerón negaba la asociación inevitable entre vejez y deterioro intelectual, proclamando que el ejercicio mental bastaba para conservar un psiquismo en forma. (14-15-16).

Cambios cognitivos, junto a los cambios "somáticos" se producen una serie de alteraciones de las funciones cognitivas, entre lo que cabe resaltar un enlentecimiento global de los procesos mentales (el tiempo de recuperación de datos desde la memoria primaria o secundaria, se incrementa a partir de los 70 años en un 20-25%); una

disminución de la capacidad de aprendizaje, fundamentalmente por dificultad para realizar las operaciones necesarias para un rendimiento de la memoria y trastornos de la misma (más marcados en la memoria secundaria que es la que almacena lo codificado y organizado tras el estímulo sensorial).

Con respecto a la inteligencia, el coeficiente intelectual no parece descender con la edad, aunque se considera que hay una alteración de la llamada inteligencia fluida, tornándose la inteligencia cristalizada (16)

Cambios de personalidad. Se ha discutido abundantemente si el envejecimiento se acompaña de algún tipo específico de modificaciones de la personalidad. Aunque no puede hablarse globalmente de una modificación de la personalidad con el envejecimiento, si parece que durante esta etapa de la vida son más frecuentes una serie de rasgos, entre los que destacan las paranoides y las quejas hipocondríacas.

Desde las diferentes escalas psiquiátricas se ha intentado hacer una aproximación psicológica de conjunto a la vejez. Para explicar cómo el anciano puede adaptarse a estas pérdidas, anteriormente citadas con mecanismos de compensación adecuados, sin llegar a la aparición de trastornos psiquiátricos, la teoría del narcisismo postula que el individuo se va adaptando a las pérdidas a lo largo de todo su proceso vital.

Todos estos cambios, sean cuales fueren la causa o la explicación que puedan darse, colocan al anciano en una situación de fragilidad frente a la enfermedad mental. Es bien

sabido que los ancianos con depresión son más vulnerables las enfermedades "orgánicas" y, a la vez, los ancianos con enfermedades físicas graves o incapacitantes son pacientes de alto riesgo psiquiátrico (14-15-16-17).

Autocuidado. La adopción del autocuidado como estrategia para ser utilizada durante la vejez, armoniza con las actividades que se proponen para hacer efectiva la promoción de la salud, en término del desarrollo de aptitudes personales y de la adquisición de habilidades y conocimientos que permitan adoptar conductas favorables para la salud.

Mediante el autocuidado los ancianos podrán ejercer un mayor control sobre su salud y su microambiente y estarán más capacitados para optar por todo lo que contribuya con su bienestar integral. (19). Los organismos integrales hacen constante referencia al crecimiento sostenido de la población de 60 años y más en los países de América Latina y el Caribe, y a la situación que sus sociedades tendrán que enfrentar en un futuro cercano para poder ofrecerles una atención de saber de calidad al anciano con enfermedad mental. (20).

En ese sentido, uno de los esfuerzos propuestos es favorecer, en los adultos de edad avanzada la adquisición de la conducta que los hagan más saludables e independientes, utilizando el autocuidado como vía eficaz para lograrlo.

Según Coppard (19-20), el autocuidado en los ancianos con enfermedad mental comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud mental y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales. Donde esta perceptiva, son actividades de autocuidado.

Orem (22) en su teoría de enfermería sobre el autocuidado, lo define como: la practica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la

vida, la salud y el bienestar, afirma por otra parte, que realiza una persona anciana a fin de cuidarse a si mismo en el ámbito donde se desenvuelve.

Orem y Coppard comparten el criterio de que una persona puede convertirse por sí misma, o con ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado en tal sentido el médico de salud mental, en razón de su preparación y responsabilidad profesional, está llamado a convertirse en agente facilitador de ese proceso (21-22)

La mayoría de los ancianos no solo tienen la capacidad física y cognitiva para aprender técnicas de autocuidado y practicarlas, sino también para transmitirlos a otros. Sin embargo los profesionales de la salud mental y los mismos ancianos cuestionan muchas veces esta posibilidad debido a concepciones equivocados y estereotipos relacionados

con la vejez, esta ya que se considera sinónimo de incapacidad para aprender, rigidez, enfermedad y pérdida de interés por la vida, por lo que muchas veces el anciano con compromiso mental se le observa deteriorado. (22-23)

El autocuidado se presenta como una alternativa viable y efectiva cuya incorporación a la atención integral de los ancianos con enfermedad mental significa un paso adelante en la búsqueda de la equidad sanitaria y el logro de metas de salud para todos en el año 2000, las personas de edad avanzada que participan en el proceso social renovador en salud mental esperan que se respete su derecho, a intervenir en las acciones retenidas a la promoción y cuidado de su estado de bienestar, utilizando para ello la vía del autocuidados a través del proceso educativo, como fuente para el desarrollo de su potencial de salud. (22-23-24).

Al anciano no le preocupa tanto la muerte, como la posibilidad de un largo período de incapacidad que la anteceda. Tal preocupación es compartida cada vez más por los prestadores de servicios. Sin embargo el concepto de "fragilidad", que dispone a tal situación, es aún difícil de definir científicamente. En lo cotidiano, se refiere al individuo que carece de fuerza o que es de constitución delicada o precaria (25).

El término fragilidad se emplea comúnmente para denominar al anciano cuya reducción en la reserva homeostática, se asocia con mayor susceptibilidad al desarrollo de incapacidad. La mayor parte de los ancianos con deterioro funcional encajan en la categoría. Es la definición consistente con la noción de que la fragilidad es un estado de vulnerabilidad o carencia de adaptabilidad.

Verbrugger ha definido la fragilidad como caracterizada por "Una pérdida global de la robustez". Carson usa el término de manera similar y Young habla de que la baja en la reserva fisiológica priva al anciano de un "margen de seguridad".

El término fragilidad describe un estado fisiológico en el cual observamos los efectos combinados del envejecimiento biológico, la enfermedad mental y el desuso como determinante de la incapacidad, misma que puede ser modificada por intervenciones apropiadas conforme conocemos mejor los factores de riesgo en juego y por ende la

preparación del Médico ante dicho problema para mejor prevención a la fragilidad en los ancianos especialmente con enfermedad mental. (25-26-27).

Geriatría comunitaria: Es un hecho probado de esta época que el promedio de vida se ha prolongado; diferentes factores han contribuido a este hecho. Por un lado, el mejoramiento del nivel de vida en general y por otro el avance de la medicina en salud mental. Esto ha permitido que gran cantidad de la población llegue y supere los 65 años de edad; esta situación que primeramente se produjo en los países del Norte de Europa (Gran Bretaña, Holanda, Alemania, Escandinava, etc.) y Estados Unidos, se ha ido extendiendo, y se puede considerar hoy como un fenómeno mundial. Así por ejemplo Gran Bretaña, y otros países Europeos llegan a tener un 15% de su población con más de 65 años de edad.

En Israel, este hecho se ha incrementado en los últimos años. Con la creación del Estado en 1948, sólo un 3.8% pertenecía a este grupo. Hoy el porcentaje de personas de más de 65 años es de 9.2% y de acuerdo a las perspectivas es de suponer que se llegará en corto plazo a un 10% (28-29-30). Este acontecimiento ha creado una nueva

problemática con la consiguiente demanda en la sociedad de solución desde el punto de vista de médico y social.

Es importante determinar que el límite de 65 años; no está dado por un cambio biológico específico que se produce a esta edad; sino que en la mayoría de los países, este hecho cronológico determina por sí la jubilación del individuo. Esta situación considerado por los investigadores como uno de los eventos más negativos del ser humano, vienen a culminar una serie de acontecimientos sociales que son características de la vejez; pérdida afectiva, soledad, disminución del nivel económico, pérdida de salud mental y de independencia funcional (31-32)

A estos factores puramente sociales, se suman elementos de tipo fisiopatológico-mental, se sabe que a esta edad cada individuo hace un promedio de 3 a 6 limitaciones o enfermedades; es decir, limitación funcional como resultado del proceso normal de la vejez, (disminución de la visión, audición, deterioro dental, trastornos en la marcha, alteraciones cognitivas , etc.) o como resultado de enfermedades que se van acumulando

a lo largo de la existencia, complicaciones de arteriosclerosis, hipertensión, diabetes, próstata, osteoporosis, etc. (33).

Es de señalar, que en estos casos, siempre se educa y se concientiza al médico y este a su vez lo hace con la familia en la adopción de la actitud adecuada frente al enfermo paralizado para evitar actitudes opuestas. Es natural que los familiares no interiorizados de la población del paciente necesitando de rehabilitación tratan de evitarle esfuerzo.

Esta actitud, o la correcta forma de realizar los cambios de posición, evitando esfuerzos innecesarios son parte del plan de educación de la familia del paciente, la experiencia nos demuestra que de lo contrario, inclusive los mas entusiastas y devotos en poco tiempo dejan de colaborar; con el consiguiente deterioro del anciano con enfermedad mental y la gran demanda de instituciones, De esta manera con una actitud positiva del médico a parte de asegurar el bienestar del anciano es posible disminuir en forma notable las rehospitalizaciones.

El grupo de los pacientes necesitados básicamente de cuidado médico, es el más problemático dentro de la comunidad, se trata de pacientes con severo daño mental como consecuencia de múltiples agresiones mentales. Estos pacientes ocasionan una tremenda demanda de servicios con muy pocos resultados. Por lo tanto, la función del médico es contar con una buena preparación para el tratamiento de este tipo de pacientes y educar a la familia del anciano con enfermedad mental para evitar la demanda de hospitalización.

Hogar de Ancianos. Instituciones. Dentro de los Servicios comunitarios, El hogar de Ancianos debe ser la alternativa que resta cuando los servicios comunitarios no puedan afrontar un problema médico social determinado. Esta premisa está basada en el hecho de que en tales instituciones, el anciano tiende a deteriorarse, con el consiguiente aumento de mortalidad, sobre todo en los primeros meses de estadía (34). Esta premisa debe ser suficientemente sugestiva como para considerar estos servicios para casos realmente severos y sin posibilidades de ser atendidos en el medico comunitario con todos los servicios ya enunciados.

El hogar de ancianos, el servicio geriátrico del hospital y los servicios médicos y sociales comunitarios deben trabajar en forma coordinada y dirigidos por médicos de las diferentes especialidades, los cuales en este estudio se trata de que se realice una adecuada evaluación mental; estado de animo, capacidad de juicio y una exhaustiva evaluación física (35-36)

El ejemplo clásico es el anciano solitario, sin familia y amigos que lo visiten; su soledad le produce depresión (de un hecho social hay una inmediata consecuencia medica) y de aquí mal nutrición; astenia, parálisis en cama; incontinencia de esfinteres y escaras de decúbito. Este proceso, conocido por todo médico debe ser interrumpido en su primer estudio, de lo contrario se produce la enunciada deteriorización. Para tal objetivo, toda comunidad debe crear servicios comunitarios que permita hacer grande a los distintos problemas a nivel domiciliario. El funcionamiento básico debe ser el equipo médico y

multidisciplinario con preparación adecuada (Médico, Enfermera, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Trabajadora Social).

De esta forma interdisciplinaria se puede llevar a cabo un trabajo donde cada uno de los servicios actúan en cadena, cada uno en su momento adecuado demostrando de esta forma que para el médico el tratamiento no finaliza cuando el paciente abandona el hospital sino cuando está acomodado en la comunidad o en una institución. Por la misma razón, tal como lo es el laboratorio para el bacteriólogo o el quirófano para el cirujano. (37).

Malos tratos. Según un estudio realizado en 1986 por el Laboratorio de Investigación Familiar de la Universidad de New Hampshire, cada año alrededor de un millón de americanos de edad avanzada son lesionados físicamente o sufren agresión psicológica o abandono por algún miembro de la familia. Los varones y mujeres ancianos, con o sin enfermedad mental o dependencia del cuidado familiar, son vulnerables a los malos tratos. Además de sufrir lesiones físicas, estas víctimas desarrollan con frecuencia sentimientos insuperables de miedo, aislamiento e ira, y necesitan consejo extenso para recuperar la independencia. Dado la incidencia actual de malos tratos y el crecimiento previsible de este segmento de la población, es imperativo que los cuidadores sanitarios que trabajan con ancianos aprendan a ser benevolentes e intervengan en favor de su

paciente geriátrico. Sin embargo se debe reconocer que la base de información sobre abuso y descuido de los ancianos es limitada, y se necesitan más investigaciones para comprender mejor las causas del problema, la forma de prevenirlos y los modos de intervención (38). El abuso o descuido puede proceder de un familiar (cónyuge, hijo, nieto). Un cuidador remunerado o personas no relacionadas. El abuso puede ocurrir en el hogar del anciano, en el del causante, en un contexto de vivienda compartida o en una institución médica.

Aunque un solo acto o violencia puede causar daño, el abuso o descuido del anciano se caracteriza a menudo por un patrón de violencia continuada, en el que la severidad y la incidencia aumenta a lo largo del tiempo. El abuso o descuido puede incluir maltrato físico, psicológico ó económico. En algunos casos el maltrato se produce

deliberadamente para causar daño, en otros, el daño resultante no es intencionado. Las intervenciones deben variar de acuerdo con la intención de causar un daño, por ejemplo, la administración errónea de medicación a un familiar, por comprender mal las instrucciones del médico, puede conducir a toxicidad farmacológica. Unas instrucciones más claras posiblemente sean suficientes para remediar este maltrato no intencionado.

Sin embargo, la administración deliberadamente errónea de la medicación de un familiar anciano, para controlar su capacidad de funcionar independientemente, requiere intervenciones más activas.

El conocimiento sobre posible abuso de los ancianos aumentó gracias al interés previo y a la apreciación de esta forma de violencia dentro del ámbito familiar.

A finales de los años 70, un seminario titulado Behind Closed Doors (Detrás de las Puertas Cerradas), dirigido por Straus y Steinmetz, exploró la violencia doméstica en E.U.A. No se mencionó el abuso del anciano, lo que indica que era un fenómeno relativamente nuevo todavía apenas conocido. Desde entonces, sin embargo, el problema ha despertado la atención del público y ha hecho que se prolongue una legislación apropiada.

La comunicación de los casos es obligatoria cuando el abuso ocurre dentro del hogar, y en todos los estados cuando tiene lugar dentro de instituciones, así pues, los médicos deben conocer las leyes del estado donde ejercen. No se han hecho estudios para comprobar si la legislación vigente ha resultado efectiva.

La falta de conocimientos sobre el proceso del envejecimiento y las actividades negativas hacia el anciano especialmente con enfermedad mental puede contribuir al abuso y el descuido de las personas mayores. Una sociedad en la que son comunes las actitudes negativas hacia la vejez y los ancianos, favorece el desarrollo de un medio ambiente en el que puede producirse con facilidad el maltrato de las personas mayores.

El aislamiento constituye una barrera contra la detección de estos comportamientos. Tal aislamiento se intensifica a través de la jubilación obligatoria y la subutilización de los ancianos, en una sociedad que valora la juventud, así como el poder y el nivel social, muchas veces definidos por el puesto de trabajo.

Las cinco teorías principales, propuestas con frecuencia para explicar el abuso y el descuido de los ancianos, tiene como bases las psicopatología del causante de abuso, el estrés, la violencia entre generaciones, la dependencia y el aislamiento.

Las tres categorías generales de abuso y descuido son psicológicas, físicas y económicas. Las tres pueden ser intencionadas o no intencionadas (38).

El Abuso psicológico abarca una gama de comportamientos que causan sufrimiento emocional a una persona mayor. Dentro de la gama se incluyen, el abuso verbal, amenazas, insultos, órdenes rudas, así como el silencio o la actitud de ignorar al anciano. Una forma de abuso psicológico es el infantilismo, el individuo mayor es tratado como un niño pequeño, lo que induce a la aceptación pasiva de un papel dependiente.

El abuso físico puede producir una amplia gama de lesiones corporales. Los ejemplos incluyen golpes, empujones, ataduras o alimentación inapropiada, incluida también en esta categoría la agresión sexual.

El Abuso económico consistente en el mal uso, explotación o falta de atención a las posesiones o al dinero de una persona mayor. Esta forma de maltrato incluye la apropiación y el manejo irresponsable de estas posesiones y la presión sobre la víctima para que los distribuya.

A continuación se describen algunos de los síntomas y signos que, cuando se presentan agrupados, sugieren la posibilidad de abuso o descuido subyacente.

Los malos tratos psicológicos pueden conducir a insomnio, privación de sueños, necesidad excesiva de dormir, aumento o pérdida inusual de peso, cambio de apetito,

crisis de llanto, paranoia inexplicada, baja autoestima, temores excesivos, ambivalencia, confusión, resignación o agitación. El maltrato físico puede sospecharse en presencia de hematomas, quemaduras, verdugones, laceraciones, punciones, fracturas y luxaciones, evidencias de mal uso de medicamentos, desnutrición, deshidratación o arrancamiento de pelo, enfermedad venérea inexplicada o infecciones, genitales inusuales, signos de sujeción física contra la voluntad del paciente (p. ej. rozaduras causadas por cuerdas), falta de gafas, audífonos, prótesis dentarias u otros dispositivos similares, y deterioro inesperado e inexplicable de la salud de la víctima. Los indicadores de abuso económico incluyen la detección súbita e inexplicada de: a) imposibilidad de pagar las facturas, b) retirada de dinero de las cuentas o c) disparidad entre los recursos disponibles y las condiciones de vida reales. (38)

Diagnóstico. La dificultad para detectar el abuso o el descuido es variable, dependiendo de que las manifestaciones de maltrato subyacente resulten evidentes o sutiles.

Existen muchos impedimentos para identificar el abuso la negligencia. Los conceptos erróneos sobre la vejez (p. ej., la creencia de que todos los ancianos desarrollan déficit cognitivos) pueden conducir a interpretaciones falsas de las anomalías observadas, pasando por alto la posibilidad de que una persona mayor esté siendo objeto de maltrato. Las actitudes protectoras hacia los ancianos son ampliamente proclamadas, pero en realidad no todos los individuos se comportan de acuerdo con ellas, así pues, el médico debe mantener un alto índice de sospecha frente a la posibilidad de abuso y descuido que no siempre es fácil apreciar sus síntomas y signos (38).

El concepto de - "Actitud" - según Thurstone (1937) serán usados para denotar la suma total de las inclinaciones y sentimientos del hombre, prejuicios o desviaciones, nociones preconcebidas del hombre, ideas, temores, amenazas y convicciones sobre cualquier tópico específico.

Con respecto a la definición de enfermedad mental existen controversias que representen a distintas posiciones que varían desde el enfoque puramente organicista expresado por Sheneider (1963) hasta el netamente sociológico sostenido por Scheff (1977) pasando por la posición psicológica sustentado por Freud (1948). Sin embargo,

retomaremos la definición que nos da Merton en 1975 basado en un enfoque sociológico - psicológico.

La enfermedad mental es una desviación de la conducta respecto de las normas y expectativas que rigen la interacción de un grupo social. Las conductas desviadas son respuestas a situaciones culturales que generan altas tensiones, sin promover socialmente legítimas que permitan la reducción de dichas tensiones.

Dicho lo anterior, aceptamos la definición de actitud hacia la enfermedad mental que formula Stefani en 1977 como una definición tentativa.

“ La actitud hacia la enfermedad mental sería aquella que sostiene que dicha actitud es una predisposición del individuo adquirida, directa o indirectamente, que lo conduce a evaluar positiva o negativamente, la enfermedad mental en éste caso del anciano en particular. Esta predisposición en interacción con características disposicionales y situaciones, que lleva al médico a actuar frente al anciano con enfermedad mental dentro de un continuo que varía desde una respuesta favorable a una netamente desfavorable (Stefani 1977).”

ACTIVIDADES FAVORABLES Y DESFAVORABLES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL ANCIANO.

Una actitud favorable va a estar conformada por opiniones positivas hacia el anciano con enfermedad mental, tales como que el anciano no es causa de desprestigio para el médico y su familia, sentir deseos de ayudarlo dentro y fuera de los hospitales

psiquiátricos, permitir su reintegración pensando que son capaces de desempeñarse en cualquier empleo, además de considerar posible su funcionalidad, etc.

Mientras que una actitud desfavorable del médico considera opiniones negativas hacia el anciano con enfermedad mental, esto es, que el anciano es egoísta, violento y agresivo, considerándolo como motivo de vergüenza para la familia y la sociedad además de

negarle la atención médica y la oportunidad de reintegrarse a la sociedad por pensar que sus capacidades están limitadas, etc.

JUSTIFICACION

La enfermedad mental en el anciano representa en sí, una importante causa de difícil control y tratamiento; así mismo una deficiente atención hospitalaria.

Por ende la investigación está orientada a estudiar la actitud del médico y su conocimiento ante la aceptación del paciente senil con compromiso mental contribuirá al mejoramiento en su calidad de vida minimizando su deterioro funcional , cognitivo ante la sociedad.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la actitud del médico y su conocimiento en pacientes ancianos con enfermedad mental y realizar la validez y confiabilidad del cuestionario "Actitud del médico hacia el anciano con enfermedad mental".

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Evaluar la actitud del médico ante el paciente geriátrico con enfermedad mental, para proporcionar al anciano una aceptación social y mejorar su calidad de vida.
- 2.- Evaluar el conocimiento de los médicos en la atención del paciente senil con enfermedad mental.

HIPOTESIS

Existe un rechazo en atención del paciente senil con enfermedad mental por parte del médico.

Los médicos no están lo suficientemente preparados para tratar pacientes geriátricos con enfermedad mental.

Si hay más conocimiento de los médicos habrá una mejor actitud en la atención del paciente geriátrico con enfermedad mental.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿El rechazo del Médico hacia el anciano con enfermedad mental tendrá que ver con la actitud a éste tipo de pacientes. Y sus deficientes conocimientos del médico contribuirán para la poca atención del paciente geriátrico con compromiso mental ?

MATERIAL Y METODOS

a) DISEÑO

Es una investigación de proceso transversal y descriptivo

b) UNIVERSO Y MUESTRA

Se consideró como universo de estudio a la población constituida por los médicos del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), Hospital Psiquiátrico San Fernando del Instituto Mexicano del Seguro Social, Clínica del Instituto Mexicano Seguro Social No. 10, Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán. (INNSZ), Hospital General GEA González, CMN 20 Noviembre de ISSSTE del Servicio de consulta externa, urgencia y hospitalización.

De este universo se determinó una muestra al azar de 106 médicos de diferentes especialidades médicas, 15 de cada institución medica entre los que tenemos 58 Psiquiatras, 30 Medicina Externa, 7 Medicina Familiar, 5 Ginecólogos, 3 Neurólogos 1

Reumatólogo, 1 Endocrinólogo, 1 Cirujano general. Dividiéndose en dos grupos: Psiquiatras 58 y no psiquiatras 48, Hombres 66, mujeres 40, adscritos 59 y residentes 47.

Todos fueron entrevistados por el investigador responsable, previo entrenamiento en el uso del cuestionario y consentimiento informado para la participación en el estudio.

c) CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION

1.- Ambos sexos

2.- Edad comprendida en 25 y 60

3.- Disponibilidad del médico para contestar el cuestionario

4.- Médicos que laboran en diferentes instituciones médicas que brindan atención a los ancianos con algún compromiso mental.

5.- Consentimiento para participar en el estudio.

d) CRITERIOS DE EXCLUSION

I.- Negativa a Participar en el estudio

d) INSTRUMENTO

Anexo (1).- Formato del cuestionario Actitud del médico hacia el anciano con enfermedad mental

Anexo 2).- Escala análoga visual que evalúa el conocimiento en el anciano con enfermedad mental .

Anexo (3).- Hoja de Respuestas

Anexo (4).- Carta de consentimiento informativo de la investigación

El instrumento de medición que se aplicará en esta investigación será el cuestionario de Actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (AMI), reunido por Michael Der y S. Martín Taylor (1987) el cual consta de 40 reactivos no ambiguos estructurados según la técnica de intervalos sucesivos de Thurstone, el cual permite ubicar la actitud en un continuo favorable - desfavorable con respecto a la enfermedad mental.

El Instrumento fue formado a partir de dos escalas:

- 1.- Escala sobre opiniones sobre la Enfermedad Mental (OIM) creada por Cohen y Strening creada en el año 1962.
- 2.- Escala de Ideología Subyacente a la custodia Autoritaria del Enfermo mental (CHHI) creada por Gilbert y Levinson en el año de 1956.

Dichas escalas fueron la base para medir las actitudes hacia la enfermedad mental en algunas investigaciones cuyos objetivos eran: reducir el número total de elementos y expresar las declaraciones de opinión de manera fácil y entendibles por el público en general.

Del OMI el cual está compuesto por 5 escalas de Lickert (autoritarismo, benevolencia, ideología e higiene mental, restrictividad social y etiología personal) de las cuales se seleccionaron tres, autoritarismo, benevolencia y restrictividad social.

A éstas tres escalas se le integró la escala CMHI; es así como reunidas estas cuatro escalas que se constituye el cuestionario de actividades del médico hacia el anciano con enfermedad mental.

A éste cuestionario se le anexa una escala análoga visual en donde se evalúa el conocimiento del médico, calificándose del 0 al 100. (Anexo 2).

e) PROCEDIMIENTO

Entre el mes de mayo 1997 a Agosto de 1997 el investigador principal se presentó a los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización de las sedes de la Investigación explicando el investigador el motivo de la investigación y solicitaba su participación a los médicos que laboraban en ese momento. En caso de aceptación procedía a la aplicación del cuestionario de Actitud del médico hacia el anciano con enfermedad mental, con el objetivo de resolver el planteamiento del problema de investigación.

Los sujetos que participaron fueron médicos y residentes que en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), Hospital Psiquiátrico San Fernando del IMSS, Clínica del IMSS No. 10, Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán. (INNSZ), Hospital General GEA González, y Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE (CMN).

En éste caso, el investigador solicitaba su participación al médico, especialista; en caso de no existir inconveniente, se procedía a la aplicación del cuestionario actitud del médico hacia el anciano con enfermedad mental.

Toda la información recabada fue llevada a la división de investigación clínica del Instituto Mexicano de Psiquiatría, donde se procedió a su captura y análisis.

f) ANALISIS ESTADISTICO Y RESULTADOS

Los datos fueron capturados en una base de datos, empleando el programa Excel de Microsoft y analizando con el paquete SPSS (5.5)

Los ítems son Lickert (LA-CD)

ANALISIS CLINIMETRICO

En este análisis, se utilizó análisis factorial por el método de componentes principales con rotación Varimax y determinación alfa de Cronbach. Para la comparación entre grupos se utilizó un análisis de varianza (ANOVA) factorial 2x2x2.

Dos especialidades (Psiquiatras y No psiquiatras), dos sexos (hombres y mujeres), dos plazas (adscritos y residentes).

La escala diseñada por Michael Der y S. Martin Taylor (1987) estructurada según la técnica de intervalos sucesivos de Thurstone, la cual permite ubicar la actitud en un continuo favorable, desfavorable con la enfermedad mental.

Al revisar el contenido del cuestionario se encontró apropiado para la investigación, sin embargo al examinar este contenido de los ítems para cada una de las escalas; éstas no presentaban pertinencia conceptual, por lo que se decidió hacer el análisis factorial. A partir de éste análisis se eliminaron 5 ítems (1,5,9,10,26) Anexo 1; los cuales no discriminaban adecuadamente una actitud favorable ni desfavorable.

Por lo que únicamente se integraron 3 factores que explican el 73.1% de varianza total.

El primer factor se identificó con la actitud hacia el apoyo social del anciano con enfermedad mental y explico el 35.4%.

El segundo factor se identificó como actitud hacia la aceptación social del anciano con enfermedad mental, las personas que puntuaban es ésta actitud explico 20.2%.

El tercer factor se asocio a la actitud hacia la capacidad del anciano con enfermedad mental, explico el 17.5%.

Obteniendo por los 35 ítems una alfa de Cronbach global $\alpha = 0.87$ (cuadro 1).

f) ANALISIS ESTADISTICO Y RESULTADOS

Los datos fueron capturados en una base de datos, empleando el programa Excel de Microsoft y analizando con el paquete SPSS (5.5)

Los ítems son Lickert (LA-CD)

ANALISIS CLINIMETRICO

En este análisis, se utilizó análisis factorial por el método de componentes principales con rotación Varimax y determinación alfa de Cronbach. Para la comparación entre grupos se utilizó un análisis de varianza (ANOVA) factorial 2x2x2.

Dos especialidades (Psiquiatras y No psiquiatras), dos sexos (hombres y mujeres), dos plazas (adscritos y residentes).

La escala diseñada por Michael Der y S. Martin Taylor (1987) estructurada según la técnica de intervalos sucesivos de Thurstone, la cual permite ubicar la actitud en un continuo favorable, desfavorable con la enfermedad mental.

Al revisar el contenido del cuestionario se encontró apropiado para la investigación, sin embargo al examinar este contenido de los ítems para cada una de las escalas; éstas no presentaban pertinencia conceptual, por lo que se decidió hacer el análisis factorial. A partir de éste análisis se eliminaron 5 ítems (1,5,9,10,26) Anexo 1; los cuales no discriminaban adecuadamente una actitud favorable ni desfavorable.

Por lo que únicamente se integraron 3 factores que explican el 73.1% de varianza total.

El primer factor se identificó con la actitud hacia el apoyo social del anciano con enfermedad mental y explicó el 35.4%.

El segundo factor se identificó como actitud hacia la aceptación social del anciano con enfermedad mental, las personas que puntuaban en esta actitud explicó 20.2%.

El tercer factor se asoció a la actitud hacia la capacidad del anciano con enfermedad mental, explicó el 17.5%.

Obteniendo por los 35 ítems una alfa de Cronbach global $\alpha = 0.87$ (cuadro 1).

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 106 sujetos siendo la media global de edad (35.27). El resultado obtenido encontró a la escala de "Actitud del médico hacia el anciano con enfermedad mental". Los tres factores nos indican que el total de la población estudiada esta consciente que el paciente geriátrico con enfermedad mental se les debe brindar el apoyo necesario para integrarlos a la comunidad y proporcionarles una mejor calidad de vida.

DISCUSION Y CONCLUSION

Para evaluar la actitud que tienen los médicos hacia el enfermo mental en la población geriátrica, se reagruparon el contenido original de la escala en tres subescalas diferentes a las originales, pero con una alta coherencia entro los diferentes ítems que la forman.

En los nuevos factores fueron la actitud hacia el proporcionar apoyo social a los ancianos con enfermedad psiquiátrica, la actitud hacia el aceptar al anciano dentro de la comunidad y la actitud hacia las capacidades que tiene el anciano con enfermedad mental para integrarlo a la sociedad (cuadro 1).

Al comparar los puntos obtenidos en cada uno de éstas tres escalas por género, plaza y especialidad; en correlación con la escala análoga visual de conocimientos (anexo II).

Se encontró que en éste estudio realizado, existe un mayor conocimiento en los psiquiatras para atender a los ancianos con enfermedad mental, seguidos de los médicos residentes en formación en psiquiatría general. Cumpliendo con esto los objetivos generales planteados en el estudio, en cuanto a actitud, la aceptación ante los ancianos en todos los médicos fue positiva. Considerándose el instrumento significativamente útil para medir la actitud y conocimiento de los individuos investigados.

Stefani ha propuesto que la actitud hacia la enfermedad mental sería aquella que sostiene que dicha actitud en predisposición del individuo, adquirida directa o indirectamente, que

lo conduce a evaluar positiva o negativamente la enfermedad mental, en este caso del anciano en particular.

Esta predisposición en interacción con características disposicionales y situacionales que lleva al médico a actuar frente al anciano dentro de un continuo, que varía desde una respuesta favorable a una netamente desfavorable.

M. Krassoievitch propone que la vejez misma, la proximidad de la muerte, son irreversibles y los que atienden al paciente senil, viven en ocasiones ésta irreversibilidad con mucha ansiedad, por ende la actitud favorable y desfavorable ante la población geriátrica.

CONCLUSION

Lo anterior expuesto lleva a concluir que la revisión de la escala "Actitud del médico hacia el anciano con enfermedad mental" es confiable y válida en la población mexicana, y podrá ser empleada para investigaciones posteriores, lo que será motivo de una próxima investigación.

CUADROS Y FIGURAS

Cuadro 1. Descripción del análisis factorial.

TABLA DE ANALISIS FACTORIAL

ÍTEM	F1	F2	F3
2	0.37	0.59	-0.05
3	0.40	0.54	-0.11
4	0.43	0.34	-0.13
6	0.05	0.45	0.00
7	0.29	0.03	0.14
8	0.49	0.15	0.17
11	0.59	0.00	-0.04
12	0.48	0.35	0.24
13	0.17	0.56	0.06
14	0.73	0.30	0.11
15	0.47	0.31	-0.03
16	0.05	0.47	0.36
17	-0.02	-0.01	0.61
18	0.62	-0.08	0.15
19	0.48	0.18	0.33
20	0.50	0.37	-0.17
21	0.64	0.09	0.02
22	0.65	0.13	-0.12
23	0.24	-0.09	0.34
24	0.22	0.63	-0.01
25	0.64	0.03	0.17
27	0.26	0.18	0.60
28	0.36	0.13	0.31
29	-0.07	0.36	0.09
30	0.71	0.19	0.20
31	0.48	0.10	0.06
32	0.07	0.66	0.24
33	0.09	-0.07	0.46
34	0.61	-0.20	0.35
35	0.09	0.27	0.36
36	0.46	0.26	-0.08
37	0.39	-0.37	0.21
38	0.56	0.06	0.08
39	-0.02	0.02	0.64
40	-0.08	0.18	0.57
Eigenvalor	12.39	7.07	6.11
Varianza Explicada	35.4%	20.2%	17.5%
Varianza Acumulada	34.4%	55.6%	73.1%

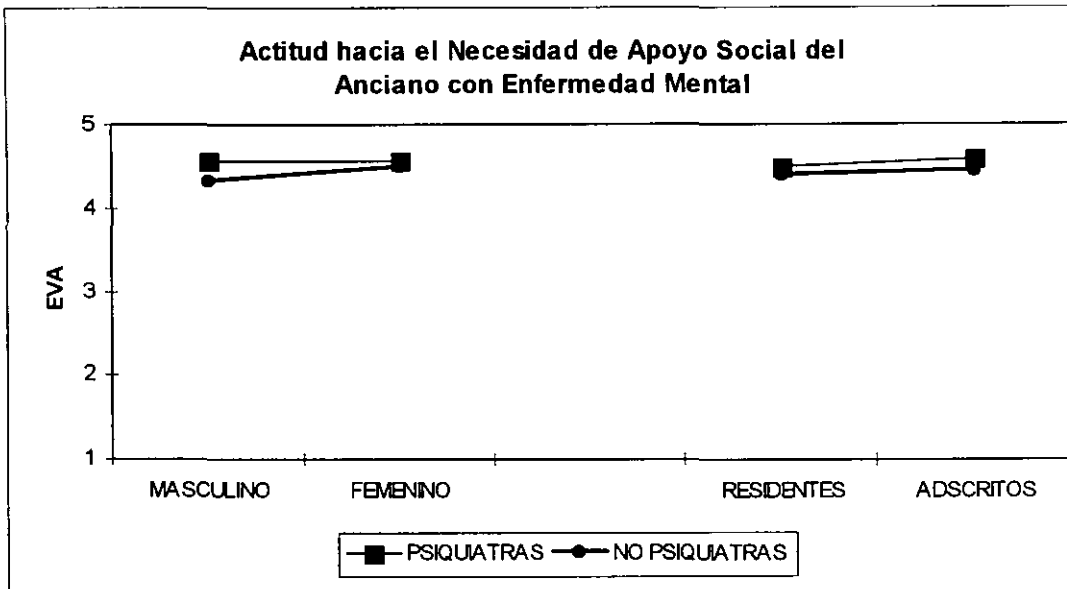
Cuadro 2.- Descripción de las características por género de los sujetos estudiados.

	No Psiquiatra				Psiquiatra			
	Masculino (n=21)		Femenino (n=27)		Masculino (n=45)		Femenino (n=13)	
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.
Manejo Psicofármacos	56.2	24.0	36.1	23.0	66.5	28.6	66.9	22.6
Técnicas de Estimulación	44.0	25.4	27.8	22.2	50.4	26.1	60.0	28.1
cuidado Asistencial	50.7	27.0	34.3	23.8	60.9	28.0	65.4	28.2
conocimiento	50.3	21.8	32.7	20.9	59.3	23.8	64.1	25.8
Necesidad de Apoyo	4.3	0.7	4.5	0.6	4.6	0.6	4.6	0.2
Aceptación Social	3.9	0.9	4.3	0.6	4.6	0.4	4.7	0.2
Capacidad	3.3	0.9	3.3	0.6	3.9	0.7	3.8	0.7

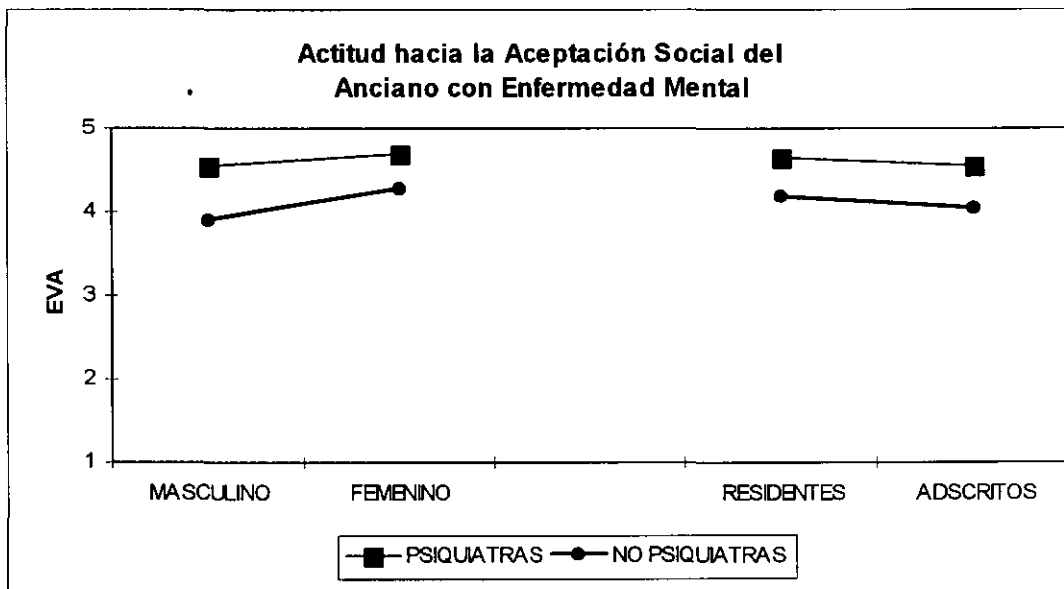
Cuadro 3.- Descripción de los sujetos en estudio por plaza.

	No Psiquiatra				Psiquiatra			
	Adscrito (n=26)		Residente (n=22)		Adscrito (n=33)		Residente (n=25)	
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.
Manejo Psicofármacos	52.9	26.6	35.5	20.4	69.5	28.8	62.8	24.9
Técnicas de Estimulación	45.8	25.0	22.0	17.8	57.9	27.6	45.6	24.2
cuidado Asistencial	49.8	26.3	31.6	23.2	69.4	25.2	52.0	28.6
conocimiento	49.5	22.9	29.7	17.9	65.6	23.4	53.5	23.7
Necesidad de Apoyo	4.5	0.6	4.4	0.7	4.6	0.3	4.5	0.7
Aceptación Social	4.1	0.8	4.2	0.8	4.5	0.4	4.6	0.3
Capacidad	3.2	0.7	3.3	0.8	4.1	0.6	3.5	0.7

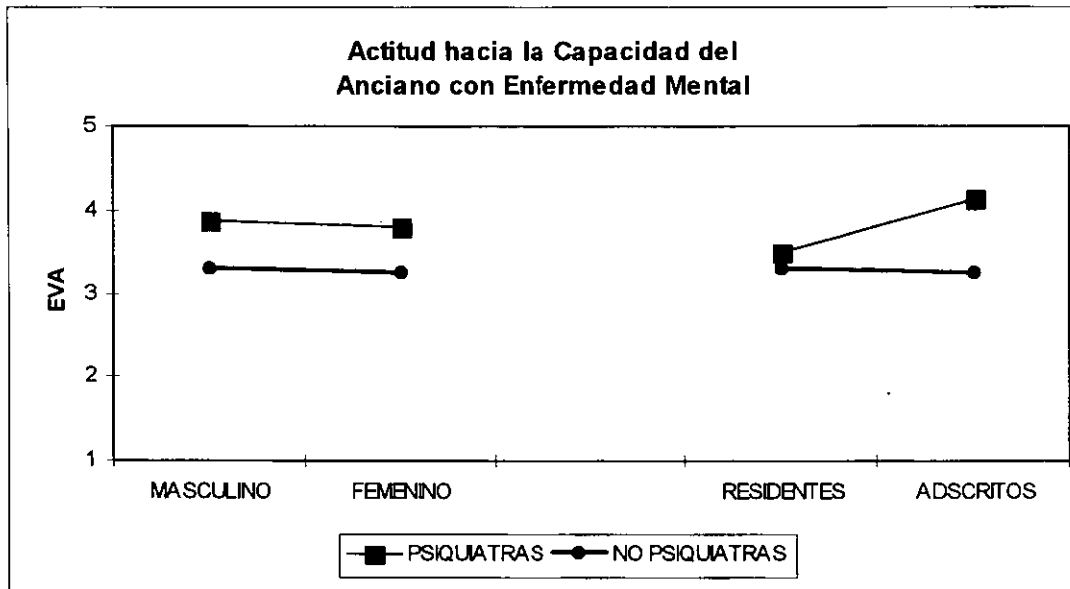
Gráfica 1. Actitud hacia la necesidad de apoyo social del anciano con enfermedad mental.



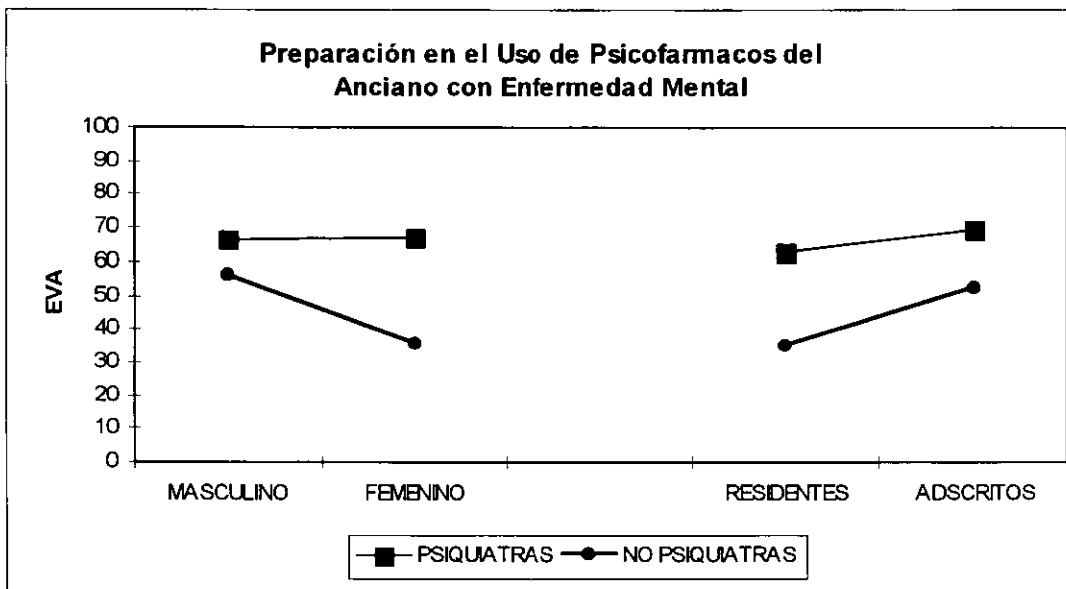
Gráfica 2. Actitud hacia la aceptación social del anciano con enfermedad mental.



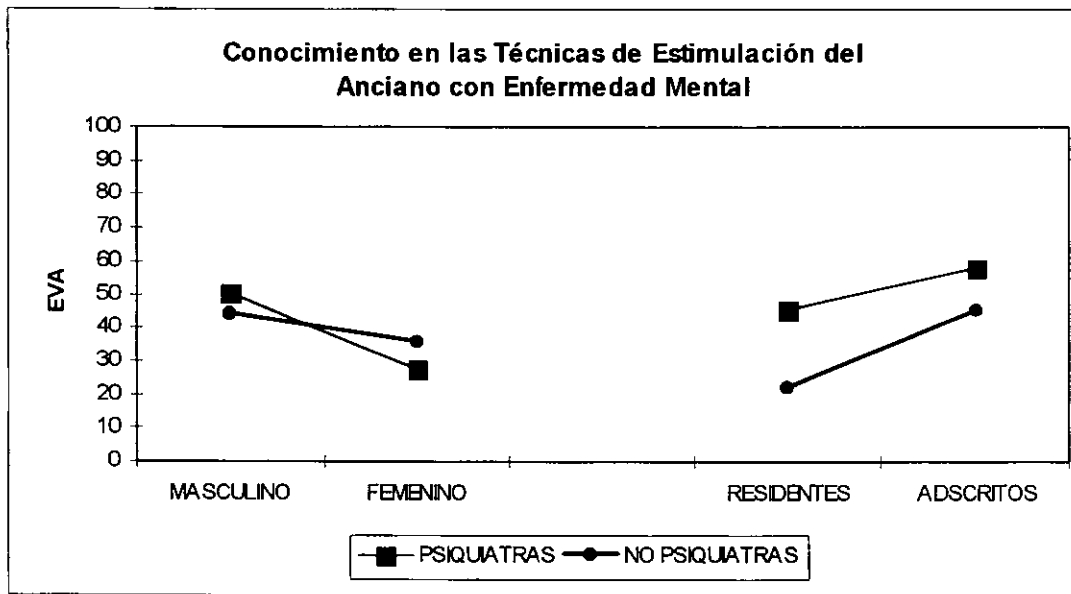
Gráfica 3. Actitud hacia la capacidad del anciano con enfermedad mental.



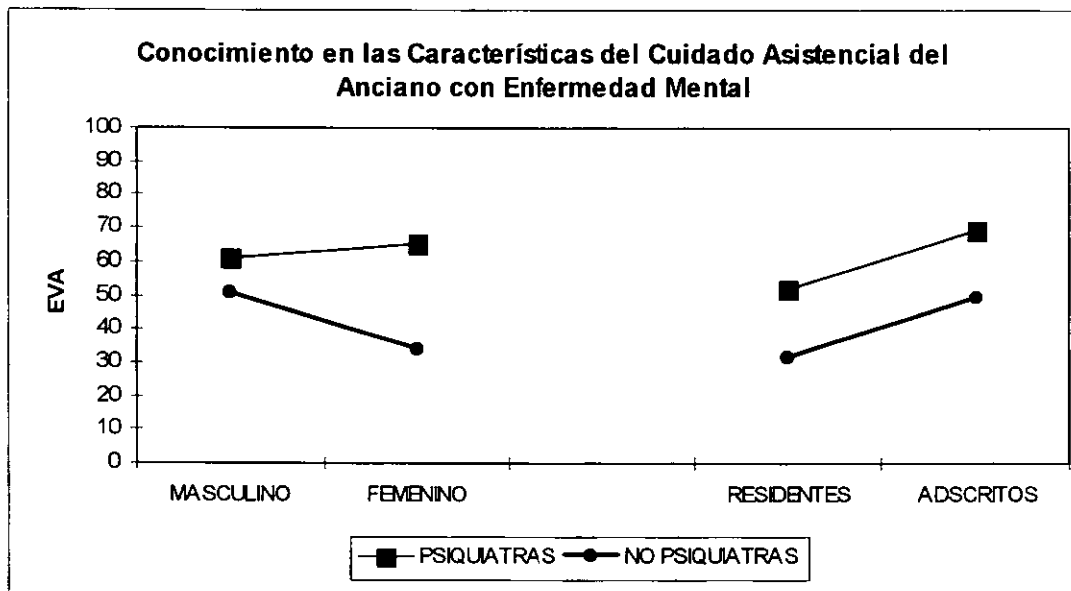
Gráfica 4. Preparación en el uso de psicofármacos en el anciano con enfermedad mental.



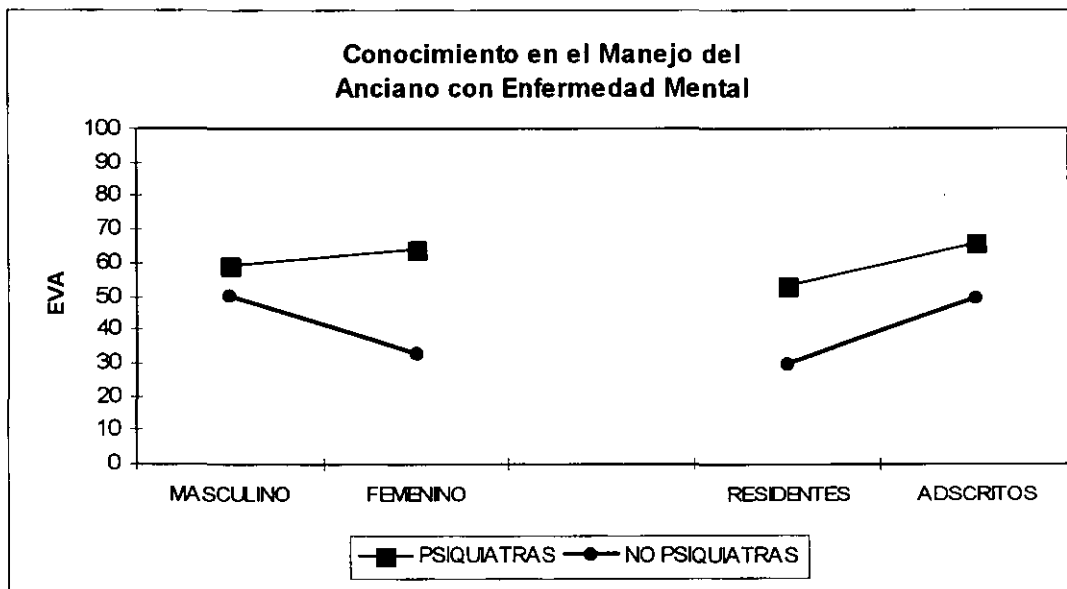
Gráfica 5. Conocimiento de las técnicas de estimulación del anciano con enfermedad mental.



Gráfica 6. Conocimiento en el manejo del anciano con enfermedad mental.



Gráfica 7. Conocimiento en las características del cuidado asistencial del anciano con enfermedad mental.



BIBLIOGRAFIA

1. Krassoievitch. Z.M., y Cols. A.J. Demencia presenil y senil. Edit. Bruguera. Psiquiatría (Méx) 1988 203 p.
2. Greens AS: Principales of medical Psychotherapy. Psychiatric care of the medical Patient. Eds Stoudemire A and Fogel S B Edit Oxford University Press NV (1993): 3 - 16
3. Seguin N y Cols (1992) Jubilación: ¿Una decisión acertada? En: Memorias del congreso Centroamericano y del Caribe de Geometría y Gerontología? La Habana Cuba, p. 172
4. Patiño J.L: El campo de la subjetividad.- Psiquiatría Clínica Ed Patiño J.L. Edit Salvat Mexicana de Editores, S.A. de C.V. México, D.F. (1990): 48-50
5. Althuler ZK: Other methods of Psicotherapy Comprehensive text book of Psychiatry/VI Eds.Kaplan I H and Sadock J.B. Edit Williams and Wilkins NY (1995): 1463-1471
6. Manjarrez D. G: Influencia de la personalidad y psicopatología. del paciente. En su satisfacción con la relación médico – paciente. Tesis para obtener el grado de Especialista en Psiquiatría Facultad de Medicina UNAM (1996)
7. James TC: Commentary; The patient. physician relationship; covenant or contract 2, Mayo Clin proc. 71: 917 - 918 (1996)
8. Busse E W, Pferffer E, editors: Behavior and Adaptation in Late life. Little, Brown, Boston, 1969.
9. Eisdofer C. Lawbon MP: The Psychology of Adult Development and Ag ing. American Psychological Association Washington, 1973.
10. Stoller EP, Forster E, Portugal S. Self-care responses to symptoms by old people: A health diary study of illness behavior Med. Care 31:24, 1993.
11. Harol I.K. Sinopsis de Psiquiatría, Ciencia de la Conducta Psiquiátrica Clínica, séptima edición Ed. Panamericana Jun. 96 73-77.
12. Rocabruno, M.J.C., R. O. Prieto, Gerontología y Geriátrica Clínica Editorial Ciencia Médica, 2a., La Habana 1992. p. 99
13. SSA. Sistema Nacional de Salud. Recursos y Servicios. Boletín de Información Estadística, 12, Secretaría de Salud. México 1992 p.333
14. American Psychiatric Association - DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. Barcelona: Masson. 1988
15. Brocklehurst JC: Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 3 ed. Ed. Inburgh: Churchill Livinstone. 1985
16. Organización Panamericana de la Salud. Hacia el bienestar de los ancianos. Publicaciones científicas N. 492 Washington OPS - 1985
17. Simeone I . Abraham G. Introduction a la Psychogeriatría Lyon: Siemep. 1984
18. Carta de Ottawa para la Promoción de la Saud. Una conferencia Internacional sobre la promoción de la Salud. Ottawa, Noviembre de 1985
19. Anzola Pérez E. Salud del Adulto en América Latina Situación actual y perspectivas. Educ. Med. Salud. 1989; 23 (1) : 75-86
20. Coppard L. La autoatención de la Salud y los ancianos. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud:1989 (Publicación Científica 492)
21. Orem P. Nursing. Concepts of Practice 4th ed St Louis: Mosby, 1991
22. Maslow A. Motivación and Personality. New York Harper & Row, 1970
23. Falvo D. Effective patient Education: A Guidf to Increased Compliance. Maryland Aspen Publication ; 1985
24. Rowe Jw Kahn RL. Human Aging : Ussual and Succesful. Science. 237 : 143, 1987
25. Buchner DM, Wagner E. Preventing frail healt. Clin Ger Med 8 (1); 1992
26. Fries JF. Compression of morbidity 1993: Life span, disability and health costs. In L'année Gerontología 7: 315, 1993.
27. Anderson M. (1971). Sociology of the family Edited by M. Anderson London: Pequin Books
28. Shanias, E., Townsend, P., Weuderburn. D., Friis H., Stehovwer, J., and Milho, P. (1968) old people in three industrial societies - condon: Routted GE and Kegan Paul
29. Margeulec I. (1971). Concepts of old Age Care in a Young State. Wld. Meu J. 3,45.

30. Sheldon, J.H. (1948) *the Social Medicina of old age* London: Oxford University Press.
31. Wedderburn, D. (1973) *the Aged and Society* Chapler in text book of Geriatric Medicine and Gerontology. J.C. Brocklehurst, Churchill Livingstone Edimburgh and london.
32. Williamson J. (1967): *Deteting Disease in Clinical Geriatrics*. Gerontologia Clinica 9:236.
33. Lieberman, MA (1961) *Relationship of mortality rates to en trance to a home for the age a Geriatric* 16:515
34. Birren, JE (1964) *the Psychology of Ageing* -New Jersey: prentíce. Hall.
35. Bromley D.B. (1966) - *The Psychology of Human Ageing* Harmon ds worth, England; Pequín Books LTD.
36. Krensen, F.H., Kottke, F., and P.M. Ellwood (1971) *Han d book of Physical. Medicine and Reabilitación*, Saunders Co.
37. Adelman RD, Breckman R. *Malos Tratos*,En Abrahms WB, Berkow R. (1992)
38. DSMIV (1994) *Diagnostic and sfatistical Manual for Mental Disorders (4th Edition)* Washington DC: American Psychiatric Association
39. Lara Muñoz MC y Ortega Soto, H: *2 la Clinimetría ? medición en la práctica psiquiatrica*. Salud Mental 18. 4: 33-40)1995.
40. Wolff M. *The effects of vitamins and psychological Measurements in the Elderly Popolatió*n December 1996. University of Surrey

ANEXO I

ESPECIALIDAD _____
CENTRO DE TRABAJO _____
EDAD _____
SEXO _____

CUESTIONARIO SOBRE ACTITUD DEL MEDICO HACIA EL ANCIANO CON ENFERMEDAD MENTAL

LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y TACHE LA RESPUESTA MAS ADECUADA A LO QUE PIENSA.

1.- EN CUANTO UNA PERSONA ANCIANA PARECE ESTAR ENFERMA MENTALMENTE PIENSO QUE SE LE DEBE HOSPITALIZAR.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

2.- CREO QUE EL GOBIERNO DEBERIA PROPORCIONAR MAS DINERO PARA EL TRATAMIENTO Y CUIDADO DEL ANCIANO CON ENFERMEDAD MENTAL.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

3.- PIENSO QUE AL ANCIANO CON ENFERMEDAD MENTAL DEBERIA SER AISLADO DEL RESTO DE LA COMUNIDAD.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

4.- LA MEJOR AYUDA PARA MUCHOS ANCIANOS CON ENFERMEDAD MENTAL ES QUE SE QUEDEN DENTRO DE SU PROPIA COMUNIDAD.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

5.- LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL ANCIANO ES UNA ENFERMEDAD COMO CUALQUIER OTRA.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

6.- LOS ANCIANOS CON ENFERMEDAD MENTAL CREO QUE SON UNA CARGA PARA LA COMUNIDAD

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

7.- LOS ANCIANOS CON ENFERMEDAD MENTAL SON MENOS PELIGROSOS QUE LO QUE LA GENTE SUPONE.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

8.- EL QUE EXISTAN CENTROS U HOSPITALES PARA CURAR ANCIANOS CON ENFERMEDAD MENTAL EN MI COLONIA, PIENSO QUE LA DESPRESTIGIA.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

9.- CREO QUE HAY ALGO EN LOS ANCIANOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HACE QUE SE DIFERENCIEN DEL RESTO DE LA GENTE.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

10.- PIENSO QUE SE BURLAN DE LOS ANCIANOS CON ENFERMEDAD MENTAL.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

11.- SERIA TONTO SI VIVO CON UN ANCIANO QUE HUBIERA ESTADO ENFERMO MENTALMENTE AUNQUE YA ESTUVIERA RECUPERADO.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

12.- LOS CENTROS DE LA MISMA COMUNIDAD CREO QUE DEBERIAN DE DAR LOS SERVICIOS NECESARIOS DE SALUD MENTAL A LOS ANCIANOS.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

13.- SE DEBERIA DE CUIDAR A LA GENTE DE LOS ANCIANOS CON ENFERMEDAD MENTAL.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo.

14.- ES UN DESPERDICIO DE NUESTROS IMPUESTOS AUMENTAR EL GASTO EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA ANCIANOS.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

15.- NADIE TIENEN DERECHO DE SEPARAR AL ANCIANO CON ENFERMEDAD MENTAL DE SU COMUNIDAD.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

16.- PIENSO QUE EXISTE UN ALTO RIEGO EN LA COLONIA CUANDO HAY UN ANCIANO CON ENFERMEDAD MENTAL VIVIENDO AQUI, AUN CUANDO ESTO AYUDE A CURARLOS.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

17.- A LOS ANCIANOS CON ENFERMEDAD MENTAL SE LES DEBE TRATAR CON EL MISMO TIPO DE CONTROL QUE LOS NIÑOS PEQUEÑOS.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

18.- CONSIDERO QUE DEBEMOS SER MAS PACIENTES CON LOS ANCIANOS CON ENFERMEDAD MENTAL DE NUESTRA COMUNIDAD.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

19.- VIVIR JUNTO A UN ANCIANO QUE HUBIERA ESTADO ENFERMO MENTALMENTE ME SERIA DESAGRADABLE.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

20.- LOS HABITANTES DE MI COMUNIDAD DEBERIAN ACEPTAR QUE HAYA SERVICIOS DE SALUD MENTAL GERIATRICA EN MI COMUNIDAD PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE ESTA

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

21.- A LOS ANCIANOS CON ENFERMEDAD MENTAL SE LES DEBE DE TRATAR COMO PARTE DE LA COMUNIDAD.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

22.- CONSIDERO QUE HAY SUFICIENTES SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA ANCIANOS CON ENFERMEDAD MENTAL.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

23.- A LOS ANCIANOS CON ENFERMEDAD MENTAL SE LES DEBE AYUDAR A TOMAR RESPONSABILIDADES EN LA VIDA NORMAL.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

24.- LOS MEDICOS TENEMOS RAZONES PARA NO QUERER QUE HAYA UN SERVICIO DE SALUD MENTAL EN NUESTRA COLONIA.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

25.- CONSIDERO QUE LO MEJOR PARA EL ANCIANO CON ENFERMEDAD MENTAL ES ENCERRARLO

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

26.- LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS PARECEN MAS BIEN PRISIONES QUE LUGARES DONDE SE PUEDE CUIDAR A LOS ANCIANOS CON ENFERMEDAD MENTAL.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

27.- CUALQUIERA QUE HAYA TENIDO PROBLEMAS MENTALES EN SU PASADO NO DEBERIA OCUPAR UN CARGO PUBLICO U OFICIAL.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

28.- TENER SERVICIO DE SALUD MENTAL GERIATRICA EN LA COLONIA NO PONE EN PELIGRO A LOS HABITANTES DE MI COMUNIDAD.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

29.- LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS O MENTALES ES UNA FORMA ANTICUADA DE TRATAR AL ANCIANO CON ENFERMEDAD MENTAL.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

30.- LOS ANCIANOS CON ENFERMEDAD MENTAL NO MERECE NUESTRA SIMPATIA.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

31.- ME PARECE QUE LOS ANCIANOS CON ENFERMEDAD MENTAL DEBEN TENER LOS MISMOS DERECHOS QUE OTRAS PERSONAS.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

32.- LOS HOSPITALES O CENTROS DE SALUD MENTAL GERIATRICA DEBERIAN ESTAR LEJOS DEL AREA DONDE TRABAJA.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

33.- UNA DE LAS CAUSAS PRINCIPALES DE ENFERMEDAD MENTAL EN LOS ANCIANOS SON EL POCO ORDEN Y LA FALTA DE VOLUNTAD.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

34.- CONSIDERO QUE TODOS TENEMOS LA RESPONSABILIDAD DE DAR EL MEJOR CUIDADO POSIBLE A LOS ANCIANOS CON ENFERMEDAD MENTAL.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

35.- YO PIENSO QUE LOS ANCIANOS CON ENFERMEDAD MENTAL SE LES DEBE DE QUITAR TODA LA RESPONSABILIDAD.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

36.- CREO QUE NO DEBEMOS DE TEMER A LOS ANCIANOS QUE VENGAN A LOS CENTROS DE SALUD MENTAL QUE ESTEN EN NUESTRO CENTRO DE TRABAJO.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

37.- CUALQUIER PERSONA PUEDE VOLVERSE UN ANCIANO CON ENFERMEDAD MENTAL.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

38.- CREO QUE ES MEJOR EVITAR CUALQUIER ANCIANO QUE TENGA PROBLEMAS MENTALES.

- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

39.- CONSIDERO QUE PODRIAMOS CONFIARLE EL CUIDADO DE NUESTROS HIJOS A LA MAYORIA DE LAS MUJERES ANCIANAS AUNQUE ALGUNA VEZ HAYAN SIDO PACIENTES EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO.

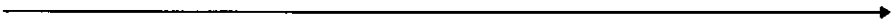
- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

40.- DA MIEDO PENSAR QUE ANCIANOS CON PROBLEMAS MENTALES VIVAN EN NUESTRA CASA.


- a) Estoy de acuerdo
- b) Estoy más o menos de acuerdo.
- c) No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.
- d) Estoy más o menos en desacuerdo.
- e) Estoy en desacuerdo

ANEXO II


1.- EN UNA ESCALA DEL CERO AL CIEN COMO CONSIDERA SU PREPARACION PARA EL USO DE PSICOFARMACOS, ANTIDEPRESIVOS, ANSIOLITICOS PARA EL TRATAMIENTO DEL ANCIANO CON ENFERMEDAD MENTAL.

0  100

2.- ES UNA ESCALA DEL CERO AL CIEN COMO CONSIDERA SU CONOCIMIENTO EN LAS TECNICAS DE ESTIMULACION DE LAS FUNCIONES INSTRUMENTALES Y DE LA VIDA COTIDIANA PARA EL MANEJO DEL ANCIANO CON ENFERMEDAD MENTAL.

0  100

3.- EN LA ESCALA DEL CERO AL CIEN COMO CONSIDERA SU CONOCIMIENTO CON RESPECTO, O CUALES DEBEN SER LAS CARACTERISTICAS DEL CUIDADO O ASISTENCIA DEL ANCIANO CON ENFERMEDAD MENTAL.

0  100

ANEXO III

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

CUESTIONARIO SOBRE ACTITUD DEL MEDIO HACIA EL ANCIANO CON ENFERMEDAD MENTAL

(HOJA DE CALIFICACION).

- | | | | | | | | | | | | |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1.- | a () | b () | c () | d () | e () | 21.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| 2.- | a () | b () | c () | d () | e () | 22.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| 3.- | a () | b () | c () | d () | e () | 23.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| 4.- | a () | b () | c () | d () | e () | 24.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| 5.- | a () | b () | c () | d () | e () | 25.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| | | | | | | | | | | | |
| 6.- | a () | b () | c () | d () | e () | 26.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| 7.- | a () | b () | c () | d () | e () | 27.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| 8.- | a () | b () | c () | d () | e () | 28.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| 9.- | a () | b () | c () | d () | e () | 29.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| 10.- | a () | b () | c () | d () | e () | 30.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| | | | | | | | | | | | |
| 11.- | a () | b () | c () | d () | e () | 31.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| 12.- | a () | b () | c () | d () | e () | 32.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| 13.- | a () | b () | c () | d () | e () | 33.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| 14.- | a () | b () | c () | d () | e () | 34.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| 15.- | a () | b () | c () | d () | e () | 35.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| | | | | | | | | | | | |
| 16.- | a () | b () | c () | d () | e () | 36.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| 17.- | a () | b () | c () | d () | e () | 37.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| 18.- | a () | b () | c () | d () | e () | 38.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| 19.- | a () | b () | c () | d () | e () | 39.- | a () | b () | c () | d () | e () |
| 20.- | a () | b () | c () | d () | e () | 40.- | a () | b () | c () | d () | e () |

ANEXO IV

C. DR. _____

DIRECTOR DEL HOSPITAL _____

PRESENTE.

SALUDANDOLO DE ANTEMANO, ME PERMITO DIRIGIRME A USTED CON EL FIN DE SALUDARLE, DE LA MANERA MAS ATENTA TENGA A BIEN AUTORIZARME PARA APLICAR CUESTIONARIO A LOS MEDICOS DE ESTA INSTITUCION SOBRE: * LA ACTITUD DEL MEDIO HACIA EL ANCIANO CON ENFERMEDAD MENTAL*. CON EL FIN DE INTEGRAR EL MATERIAL NECESARIO PARA LA REALIZACION DE TESIS PROFESIONAL PARA OBTENER EL DIPLOMA DE PSIQUIATRIA GENERAL, CURSO QUE ACTUALMENTE REALIZO EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ DE LA SECRETARIA DE SALUD.

AGRADEZCO DE ANTEMANO LA ATENCION BRINDADA A LA PRESENTE Y QUEDO DE USTED COMO SU SEGURA SERVIDORA.

ATENTAMENTE

INVESTIGADOR

INDICE

Resumen	2
Introducción	3
Metodología y antecedentes	5
Justificación	18
Objetivos Generales	18
Objetivos específicos	18
Hipótesis	19
Planteamiento del problema	19
Material y Métodos	19
Análisis clinimétrico	23
Resultados	24
Discusión y conclusión	24
Cuadros y figuras	26
Bibliografía	32
Anexo I (Instrumento)	34
Anexo II (Instrumento)	41
Anexo III (Instrumento)	42
Anexo IV (Instrumento)	43