



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Intervenciones de Enfermería Aplicadas al  
Adulto Mayor en Situación de Violencia.**

**TESINA**

**Para obtener el título de  
Licenciado en enfermería**

**PRESENTA**

**Rodríguez Rodríguez Eduardo**

**ASESORA**

**Martínez Miranda Alejandra**



**Los Reyes Iztacala, Estado de México 2020**



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.

# Índice

Capítulo 1. ....	4
1.1 Planteamiento del problema .....	4
1.2 Pregunta de investigación .....	5
1.3 Justificación .....	5
1.4 Objetivos .....	7
Objetivos específicos:.....	7
Capítulo 2. ....	7
2.1 Metodología. ....	7
Capítulo 3. ....	8
3.1 Marco Teórico.....	8
3.2 TIPOS DE MALTRATO A PERSONAS MAYORES.....	11
3.2.1 Maltrato físico:.....	12
3.2.2 Abuso psicológico o emocional:.....	12
3.2.3 Maltrato sexual:.....	12
3.2.4 Maltrato financiero.....	13
3.2.5 Abandono. ....	13
3.2.6 Negligencia.....	13
3.2.6.1 Negligencia activa. ....	13
3.2.6.2 Negligencia pasiva.....	14
3.2.6.3 Auto-abandono. ....	14
3.2.7 Maltrato estructural o social.....	14
3.3 TEORIAS SOBRE EL MALTRATO .....	14
3.3.1 Teoría de la violencia tras-generacional.....	14
3.3.2 La sobrecarga del cuidador. ....	15
3.3.3 La psicopatología del maltratador.....	15
3.3.4 Teoría de la dependencia .....	16
3.3.4.1 Tipos de dependencia. ....	16
3.3.4.1.1 La dependencia física .....	16
3.3.4.1.2 La dependencia psíquica.....	17
3.3.4.1.3 La dependencia sensorial .....	17
3.3.4.1.4 La dependencia mixta .....	18
3.3.5 Aislamiento social. ....	18

3.4 FACTORES DE RIESGO PARA MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR.....	18
3.4.1 Factores de riesgo del adulto mayor. ....	19
3.4.2 Factores de riesgo para el cuidador/maltratador .....	20
4.4.3 Factores de riesgo ambientales y factores familiares. ....	21
3.4.4 Factores de riesgo de maltrato institucional. ....	22
3.5 COLAPSO DEL CUIDADOR.....	23
3.5.1 Factores de riesgo para el colapso del cuidador.....	23
3.5.2 Detección de Colapso del Cuidador.....	26
3.5.3 Repercusiones Médicas y Psicosociales en el Cuidador Colapsado .....	26
3.5.4 Repercusiones en el Paciente con un Cuidador Colapsado .....	27
3.6 PRINCIPIOS DE ÉTICA DE LOS CUIDADOS DE LA SALUD DEL PACIENTE DE EDAD AVANZADA .....	28
3.6.1 Autonomía. ....	28
3.6.2 beneficencia.....	28
3.6.3 No maleficencia .....	28
3.6.4 Justicia.....	29
Diagnósticos de enfermería aplicados al Cuidador .....	30
Diagnósticos de enfermería aplicados al Adulto Mayor .....	45
4. Conclusión .....	75
Anexos .....	81

## Capítulo 1.

### 1.1 Planteamiento del problema

La disminución de la capacidad funcional y cognitiva en el adulto mayor puede llevarlo a padecer algún tipo de dependencia por consecuencia a sufrir o no violencia dentro del propio núcleo familiar <sup>1</sup>

Según la ONU en un estudio realizado en 2017 aplicado a 28 países de diversas regiones, incluidos 12 países de ingresos bajos y medianos, se estimó que durante 2016 el 15,7% de las personas de 60 años o más, padecieron algún tipo de abuso. Probablemente esta cifra no sea exacta, puesto que solo se ha notificado 1 de cada 24 casos de maltrato a personas mayores, esto se debe a que los afectados suelen tener miedo de informar a sus familiares, amigos o a las autoridades. Aunque los datos rigurosos son escasos, el estudio ha aportado algunas cifras estimadas de los tipos más frecuentes de abuso: maltrato psicológico 11.6%, abuso económico: 6.8%, desatención: 4.2%, maltrato físico: 2.6%, abuso sexual: 0.9% <sup>2</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los malos tratos a las personas mayores como: La acción única o repetitiva y la falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor que ocurra dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza, igual sentido: toda acción voluntaria, accidental y fortuita que conduzca a una ofensa o descuido físico, psicológico, emocional, social o económico, infringido a una persona mayor de 60 años; por hijos, sobrinos, hermanos, familiares, terceros, la sociedad o por el medio donde se desenvuelven<sup>3</sup>

El Sistema Nacional para el Desarrollo integral de la Familia (SNDIF) dio a conocer que en México hay más de 13 millones de personas adultas mayores y que el 16% sufren rasgos de abandono y maltrato .<sup>4</sup> El INEGI hace referencia que en datos del 2017 el 20% de los adultos mayores en México viven solos y el 16% presentan signos de maltrato<sup>5</sup>

## 1.2 Pregunta de investigación

Al ver la situación que enfrenta el adulto mayor en México surge la pregunta de investigación ¿Cuáles son las intervenciones de Enfermería encaminadas al apoyo del adulto mayor en situación de violencia?

## 1.3 Justificación

En la actualidad como consecuencia del mejoramiento de la calidad de vida en muchos países y los progresos científicos técnicos en la medicina, se ha producido un aumento considerable en la esperanza de vida, lo que lleva a un incremento numérico de la población de adultos mayores causando a la sociedad una serie de dilemas y desafíos médicos, sociales, económicos y éticos<sup>6</sup>.

En México la esperanza de vida ha aumentado considerablemente menciona el INEGI que en el año de 1930 las personas vivían en promedio 34 años; 40 años después, en 1970, este indicador se ubicó en 61 años, en el 2000 fue de 74 años y en 2016 es de 75.2 años.<sup>5</sup> El envejecimiento de la población a consecuencia de la baja natalidad y el aumento de la esperanza de vida, han provocado un aumento en la población vulnerable al maltrato.

La percepción de la sociedad hacia los adultos mayores ha ido cambiando con el paso de los años, en la antigüedad eran considerados fuentes de conocimiento y experiencia gracias a la sabiduría que poseían, en la actualidad se han ido desvalorizando dado a que representan una parte pasiva de la sociedad, el envejecimiento también genera un impacto a nivel económico dado que origina un aumento en los gastos para el sector salud por el incremento del índice de dependencia, del consumo de servicios en salud y de fármacos por la alta incidencia de enfermedades agudas, la elevada prevalencia de enfermedades crónicas y la incapacidad física.

Al hablar del termino maltrato, habitualmente se piensa en la violencia de género o infantil sin pensar en otro grave problema que es la violencia al adulto mayor, en muchas partes del mundo el maltrato hacia los adultos mayores pasa casi

inadvertido, sigue siendo un tema de tabú, por lo común subestimado y desatendido por sociedades de todo el mundo.<sup>2</sup> El maltrato a las personas mayores es un problema mundial que afecta la salud y los derechos humanos de millones de adultos mayores, como tal merece la atención de la comunidad internacional. <sup>3</sup> Al igual que las demás personas ellos tienen todos los derechos que se encuentran recogidos tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los ordenamientos jurídicos que en ella se derivan.

El maltrato al adulto mayor es un problema social que fue reconocido hace pocos años, y no porque no existiera, sino porque siempre ha sido un problema “oculto” o poco reconocido, debido a múltiples causas, entre algunas de ellas encontramos que los adultos mayores no quieren reconocerse como víctimas de malos tratos por temor a represalias o simplemente porque prefieren negar una realidad que les resulta insoportable; por otra parte, los familiares o cuidadores, no van a dar facilidades en la detección ya que en la mayoría de los casos ellos son quienes realizan el maltrato.<sup>10</sup>

Para los adultos mayores las consecuencias del maltrato físico son importantes al tratarse de personas físicamente más vulnerables, los daños psicológicos favorecen a la aparición de síntomas depresivos, aislamiento, sentimientos de impotencia, baja autoestima, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación mayor pérdida de autonomía y estrés lo cual puede aumentar el riesgo de muerte.

Los profesionales de la salud tienen un papel muy importante en el reconocimiento de este problema, sin embargo, están poco capacitados y sensibilizados para identificar a un adulto mayor maltratado, se cree que es inherente a la edad y al contexto cultural, los recursos sociales para darle solución a estos problemas son escasos y no existe una intervención interdisciplinaria en estos casos, motivo por el cual se requiere que los profesionales de la salud puedan disponer de información sintetizada organizada y actualizada para poder detectar, prevenir y actuar ante el maltrato.<sup>8</sup>

## 1.4 Objetivos

Objetivo general: Describir cuales son los factores de riesgo para que una persona mayor sufra maltrato en base a ello se establecerán las acciones de enfermería encaminadas a apoyar al adulto mayor en situación de violencia.

Objetivos específicos:

- ✓ Evaluar el papel de enfermería en el abordaje del maltrato al adulto mayor
- ✓ Conocer cuál es el rol de enfermería en la prevención de la violencia.
- ✓ Determinar las intervenciones de enfermería aplicadas al adulto mayor violentado.

## Capítulo 2.

### 2.1 Metodología.

Se realizó una investigación acerca de la violencia al adulto mayor basada en la obtención de información que permita entender de manera más clara la problemática del maltrato o abuso y los tipos a lo que son sometidos los adultos mayores de 60 años como son: el físico, psicológico, sexual, financiero, negligencia y abandono para ello se seleccionó literatura sobre la violencia al adulto mayor en Mexico y en otras partes del mundo.

## Capítulo 3.

### 3.1 Marco Teórico

En México se considera Adulto Mayor a una persona que tiene más de 60 años y se refiere a la etapa que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales. Pero también marca el inicio de una etapa donde las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica.<sup>14</sup>

En la antigüedad, existieron actitudes de abandono a los ancianos en épocas de sequías o guerras; pero en la mayoría de los casos eran venerados como sujetos mágicos, como personas con gran conocimiento y como guías espirituales de un pueblo. El envejecimiento es el proceso paulatino y gradual de deterioro de la capacidad funcional del organismo, posterior a la madurez y que a la larga conduce a la muerte del mismo individuo. Es generalmente aceptado que al menos parte del proceso de envejecimiento se podría deber a daño a macromoléculas, principalmente mediante radicales libres. Sin embargo, el organismo joven tiene mecanismos de defensa y reparación que lo protegen contra ese daño. El problema ocurre cuando se produce un desequilibrio entre la producción de daño y su reparación, llevando a la persistencia del daño, con la concomitante pérdida de funcionalidad celular. En ese caso el organismo recurre a un “segundo nivel” de protección, mediante la activación de mecanismos de regeneración, incluida la activación de células madre y células troncales. Sin embargo, cuando ese segundo mecanismo se agota, el daño no puede ser reparado, lo que lleva a su persistencia, una mayor pérdida funcional y eventualmente a la muerte del organismo<sup>9</sup> esta pérdida funcional es lo que conlleva a que la sociedad vea a los adulto mayores como una carga.

Para hablar de violencia y/o maltrato al adulto mayor tenemos que tener en cuenta que existen múltiples conceptos propuestos por diversos autores pero siempre encaminados a una misma idea.

Calabrese (1997) indica que “la violencia y la agresión son dos caras de la misma moneda que tradicionalmente ha sido aceptada como mecanismo de control por

los individuos que han ostentado el papel hegemónico dentro del grupo social que de uno u otro modo se han visto justificados y por lo tanto, legitimados en el ejercicio de esa violencia y de ese poder arbitrario”.<sup>11</sup>

En este sentido Gorjón (2010) señala que el propio Consejo General del Poder Judicial indica que “conceptualmente la violencia se presenta como un estadio más avanzado de la agresividad. No hay violencia en sentido técnico, por una agresión aislada, esporádica, sino que esa agresión debe producirse en un contexto de sometimiento de la víctima. El agresor-sujeto dominante-se mueve en un ambiente en el cual la víctima se encuentra subordinada. Ello se produce paulatinamente en un contexto de continua agresión y correlativo deterioro de la personalidad de la víctima. En este sentido puede hablarse de relaciones de dominación”<sup>12</sup>

Vidal (2008) la define como “la violación de la integridad de la persona “, la cual “suele ejercerse cuando interviene la fuerza física o la amenaza de su uso, pero también cuando se actúa en una secuencia que causa indefensión en el otro”, por lo que este autor la considera un proceso en el que participamos todos y no un simple acto cuyo fin es la afirmación del “dominio” a través del cual busca el “control” de la presencia y las condiciones del estar, así como hacer del otro un medio considerándolo como propio y operando siempre sobre el “estar” del sujeto.<sup>13</sup>

La OMS (2002) define la violencia como “el uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.” Incluyendo la intencionalidad de producir daño en la comisión de estos actos.<sup>3</sup>

La Guía de práctica clínica Detección Y Manejo del Maltrato al Adulto Mayor menciona que el maltrato al adulto mayor lo constituye cualquier acto u omisión que tenga como resultado un daño, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía y respeto de sus derechos

fundamentales del individuo de 60 años y más, el cual puede ocurrir en el medio familiar, comunitario o institucional.<sup>8</sup>

Para identificar y detectar el maltrato y/o violencia en las personas mayores, es necesario que se llegue a un consenso en la definición del término, de manera que todos manejen un mismo concepto, común para todos. Sin embargo, el intento por definir el maltrato ha venido cargado de problemas y dificultades tanto en la investigación, como en el desarrollo y la práctica política, especialmente en aquellos casos donde el maltrato y/o la negligencia es sutil, la línea entre la posible víctima y el responsable del maltrato esta borrosa, o cuando ese maltrato y /o negligencia no produce una inmediata disminución de la calidad de vida de la persona mayor (Papadopoulos y la Fontaine; Gordón y Brill, op cit , Pérez, 2004)<sup>15</sup>

Existen varias razones que pueden explicar los problemas que han surgido al intentar alcanzar un consenso en la definición de maltrato a personas mayores, entre ellas cabe destacar (Papadopoulos y la Fontaine, op cit, Pérez, 2004)<sup>15</sup>

- La diferencia de valores, actitudes y creencias individuales o de un grupo de personas, que definen el maltrato.
- El concepto de maltrato ha sido desarrollado desde la perspectiva de los profesionales sin consultar a los adultos mayores sobre que creen ellos que es un comportamiento abusivo.
- La falta de voluntad, por parte de profesionales, la sociedad y las instituciones, para reconocer que el maltrato es una cuestión importante.
- La falta de discusión y cooperación entre los diferentes organismos y profesionales que trabajan con personas mayores.
- Las diferentes perspectivas con que los investigadores se han aproximado a este tema, desde la víctima, la persona cuidadora, el médico, la enfermera, organismos de servicios sociales, etc. (Pérez, 2004).<sup>15</sup>

Por estas razones, diferentes autores han desarrollado, numerosas definiciones, que han sido utilizadas para propósitos diferentes, creando, al mismo tiempo

barreras a la hora de conseguir un entendimiento común del maltrato a personas mayores. (Pérez, 2004).<sup>15</sup>

El Centro Nacional Americano de Maltrato al anciano en 1995, lo define como: “cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 o más años, que ocurre en el medio familiar, comunitario o institucional que vulnere y ponga en peligro la integridad física, psíquica, sexual y económica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente”. (Sánchez, et al, 2004)<sup>15</sup>

Como podemos darnos cuenta en las definiciones observadas, se han incluido los diversos tipos de maltrato que el adulto mayor puede sufrir. Se trata de maltratos físicos, psíquicos, sexual, económicos, abandono y negligencia etc., también se dan a conocer algunas consecuencias que provocan estos actos en las personas mayores. Todas estas definiciones tienen implícito el hecho de hacer daño a un adulto mayor, ya sea en un acto único o reiterado, intencionado o no, el cual ocurre en distintos ámbitos y en donde existe una expectativa o relación de confianza, por lo tanto el agresor no es un individuo ajeno a la víctima, puede ser incluso un familiar o cuidador.

### 3.2 TIPOS DE MALTRATO A PERSONAS MAYORES

La Guía de Práctica Clínica menciona los tipos de maltratos que a continuación se señalan, son las que se logran identificar más claramente en las denuncias de adultos mayores maltratados.

Existen diferentes tipos de maltrato en el adulto mayor y es frecuente que no se presente un único tipo de abuso, sino que tienden a traslapar varios en el mismo paciente (Gorbien, 2005) <sup>8</sup>

En México los tipos de maltrato más comunes son: Psicológico 14.2%, Económico 4.8%, Físico 3.3% Negligencia 2.8%, Abandono 0.5%. (Giraldo-Rodríguez, 2018)

### 3.2.1 Maltrato físico:

Consiste en la acción de utilizar la fuerza física y accionar dolor, daño o discapacidad física. Es probablemente el más fácil de reconocer, pero en muchas de las ocasiones el maltratado se muestra renuente o es incapaz de reportarlo. Se relaciona más con las características del maltratador como antecedentes de abuso de sustancias o malas relaciones personales (Yaffe 2012, Bord 2013) <sup>8</sup>

Agresión no accidental realizada en contra de una persona que daña la integridad corporal, con intención de provocar dolor, lesión corporal y en algunos casos desfiguración y/o muerte.

Este tipo de maltrato se puede manifestar mediante: Pellizcos, golpes, quemaduras (cigarrillos, líquidos, etc.) heridas, fracturas, amarrar o sujetar al adulto mayor, etc.)

### 3.2.2 Abuso psicológico o emocional:

Acción de infligir angustia, dolor o estrés mediante palabras o actos (p.ej. Manipulación o Victimización). Es el tipo más común y requiere un abordaje integral por sus múltiples presentaciones, lo que dificulta su diagnóstico (Yaffe 2012, Bord 2013) <sup>8</sup>

Se expresa como insultos, amenazas, intimidación, humillación, ridiculización, infantilización, indiferencia a sus sentimientos, falta de respeto a sus creencias, rechazo a sus deseos, silencio peyorativo y falta de respuesta a sus consultas en forma intencionada. Genera sentimiento de mayor inseguridad, baja autoestima, invasión de la privacidad, despersonalización y refuerzo del aislamiento.

### 3.2.3 Maltrato sexual:

Es el contacto sexual sin consentimiento del adulto mayor. Desafortunadamente el maltratado se muestra renuente a aceptar que haya sucedido, y por lo tanto a denunciarlo (Yaffe 2012, Bord 2013) <sup>8</sup>

Puede manifestarse en forma abierta o encubierta mediante gestos, palabras, insinuaciones, caricias, manoseos, exhibición de genitales o violación.

#### 3.2.4 Maltrato financiero.

Afecta a individuos de todos los estratos socioeconómicos. Se caracteriza por el uso ilegal o indebido de fondos, propiedades o bienes, sin la autorización del adulto mayor o mediante un poder notarial, por ejemplo: Uso indebido de tarjeta bancaria (Yaffe 2012, Bord 2013)<sup>8</sup>

Es todo tipo de explotación, aprovechamiento o despojo de los fondos o patrimonio, o ambas cosas, de las personas mayores por acciones de terceros. Implica daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o falsificación de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las personas mayores.

#### 3.2.5 Abandono.

Es el acto de desamparo injustificado hacia el adulto mayor, con el que se tiene responsabilidad que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud. El abandono social es la falta de atención y cuidados por parte de la familia, lo cual afecta el aspecto psicológico y emocional, que se manifiesta con depresión e ideas de muerte.<sup>8</sup>

#### 3.2.6 Negligencia.

Se considera como un tipo de maltrato doloso, a la acción u omisión del incumplimiento voluntario de las funciones propias del cuidador para proveer al adulto mayor.<sup>8</sup>

##### 3.2.6.1 Negligencia activa.

Es aquella que de manera intencional no cumple con sus obligaciones.

### 3.2.6.2 Negligencia pasiva.

Es aquella que de manera involuntaria debido a que ignora las necesidades o se es incapaz de satisfacerlas (Yaffe 2012, Bord 2013)<sup>8</sup>

### 3.2.6.3 Auto-abandono.

Conducta característica de una persona mayor que amenaza su propia salud o seguridad mediante un rechazo o fracaso de proveerse a sí mismo de un cuidado adecuado. La forma o estilo de vida que tiene el adulto mayor son el indicador más importante del auto-abandono, siendo el vivir solo un factor primario de riesgo.<sup>8</sup>

### 3.2.7 Maltrato estructural o social.

Falta de políticas sociales y de salud adecuada, mal ejercicio e incumplimiento de las leyes existentes, y presencia de normas sociales, comunitarias y culturales que desvalorizan la imagen del adulto mayor, que resultan en perjuicio de su persona y se expresan socialmente como discriminación, marginalidad y exclusión social.<sup>8</sup>

Por lo general, las personas mayores, no notifican haber sido víctimas de algún abuso o maltrato, ya sea porque no saben cómo hacerlo, por impedimento físico, por temor a perder el apoyo de su familia o por vergüenza de hacer pública su situación.

Las escasas denuncias y estudios al respecto señalan que una persona mayor violentada es afectada, generalmente, por más de una forma de maltrato de manera simultánea o sucesiva.<sup>8</sup>

## 3.3 TEORIAS SOBRE EL MALTRATO

### 3.3.1 Teoría de la violencia tras-generacional

Enfatiza que en la vida familiar se establecen modos de conducta que se perpetúan y que el individuo aprende roles que desempeñará en su vida.

Haber sufrido malos tratos o haber sido testigo de violencia de los padres nos indica, que los individuos que fueron objeto de abuso cuando niños posiblemente

se conviertan en personas abusivas en su vida adulta. La violencia por tanto se aprende como respuesta al conflicto o tensión.

De este modo, es probable, que si un niño ha sido maltratado en su infancia, cuando sea adulto se convertirá en un maltratador de sus padres, y en la relación de cuidado simplemente repite y retorna los abusos que sufrió (Pillemer, 2003, Leturia, 2009)<sup>15</sup>

### 3.3.2 La sobrecarga del cuidador.

Establece que el maltrato y la negligencia para con el anciano aparecen cuando los factores estresantes tanto externos como relacionados directamente con el cuidado, superan un determinado umbral en el cuidador.

El estrés provocado por la desventaja social: desempleo, problemas económicos, hacinamiento, además de otros factores sociológicos se asocian frecuentemente al abuso de mayores. La situación de cuidado en sí misma es generadora de estrés y agotamiento en el cuidador, situación que se ve aumentada si el adulto mayor tiene alguna discapacidad mental o física. Generalmente el cuidador no tiene acceso a información de recursos sociales y no está preparado para la tarea del cuidado. Se describe en la literatura que el rol de cuidador puede ser una experiencia de estrés y frustración. (Rusell, 1999)<sup>15</sup>

### 3.3.3 La psicopatología del maltratador

Esta teoría señala, que el abuso se produce como consecuencia de problemas del cuidador, tales como: alcoholismo, adicción a las drogas, desordenes psicológicos y trastornos de personalidad.

Los trastornos psiquiátricos del cuidador (depresión, ansiedad) están frecuentemente relacionados a malos tratos y negligencia. Por otra parte, se considera que ciertas características personales como baja autoestima, falta de empatía, afectividad negativa hacia la persona mayor y el estilo atribucional también pueden contribuir a la presentación del maltrato. (Rusell, 1999)<sup>15</sup>

### 3.3.4 Teoría de la dependencia

El cuidado de una persona mayor dependiente incrementa la carga de estrés del cuidador. Diversos estudios han encontrado que individuos con deterioro de la salud son más propensos a ser abusados que aquellos con mejor salud. Por otra parte, los cuidadores que dependen financieramente de la persona mayor tienen más riesgo de cometer abuso. Cuidar a una persona con discapacidad o enfermedad crónica "implica ver la vida de una manera diferente, modificar las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada" (Sánchez, 2004) <sup>15</sup>

Frecuentemente, la víctima puede presentar determinadas características que se tornan aversivas para el cuidador y en consecuencia lo coloca en una situación de riesgo de abuso y abandono.

Los casos de maltrato pueden aumentar en la medida que el adulto mayor aumenta en edad y el deterioro de su salud física y mental se acrecienta. Por otra parte, la conducta o actitud que asume el adulto mayor también puede gatillar situaciones de abuso, esto suele suceder con adultos mayores que presentan trastornos neurológicos o de conducta.

#### 3.3.4.1 Tipos de dependencia.

##### 3.3.4.1.1 La dependencia física

Quizás sea el tipo de dependencia más conocido, en este tipo de dependencia encontramos a los adultos mayores que necesitan ayuda de tipo físico para realizar las actividades de la vida diaria, puesto que han perdido la movilidad física de alguna parte de su cuerpo en los adultos mayores es común verse afectados por artrosis o artritis severas. <sup>15</sup>

Actividades básicas de la vida diaria:

- Cambiar y mantener las posiciones del Cuerpo.
- Levantarse y acostarse.
- Desplazarse dentro del hogar.
- Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto.
- Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio.
- Vestirse, desvestirse y arreglarse.
- Comer y beber.

Actividades instrumentales de la vida diaria.

Por diferenciación con las básicas, aquellas que no son vitales pero que las realizamos habitualmente: desplazarnos, ir a la compra, hacer la comida. Se suele tener en cuenta esta clasificación de las actividades instrumentales:

- Deambular (desplazarse) sin medio de transporte.
- Compras y control de los suministros y servicio.
- Cuidarse de las comidas.
- Limpieza y cuidado de la ropa.
- Limpieza y mantenimiento de la casa.
- Cuidarse del bienestar del resto de la familia.

#### 3.3.4.1.2 La dependencia psíquica

También llamada dependencia mental, consiste en que la persona pierde la capacidad para tomar sus propias decisiones y resolver sus problemas. Esta dependencia es la que se daría en casos como retrasos mentales, enfermedad de Alzheimer, etc.

#### 3.3.4.1.3 La dependencia sensorial

Este tipo de dependencia es la que afecta a los órganos de los sentidos, el más importante de ellos sería la vista, seguido del oído y el tacto. El hecho de que una persona no pueda ver le afectará por ejemplo, en la realización de muchas de las

actividades de su vida diaria, tales como los desplazamientos, realizar las tareas domésticas, leer, etc. Una situación parecida nos encontraremos si la persona no oye o tiene problemas de sensibilidad.

#### 3.3.4.1.4 La dependencia mixta

Este tipo de dependencia es en realidad una combinación de dos o más de las dependencias anteriores, situación que nos encontraremos bastante frecuentemente. Por ejemplo, sería el caso de enfermedades como el Parkinson, que producen una dependencia física pero asociada también a problemas sensoriales.

#### 3.3.5 Aislamiento social.

Es un elemento clave en la aparición del abuso, el estrés producido por el empobrecimiento social puede aumentar la predisposición del cuidador a la violencia. Por el contrario, el apoyo social incide en el bienestar físico y psicológico de la familia y reduce el impacto del estrés. El apoyo social cumple tres objetivos en la prevención de malos tratos: prestación de ayuda para el cuidado del adulto mayor, acceso a los recursos en momentos de crisis y control de la familia efectuado por observadores externos. (Sánchez, 2004)<sup>15</sup>

### 3.4 FACTORES DE RIESGO PARA MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR

Los factores de riesgo son aquellas condiciones (individuales, familiares, institucionales, comunitarias etc.) que aumentan la probabilidad de configurar una situación de maltrato o abuso en contra de las personas mayores (Lowick-Russell, 2003).

Los factores igual que una definición nos ayudan a comprender mejor el problema del maltrato a mayores, el conocer los factores de riesgo permite, por un lado establecer medidas preventivas y por otro crear políticas necesarias para que

estas situaciones no se repitan. Varias has sido las maneras de clasificar y agrupar distintos factores de riesgo, según su aparición, según su frecuencia etc.

#### 3.4.1 Factores de riesgo del adulto mayor.

- Dependencia funcional: El cuidado de una persona mayor dependiente incrementa la carga de estrés del cuidador (estrés físico y emocional del cuidador de otra persona) y puede llegar a sentirse enojado, frustrado, exhausto, solo o triste.
- Deterioro cognitivo: El deterioro cognitivo de los adultos mayores conlleva a un aumento de carga para los cuidadores ya que es una situación para la que no se encuentra preparado y tendrá cambios significativos en su estilo de vida.
- Conducta agresiva: las personas mayores que comienzan a desarrollar los síntomas del Alzheimer o la demencia son proclives a manifestar comportamientos de este tipo. El motivo es que se sienten desorientados y faltos de confianza, dos problemas que acaban por provocar respuestas agresivas que antes no se daban.
- Insuficientes recursos financieros: El hombre que vive en pobreza sufre un aumento del estrés por una crisis de identidad masculina, esta situación coadyuva a que se genere signos de enojo y por tanto la violencia al interior del seno familiar.
- Enfermedades psiquiátricas: Incrementan la dependencia funcional del adulto mayor.

- Sexo femenino: El maltrato hacia la mujer se inicia con la educación cuando los padres hacen distinción a la hora de educar a los niños y niñas. Mientras que el varón es señalado a dominar a través de la fuerza y a no mostrar signos de debilidad, las mujeres aprenden a ser sumisas y dependientes.
- Edad avanzada: Las condiciones biológicas del adulto mayor son un factor que los vuelve vulnerables.
- Aislamiento social: Las personas aisladas son víctimas más fáciles o los propios abusadores intentan aislar al adulto mayor para minimizar el riesgo de ser descubiertos.
- Historia familiar de violencia: las personas que han sido objeto de malos tratos durante la infancia, han estado expuestas a escenas de violencia doméstica contra sus madres y al uso nocivo de alcohol, han vivido en entornos donde se aceptaba la violencia son propensos a cometer actos violentos.

#### 3.4.2 Factores de riesgo para el cuidador/maltratador

- Colapso del cuidador: ser el cuidador primario de un adulto mayor conlleva una gran responsabilidad la carga de estrés puede llevar a padecer síntomas que van desde frustración e irritabilidad por la dificultad para llevar sus roles y tareas que previamente se tenían, hasta trastorno de ansiedad, depresión, empeoramiento de patologías pre-existentes y fatiga.
- Enfermedades psiquiátricas: Trastornos psiquiátricos del cuidador (depresión, ansiedad) Están frecuentemente relacionados a malos tratos y negligencia. Por otra parte, se considera que ciertas características personales como baja autoestima, falta de empatía, afectividad negativa hacia la persona mayor que puede contribuir al maltrato. (Rusell, 1999) <sup>15</sup>

El trastorno psicológico que se ha encontrado más frecuente entre los agresores de personas mayores es la depresión (Iborra, 2008) otros trastornos pueden ser la ansiedad y la demencia, estos problemas no siempre aumentan la posibilidad de que se produzca un maltrato (Tomita, 1990) pero si ocurre que su presencia dificulte las relaciones (Kosberg, 1988) y aumenta el riesgo de producirse (Sancho, 2007).<sup>15</sup>

- Uso de sustancias: El abuso se produce como consecuencia de problemas del cuidador, tales como: alcoholismo, adicción a las drogas, desordenes psicológicos y trastornos de personalidad.

El abuso de sustancias (drogas y alcohol) la mayoría de los autores consideran que los cuidadores que consumen algún tipo de sustancias tóxicas tienen más probabilidades de maltratar a las personas que tienen a su cargo. El consumo habitual del alcohol en el cuidador correlaciona positivamente con maltrato y negligencia (Muñoz, 2004; Iborra, 2008)<sup>15</sup>

- Dificultades financieras o desempleo: puede ocasionar en la persona desesperación, angustia y ansiedad, muchas veces canalizada en un mayor consumo de sustancias para saciar la tristeza tras perder el empleo, genera deterioro de las relaciones familiares, estrés una persona desempleada se aísla, deja de disfrutar sus actividades y padece fatiga crónica, además de que puede asociarse con conductas violentas y delictivas.

#### 4.4.3 Factores de riesgo ambientales y factores familiares.

- Familia disfuncional, relaciones conflictivas: si en las relaciones familiares alguno de los miembros ha ejercido algún tipo de violencia hacia el otro, se puede volver un espacio de sufrimiento y de transmisión de esta forma de interrelación en la violencia familiar existen dos roles, uno activo, del maltratador, y otro pasivo, de quien sufre el maltrato. El maltratador suele

ser una persona que impone su autoridad, fuerza física o poder para abusar sobre otro miembro de su familia por lo general son los adultos mayores (Romero, Melero, Cánovas y Martínez, 2007).<sup>15</sup>

- Aislamiento social: El estrés producido por el empobrecimiento social puede aumentar la predisposición del cuidador a la violencia.
- Red de apoyo deficiente: Falta de instituciones sanitarias para la atención geriátrica especializada.

#### 3.4.4 Factores de riesgo de maltrato institucional.

- Inadecuada capacitación, experiencia y supervisión de los cuidadores: Las personas mayores requieren cuidados especiales por ello es muy importante que el personal esté capacitado y tengan una amplia experiencia y gusto por su trabajo. Si el personal no está capacitado y no tiene la experiencia no sabrá cómo afrontar la demanda que conlleva los cuidados a los adultos mayores.
- Escasez de personal: La falta de personal genera una mayor carga de trabajo a las personas que tienen a su cuidado a los adultos mayores, por ello tienden a realizar su labor de manera ineficaz para cumplir con su trabajo del día.
- Salarios bajos: Cuando una persona considera que el salario no se ajusta con la demanda del trabajo tiene a realizar un mal trabajo ya que es lo que ella considera que debe aportar por el poco sueldo.
- Síndrome de fragilidad laboral: Se genera por la excesiva carga de trabajo lo que conlleva a un nivel elevado de responsabilidad que se manifestara en estrés laboral.

- Trasferencia negativa del personal: Si su trabajo no se ajusta a sus intereses y habilidades, puede llegar a ser cada vez más estresante en el tiempo.

### 3.5 COLAPSO DEL CUIDADOR

El cuidador informal es aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero al paciente discapacitado o dependiente y se caracteriza por tener un vínculo afectivo y no recibir remuneración económica por sus cuidados, es típicamente un miembro de la familia, amigo o vecino. El perfil del cuidador es predominantemente femenino (66%) con un promedio de edad de 48 años (además de problemas propios de esta edad como climaterio, problemas de pareja, hijos adolescentes, otros) e incluso una tercera parte de ellas se encargan del cuidado de dos o más personas y hasta un 30% son cuidadores mayores de 65 años (Wright JF, 2009).<sup>16</sup>

Se define como colapso de cuidador a la respuesta multidimensional de la apreciación negativa y estrés percibido resultado del cuidado de un individuo, usualmente familiar, que padece una condición médica (Kim H, 2012). También se describe como el grado en el que los cuidadores perciben que el cuidado que otorgan tiene un efecto adverso en su funcionamiento físico, emocional, social, espiritual o financiero (Zarit SH, 1980). Los síntomas pueden ir desde frustración e irritabilidad por la dificultad para llevar sus roles y tareas que previamente se tenían, hasta trastorno de ansiedad, depresión, empeoramiento de patologías pre-existentes y fatiga.

#### 3.5.1 Factores de riesgo para el colapso del cuidador

Cómo y porqué una persona se convierte en cuidador, tiene su origen principalmente en la relación que se comparte con el ser querido a quienes cuidan. Para algunos fue una opción, para otros una posición predeterminada. La mayoría coincide que es un acto de amor, a pesar de que es algo que los cuidadores nunca imaginaron tener que cumplir (Wright JF, 2009) <sup>16</sup>

En la mayoría de los casos, los cuidadores son mujeres, debido a la asignación tradicional de tareas la cual se realiza desde una perspectiva de género, fundamentado en estructuras sociales que se basan en la división sexual del trabajo. Las mujeres del núcleo familiar, son madres, cónyuges, hijas o hermanas, y además brindan apoyo informal en casos de enfermedades, discapacidad y accidentes. Esta diversidad de roles predispone a colapso (Coira Fernández G, 2014)<sup>16</sup>

Otros factores predisponente para colapso son la falta de capacitación, formación en los cuidados básicos y/o de los procesos patológicos de las personas que cuidan. Esto repercute en la provisión adecuada de cuidados de calidad (Zambrano-Domínguez EM, 2012)<sup>16</sup>

La economía familiar que no satisface las necesidades básicas del grupo primario, predispone a colapso del cuidador de una manera temprana debido a que se tiene que erogar los nuevos gastos que demandan las enfermedades. Sin recursos comunitarios que simplifiquen la vida de los enfermos y sus cuidadores, el colapso se ve favorecido (Loureiro L de S, 2013)<sup>16</sup>

Las enfermedades crónicas e invalidantes, requieren grandes cambios en la vida personal, incluso, reorganizar las actividades y encontrar el tiempo para ayudar, lo cual predispone a colapso del cuidador. Algunas enfermedades requieren de mayor vigilancia por cortos periodos o a distancia, por ello, los cambios tienden a ser más drásticos (González-Castro U, 2012)<sup>16</sup>

El tiempo promedio dedicado al cuidado es de 10.9 horas al día, provocando cansancio del cuidador en la mayoría. En este sentido, a mayor dependencia y cronicidad de las enfermedades, se requieren mayor tiempo de cuidado, disminuyendo los tiempos de descanso para el cuidador (Zambrano-Domínguez EM, 2012)<sup>16</sup>

El antecedente de una mala relación con los padres, que se reencuentra en una nueva etapa con motivo del deterioro y necesidad de cuidado, se asocia a

relaciones disfuncionales, generando colapso del cuidador (Palancar-Sánchez A, 2009) <sup>16</sup>

La gravedad de las enfermedades y su duración (demencia, cáncer, deterioro funcional y cuidados al final de la vida), son situaciones que incrementan las necesidades de los cuidados hospitalarios o en domicilio, se relacionan con el colapso del cuidador (Adelman R, 2014)<sup>16</sup>

Los síntomas asociados a discapacidad y comportamiento, han demostrado que aumentan la sobrecarga, sobretodo en pacientes con alteraciones motoras, deterioro cognoscitivo o depresión (Benavides O, 2013)<sup>16</sup>

Otros factores de riesgo que participan en el desarrollo del colapso del cuidador son derivados de la falta de recursos, tales como:

- Falta de conocimiento de recursos comunitarios.
- Recursos comunitarios inadecuados o insuficientes (unidades de respiro, centros de atención social, recursos recreativos, etc.).
- Dificultad para acceder a recursos comunitarios.
- Medios o accesos de transporte inadecuados.
- Entorno físico inadecuado (acondicionamiento del domicilio, temperatura, espacio, seguridad, etc.). Traslado a domicilio de algún miembro de la familia con importantes carencias en los cuidados.
- Dificultad para acceder al apoyo formal.
- Recursos económicos insuficientes.

### 3.5.2 Detección de Colapso del Cuidador.

En relación al perfil de la persona cuidadora, las características que predominan y nos hacen sospechar de colapso del cuidador según (Zambrano-Domínguez EM, 2012)<sup>16</sup> son:

- Sexo femenino.
- Edad promedio de 48 años.
- Mujeres casadas.
- Desempleadas.
- Hijas.
- Primaria incompleta.
- Sin ninguna capacitación.
- Habitar el mismo domicilio que el paciente.

La sobrecarga produce en el cuidador consecuencias físicas, sociales, psíquicas y económicas e incluso es un factor que incrementa la mortalidad (Kim H, 2012)<sup>16</sup>

### 3.5.3 Repercusiones Médicas y Psicosociales en el Cuidador Colapsado

Es frecuente que el cuidador en el proceso de cuidar deje en segundo plano su bienestar y sea vulnerable a tener constantes cambios en su vida, se acentúan en repercusiones médicas, psicológicas y sociales (Palancar-Sánchez A, 2009 Mendoza ML, 2000)<sup>16</sup>

En situaciones de estrés crónico, distintas hormonas (cortisol y noradrenalina) se asocian a un estado pro-inflamatorio que predispone a enfermedades psiquiátricas, inmunológicas, inflamatorias, cardiovasculares, dislipidemia, diabetes y obesidad (D´Aoust R, 2013)<sup>16</sup>

Las personas que están sometidas a estrés crónico, por ejemplo los cuidadores de una persona dependiente, reportan un incremento en la presentación de enfermedad coronaria, eventos cerebro-vasculares, diabetes e hipertensión arterial (Gallo LC, 2014)<sup>16</sup>

Los cuidadores de pacientes con demencia reportan mayor frecuencia de:

- Depresión y ansiedad.
- Menos horas de sueño.
- Inmunosupresión.

Hay que tomar en cuenta que pese a verse afectados emocionalmente y tener un trastorno del ánimo establecido, los cuidadores colapsados no reconocen o no manifiestan los síntomas necesarios para establecer el diagnóstico de depresión mayor o ansiedad generalizada según los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría (D´Aoust R, 2013)<sup>16</sup>

#### 3.5.4 Repercusiones en el Paciente con un Cuidador Colapsado

Los cuidadores que experimentan un estrés excesivo tienen un mayor riesgo de generar conductas desmedidas que provocan maltrato al adulto mayor (Deborah H, 2003)<sup>16</sup>

La relación estrecha entre el colapso del cuidador y el maltrato genera una mayor utilización de los servicios de urgencias y hospitalización (Dong X, 2012)<sup>16</sup>

Para medir el colapso del cuidador se emplea una escala llamada Zarit la cual consiste en medir el estado de afectación generalizado provocado por desempeñar labores de cuidado a una persona con síntomas de demencia.

La sobrecarga emocional, física, y en ocasiones, también económica que recae sobre algunos cuidadores, sobre todo cuando se trata de los familiares, puede llegar a modificar totalmente los roles que desempeñan cada uno de ellos dentro de su núcleo.

Esta situación complica sus actividades cotidianas en un alto grado y puede significar la pérdida de empleos, separaciones familiares, entre otra serie de situaciones des-adaptativas para los sujetos que presentan el síndrome del cuidador.

### 3.6 PRINCIPIOS DE ÉTICA DE LOS CUIDADOS DE LA SALUD DEL PACIENTE DE EDAD AVANZADA

Los principios éticos son las normas básicas que deben guiar la práctica profesional de las ciencias biomédicas. Son guías para la actuación diaria y para el abordaje de situaciones de conflictos de valores.

#### 3.6.1 Autonomía.

Expresa la idea de que nadie debe interferir en las elecciones y acciones independientes de otra persona. Este principio destaca la importancia ética de las personas en cuanto conjunto de valores, decisiones y preferencias. Es un principio que demanda a los profesionales de salud informar acerca de las alternativas terapéuticas, evaluar si los pacientes entienden las opciones con sus riesgos y beneficios, abstenerse de presionar o ejercer coerción sobre los pacientes, determinar si estos son competentes para otorgar o negar su consentimiento y aclarar la aceptación o rechazo del paciente a las opciones terapéuticas en conjunto los requerimientos de información, comprensión, voluntad, competencia y aceptación constituye el elemento central del consentimiento informado, ya que tiene su origen en políticas institucionales y normas sociales.<sup>17</sup>

#### 3.6.2 beneficencia.

Hacer el bien al adulto mayor se refiere a que los actos médicos deben tener la intención de producir un beneficio para la persona en quien se realiza el cuidado.<sup>17</sup>

#### 3.6.3 No maleficencia

Es considerado el más importante, y significa que cualquier acto médico debe pretender en primer lugar no hacer daño alguno de manera directa o indirecta al

contrario debe prevenirlo , Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades a los adultos mayores.<sup>17</sup>

#### 3.6.4 Justicia

Ordena tratar a las personas como iguales y con equidad, este principio formal de justicia se aplica cuando los recursos médicos son escasos y no alcanzan para suministrar a todos los pacientes que podrían beneficiarse con ellos. Algunos análisis de justicia para el Adulto Mayor centran la atención en proposición de racionar explícitamente los cuidados de salud con base a la edad del paciente.<sup>17</sup>

# Diagnósticos de enfermería aplicados al Cuidador

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR

Dominio: 07 Rol/Relaciones		Clase: 01 Roles de cuidador	
Definición	Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas.		
Factores relacionados (causas) (e)	Dificultad para realizar las tareas requeridas, factores estresantes, inestabilidad emocional, cambios en las actividades de ocio, conflicto familiar, actividades de cuidados excesivas, complejidad de las actividades de cuidados, duración del cuidado, abuso de sustancias, enfermedad psiquiátrica.		
Características definitorias (signos y síntomas)	Estrés, ansiedad y depresión		

### PLANEACIÓN/ JERARQUIZACIÓN

Resultados (NOC)	Resistencia del papel del cuidador		
Definición	Factores que fomenten la capacidad de continuación del cuidado familiar durante un largo periodo de tiempo.		
Indicadores	Escala de medición		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados.</li> <li>• Apoyo social para el cuidador familiar.</li> <li>• Descanso para el cuidador familiar.</li> <li>• Oportunidades del cuidador familiar para actividades de ocio.</li> <li>• Recursos económicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde INADECUADO (1) hasta COMPLETAMENTE adecuado (5)</li> </ul>		

## EJECUCIÓN

Intervenciones (NIC) Apoyo en la protección contra abusos: Ancianos	
Definición:	Identificación de las relaciones de ancianos dependientes de alto riesgo y de las acciones para evitar posibles daños físicos, sexuales o emocionales, el abandono de las necesidades vitales básicas, o la explotación.
Actividades NIC	Actividades personalizadas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las situaciones de crisis en la familia que puede desencadenar el abuso, como la pobreza, el desempleo, el divorcio, la falta de hogar o la muerte de un ser querido.</li> <li>• Identificar que el cuidador muestre una salud física o mental disminuida (p.ej., consumo de sustancias, depresión, fatiga, lesiones de espalda ocasionado por levantar objetos sin ayuda, lesiones causadas por el paciente), problemas o dependencia de tipo económico, falta de comprensión de las necesidades o estado del paciente, intolerancia o actitudes muy críticas hacia el paciente,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit para identificar síndrome de colapso del cuidador (anexo)</li> <li>• En caso de ser el cuidador una persona mayor de 60 años se le realizara una valoración geriátrica integral para conocer su estado funcional cognitivo, problemas psicológicos mediante las siguientes escalas: Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody (actividades instrumentales de la vida diaria) escala geriátrica de depresión de Yesavage, Mini-mental de Folstein para medir el deterioro cognitivo y Tinetti para valorar marcha y equilibrio (anexos)</li> <li>• Asesorar al cuidador en tomarse un tiempo libre de las actividades y el</li> </ul>

agotamiento del cuidador, o amenazas al paciente con el abandono, la hospitalización e institucionalización.

- Identificar que el cuidador familiar tiene un historial de haber sufrido abuso o abandono durante la infancia.

espacio donde se desempeñan las actividades del cuidador.

- Llevar a cabo prácticas de relajación en pequeños descansos a lo largo de las jornadas de trabajo.

#### FUNDAMENTACIÓN

- La escala de Zarit es un instrumento destinado a medir el nivel de conciencia y percepción de los cuidadores respecto a las áreas de su vida que se ven afectadas debido a sus labores.
- La valoración geriátrica dentro de la esfera funcional, permite diseñar tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de los pacientes.
- El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, se utiliza principalmente para medir su grado de independencia.
- Escala de Lawton y Brody evalúa la capacidad funcional de los adultos mayores y ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador.
- La depresión es frecuente en la edad avanzada, por eso es importante que sea detectada para poder llevarse un tratamiento adecuado, la escala de Yesavage tiene como finalidad detectar depresión geriátrica.
- La escala Mini-mental de Folstein es una prueba muy utilizada a nivel internacional para medir el estado mental de las personas.
- La escala de Tinetti para la marcha y el equilibrio se utiliza para determinar precozmente el riesgo de caída de un anciano durante el año siguiente a su aplicación.

- La salud emocional es una parte importante de su vida. le permite desarrollar todo su potencial. puede trabajar de forma productiva y hacer frente a las tensiones de la vida cotidiana. le ayuda a trabajar con otras personas.
- En la familia se establecen modos de conducta que se perpetúan, el individuo aprende roles que desempeñará en su vida. los individuos que fueron objeto de abuso cuando niños posiblemente se conviertan en personas abusivas en su vida adulta. la violencia por tanto se aprende como respuesta al conflicto o tensión. De este modo, es probable que, si un niño ha sido maltratado en su infancia, cuando sea adulto se convertirá en el maltratador de sus padres, y en la relación de cuidado simplemente repite y retorna los abusos que sufrió.

## EVALUACIÓN

Necesidad	Resultados
Evitar Peligros/Seguridad	✓ Seguimiento de la disminución del grado de colapso por medio de la escala Zarit periódica.
Diagnostico	✓ Seguimiento del estado funcional en caso que el cuidador sea adulto mayor mediante las escalas de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody y marcha y equilibrio de Tinetti.
Cansancio del rol de cuidador	✓ Detección y seguimiento de depresión mediante la aplicación periódica de la escala Yesavage.
Objetivo inicial	✓ Detección y seguimiento periódico del deterioro cognitivo mediante la utilización de la escala Mini-mental de Folstein.
Resistencia del papel del cuidador	

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: CONTROL DE IMPULSOS INEFICAZ

Dominio: 05 Percepción/Cognición		Clase: 04 Cognición	
Definición:	Patrón de reacciones rápidas, no planeadas, ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas relaciones para las personas impulsivas o para los demás.		
Factores relacionados (causas) (e)	Abuso de sustancias, alteraciones de la función cognitiva, tabaquismo, trastorno de la personalidad, trastorno del estado de ánimo.		
Características definitorias (signos y síntomas)	Actuar sin pensar, arrebatos de mal genio, búsqueda de sensaciones, conducta violenta, incapacidad para ahorrar o control de la economía, irritabilidad, promiscuidad sexual.		

### PLANEACIÓN/ JERARQUIZACIÓN

Resultados (NOC)	Autocontrol de la agresión		
Definición:	Acciones personales para abstenerse de conductas violentas, combativas o destructivas hacia los demás		
Indicadores		Escala de medición	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se abstiene de arrebatos verbales.</li> <li>• Se abstiene de golpear a los demás.</li> <li>• Se abstiene de dañar a los demás.</li> <li>• Controla los impulsos.</li> <li>• Identifica cuando se enfada.</li> <li>• Identifica cuando esta frustrado.</li> <li>• Identifica responsabilidad para mantener el control.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde NUNCA demostrado (1) hasta SIEMPRE demostrado (5)</li> </ul>	

- Identifica cuando se siente agresivo.

## EJECUCIÓN

### Intervenciones (NIC) Entrenamiento para controlar los impulsos

#### Definición:

Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.

#### Actividades NIC

- Establecer una relación de compenetración y relación básica.
- Seleccionar estrategias de solución de problemas adecuado al nivel de desarrollo y la función cognitiva.
- Ayudar a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada.
- Enseñar a detenerse y pensar antes de comportarse impulsivamente.
- Evitar daños físicos si el enfado se dirige a uno mismo o a otros.

#### Actividades personalizadas

- Evaluar los diversos componentes del entorno y los factores de riesgo para estos incluyen: Factores relacionados con el cuidador, Factores relacionados con la persona cuidada., Apoyo social recibido
- En caso de ser el cuidador una persona mayor de 60 años se le realizara una valoración geriátrica integral para conocer el estado funcional con la escala de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody (actividades instrumentales de la vida diaria) cognitivo Mini-Mental de Folstein y problemas psicológicos mediante la escala geriátrica de Depresión Yesavage y la escala de Tinetti para valorar marcha y equilibrio (anexos)
- Animar a la persona a que busque

ayuda de parte del profesional de enfermería u otras personas responsables durante los periodos en los que se siente más tenso.

- Actividad interdependiente canalizar a profesionales de especialidad por ejemplo psicología, psiquiatría entre otros de acuerdo a las necesidades del paciente.
- Realizar la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit para identificar síndrome de colapso del cuidador (anexo)
- Identificar signos y síntomas de usos de sustancias adictivas (Ojos rojos, disminución de la coordinación, dificultad para concentrarse o recordar cosas, Tiempo de reacción más lento, Estado de ánimo eufórico, ansiedad extrema o nerviosismo, paranoia, mayor energía y agitación, delirio conductas psicóticas y violentas entre otras)

#### FUNDAMENTACIÓN

- Cuando hay acciones que no son del agrado de las personas se va acumulando ira y enfado que tarde o temprano, el enojo guardado estallará y puede dar lugar a un episodio de violencia verbal y/o física. Por tanto, es importante afrontar los problemas con asertividad y control, para no dejar que el enfado vaya creciendo por momentos.
- La relajación es la mejor manera de prevenir los ataques de ira. Existen

distintas formas de relajarse: practicar deporte, el yoga, la meditación, tomar un baño de agua caliente, o cualquier método que pase por distraer la mente y llevarnos a un estado de positividad. De hecho, en los momentos concretos en que detectamos que podemos tener una reacción de ira, es una buena idea tratar de respirar profunda y lentamente durante por lo menos veinte segundos: esto hará que nuestro cuerpo se desintoxique de la negatividad y la irascibilidad que sentimos.

- La psicología ayuda a comprender aspectos de nuestra persona que se nos escapan al entendimiento. El mundo de las emociones es complejo y conseguir de alguien que pueda traspasar la barrera del pensamiento y estabilizar resulta bastante positivo para que otros puedan seguir su vida con normalidad.
- La Psiquiatría es una ciencia que estudia el comportamiento normal y anormal del individuo, su tarea es realizar el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de trastornos del comportamiento y patologías mentales, en las que influyen factores genéticos, físicos, químicos, psicológicos y socio ambientales.
- El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, se utiliza principalmente para medir su grado de independencia.
- Escala de Lawton y Brody evalúa la capacidad funcional de los adultos mayores ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador.
- La depresión es frecuente en la edad avanzada, por eso es importante que sea detectada para poder llevarse un tratamiento adecuado la escala de Yesavage tiene como finalidad detectar depresión geriátrica.
- La escala de Tinetti para la marcha y el equilibrio se utiliza para determinar precozmente el riesgo de caída de un anciano durante el año siguiente a su aplicación.
- El Mini-mental de Folstein es una prueba muy utilizada a nivel internacional para medir el estado mental de las personas.
- La escala de Zarit es un instrumento destinado a medir el nivel de conciencia y

percepción de los cuidadores respecto a las áreas de su vida que se ven afectadas debido a sus labores.

- Aunque existen ciertos síntomas emocionales y físicos de consumo de drogas, no asumas inmediatamente que la persona está usando. Podría haber otras razones por las cuales él o ella se comporta de manera inusual.

## EVALUACIÓN

Necesidad	Resultados
Evitar peligros/seguridad	✓ Manejo de la agresión mediante técnicas de relajación, respiraciones profundas, meditación entre otras.
Diagnostico	✓ Seguimiento del estado funcional en caso que el cuidador sea adulto mayor mediante las escalas de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody y la escala de Tinetti para valorar marcha y equilibrio.
Control de impulsos ineficaz	✓ Detección y seguimiento de depresión mediante la escala de Yesavage con una aplicación periódica.
Objetivo inicial	✓ Detección y seguimiento periódico del deterioro cognitivo en mediante la utilización de la escala Mini-mental de Folstein.
Autocontrol de la agresión	✓ Seguimiento de la disminución del grado de colapso por medio de la escala Zarit periódica. ✓ Seguimiento del control de tratamiento interdisciplinario. ✓ Identificación de seguimiento del abuso de sustancias si es necesario canalizara un grupo de ayuda especializado.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS

Dominio:11 Seguridad/Protección		Clase:03 Violencia	
Definición:	Vulnerable en que la persona demuestra que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros.		
factores relacionados (causas) (e)	Alteración de la función cognitiva, antecedentes de abuso de sustancias, antecedentes de abuso infantil (p.ej., físico, psicológico, sexual) antecedentes de presenciar violencia familiar, imposibilidad.		
Características definitorias (signos y síntomas)	Patrón de amenazas de violencia (p. ej. Amenaza verbal sobre propiedades/personas, amenazas sociales, maldiciones, notas/gestos de amenazas sexuales) patrón de violencia dirigida a otros (p. ej. Pegar, dar patadas, escupir, arañar a otros, tirar objetos/ morder a alguien, intentar violación, violar, molestar sexualmente, orinar o defecar sobre la persona).		

### PLANEACIÓN/ JERARQUIZACIÓN

Resultados (NOC)	Autocontrol de la conducta abusiva		
Definición:	Acciones personales para abstenerse de comportamientos abusivos y negligentes hacia los demás.		
Indicadores		Escala de medición	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliza mecanismos alternativos para afrontar el estrés.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Desde NUNCA demostrado (1) hasta</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discute la conducta abusiva.</li> <li>• Identifica factores que contribuyen a la conducta abusiva.</li> <li>• Expresa sentimientos sobre la víctima.</li> </ul>	<p>SIEMPRE demostrado (5)</p>
--	-------------------------------

## EJECUCIÓN

Intervenciones (NIC) Apoyo emocional	
Definición:	Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
<p>Actividades NIC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comentar experiencias emocionales con el paciente.</li> <li>• Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones.</li> <li>• Realizar afirmaciones empáticas de apoyo.</li> <li>• Ayudarlo a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.</li> <li>• Animarlo a que exprese sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.</li> <li>• Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o de venganza.</li> <li>• Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.</li> </ul>	<p>Actividades personalizadas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit para identificar síndrome de colapso del cuidador (anexo)</li> <li>• En caso de ser el cuidador una persona mayor de 60 años se le realizara una valoración geriátrica integral para conocer su estado funcional, cognitivo, problemas psicológicos mediante la aplicación de las siguientes escalas: Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody (actividades instrumentales de la vida diaria) escala geriátrica de Depresión Yesavage, Mini-Mental de Folstein (Deterioro Cognitivo) y la escala de Tinetti (marcha y equilibrio) (anexos)</li> <li>• Identificar signos y síntomas de usos de sustancias adictivas (Ojos rojos,</li> </ul>

disminución de la coordinación, dificultad para concentrarse o recordar cosas, Tiempo de reacción más lento, Estado de ánimo eufórico, ansiedad extrema o nerviosismo, paranoia, mayor energía y agitación, delirio conductas psicóticas y violentas entre otras)

- Identificar mediante la entrevista algún indicio de abuso infantil que el cuidador haya sufrido (cambios de humor repentinos, actos lesivos hacia sí mismos, arrebatos repentinos de ira, nerviosos o ansiosos todo el tiempo, tienen baja autoestima, son muy callados, el contacto visual directo les produce nerviosismo o malestar, a menudo están a la defensiva, tienen miedo de contacto con la gente, son muy sensibles)
- Canalizar a profesionales de especialidad por ejemplo psicología, psiquiatría entre otros.

#### FUNDAMENTACIÓN

- Retener las emociones se puede convertir en una gran carga para el subconsciente y esto conlleva a vivir una vida menos plena. El retener emociones, como el odio o la ira, pueden hacer que una persona mentalmente sana deje de serlo.
- Soltar una carga: Expresar las emociones da como resultado mayor liberación emocional, que se traduce en mayor tranquilidad. Esto sería equivalente a alivio

físico que se siente al quitarse una gran carga pesada de los hombros, el resultado sería favorecer al estado emocional y su bienestar, pero expresar las emociones es algo que debe aprenderse a canalizar y expresar, esto ayudará a la comunicación en el día a día.

- La escala de Zarit es un instrumento destinado a medir el nivel de conciencia y percepción de los cuidadores respecto a las áreas de su vida que se ven afectadas debido a sus labores.
- La valoración geriátrica dentro de la esfera funcional, permite diseñar tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de los pacientes.
- El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, se utiliza principalmente para medir su grado de independencia.
- Escala de Lawton y Brody evalúa la capacidad funcional de los adultos mayores ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador.
- La depresión es frecuente en la edad avanzada, por eso es importante que sea detectada para poder llevarse un tratamiento adecuado la escala de Yesavage tiene como finalidad detectar depresión geriátrica.
- El Mini-mental de Folstein es una prueba muy utilizada a nivel internacional para medir el estado mental de las personas.
- La escala de Tinetti para la marcha y el equilibrio se utiliza para determinar precozmente el riesgo de caída de un anciano durante el año siguiente a su aplicación.
- Aunque existen ciertos síntomas emocionales y físicos de consumo de drogas, no asumas inmediatamente que la persona está usando. Podría haber otras razones por las cuales él o ella se comporta de manera inusual.
- El maltrato infantil, ya sea físico o psicológico, tiene un gran impacto emocional sobre el niño, y va a influir en su posterior desarrollo como adulto, existen muchas secuelas psicológicas del maltrato infantil en adultos. Se sienten en la

forma en la que estas personas tienen de relacionarse con los demás y, sobre todo, en la propia percepción que tienen de ellos mismos. El maltrato puede llegar a herir emocionalmente muchísimo a la persona que lo ha padecido y, además, también puede provocar grandes disfunciones emocionales.

- La psicología ayuda a comprender aspectos de nuestra persona que se nos escapan al entendimiento. El mundo de las emociones es complejo y conseguir de alguien que pueda traspasar la barrera del pensamiento y estabilizar resulta bastante positivo para que otros puedan seguir su vida con normalidad.
- La Psiquiatría es una ciencia que estudia el comportamiento normal y anormal del individuo, su tarea es realizar el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de trastornos del comportamiento y patologías mentales, en las que influyen factores genéticos, físicos, químicos, psicológicos y socio ambientales.

## EVALUACIÓN

Necesidad	Resultados
Evitar peligros/seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Seguimiento de la disminución del grado de colapso por medio de la escala Zarit periódica.</li> <li>✓ Seguimiento del estado funcional en caso que el cuidador sea adulto mayor mediante las escalas de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody de aplicación periódica junto con la escala de Tinetti que valora la marcha y el equilibrio.</li> <li>✓ Detección y seguimiento de depresión mediante la aplicación periódica de la escala Yesavage.</li> <li>✓ Detección y seguimiento periódico del deterioro cognitivo en mediante la utilización de la escala Mini-mental de Folstein.</li> <li>✓ Seguimiento del control de tratamiento interdisciplinario.</li> <li>✓ Identificación de seguimiento del abuso de sustancias si es necesario canalizara un grupo de ayuda especializado.</li> </ul>
Diagnostico	
Riesgo de violencia dirigida a otros	
Objetivo inicial	
Autocontrol de la conducta abusiva	

# Diagnósticos de enfermería aplicados al Adulto Mayor

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: AISLAMIENTO SOCIAL

Dominio: 12 Confort		Clase: 03 Confort Social	
Definición:	Soledad expresada por la persona y percibida como impuesta por otros como un estado negativo o amenazador.		
factores relacionados (causas) (e)	Alteración de la apariencia física, alteración del bienestar, alteración del estado mental, incapacidad para comprometerse en relaciones personales satisfactorias, interés inadecuado para la etapa de desarrollo del individuo.		
Características definitorias (signos y síntomas)	Acción sin sentido, actitud triste, afección incapacitante, antecedentes de rechazo, deseo de estar solo, ausencia de sistema de apoyo, enfermedad, soledad impuesta por otros.		

### PLANEACIÓN/ JERARQUIZACIÓN

Resultados (NOC)	Desarrollo: Adulto Mayor		
Definición:	Progresión cognitiva, psicosocial y moral a partir de los 65 años o más de edad.		
Indicadores		Escala de medición	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantiene la función cognitiva.</li> <li>• Mantiene las habilidades de lenguaje.</li> <li>• Mantiene las habilidades para resolver</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde NUNCA demostrado (1) hasta SIEMPRE demostrado (5)</li> </ul>	

problemas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compensa si se produce un deterioro de la memoria.</li> <li>• Mantiene interés por la vida.</li> <li>• Mantiene relación con los familiares próximos.</li> </ul>	
--	--

## EJECUCIÓN

Intervenciones (NIC) Apoyo a la familia.	
Definición:	Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.
<p style="text-align: center;">Actividades NIC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la reacción de la familia frente a la enfermedad del paciente.</li> <li>• Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico.</li> <li>• Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.</li> <li>• Familiar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre el paciente y la familia o miembros de la misma.</li> <li>• Orientar a la familia sobre el ambiente de cuidados sanitarios como un centro hospitalario o una clínica.</li> <li>• Proporcionar retroalimentación a</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Actividades personalizadas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar la entrevista al adulto mayor para encontrar hallazgos de maltrato psicológico (alteración del sueño o en la ingesta alimenticia, miedo al cuidador)</li> <li>• Aplicar un cuestionario propuesto en la guía de práctica clínica “Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor para detectar maltrato físico, sexual, psicológico, financiero, negligencia y abandono”. (anexos)</li> <li>• Realizara una valoración geriátrica integral para conocer su estado funcional, cognitivo, problemas psicológicos mediante la aplicación de las siguientes escalas: Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody (actividades</li> </ul>

la familia respecto a sus estrategias de afrontamiento.

- Animar a la toma de decisiones familiares en la planificación de los cuidados del paciente a largo plazo que afecten es la estructura y la economía familiar.
- Ayudar a la familia adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesario para apoyar su necesidad acerca de los cuidados del paciente.

instrumentales de la vida diaria) escala geriátrica de Depresión Yesavage, con énfasis en la aplicación de Escala Mini-mental de Folstein y Shulman (test de reloj) para evaluación cognitiva y la escala de Tinetti que valora la marcha y el equilibrio.

- Crear un vínculo de confianza con la familia para que le sea más fácil expresar sus inquietudes.
- Fomentar las interacciones sociales de la familia con su entorno vecinal.
- Fomentar en la familia actividades recreativas que incluyan la interacción con el adulto mayor.

#### FUNDAMENTACIÓN

- La entrevista como profesionales de la salud es una herramienta que nos permite el primer acercamiento al paciente y su entorno, con el objetivo de tener información necesaria para ayudarlo en el proceso de mejorar su salud.
- La valoración geriátrica dentro de la esfera funcional, permite diseñar tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de los pacientes.
- El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, se utiliza principalmente para medir su grado de independencia.
- Escala de Lawton y Brody evalúa la capacidad funcional de los adultos mayores ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador.

- La depresión es frecuente en la edad avanzada, por eso es importante que sea detectada para poder llevarse un tratamiento adecuado la escala de Yesavage tiene como finalidad detectar depresión geriátrica.
- El Mini-mental de Folstein es una prueba muy utilizada a nivel internacional para medir el estado mental de las personas.
- Shulman un test que sirve para examinar el deterioro cognitivo, aunque también se utiliza para seguir la evolución de los cuadros confusionales.
- La escala de Tinetti para la marcha y el equilibrio se utiliza para determinar precozmente el riesgo de caída de un anciano durante el año siguiente a su aplicación.
- El apoyo social funciona como amortiguador del estrés, por lo que es muy buena idea que por lo menos dos o tres veces a la semana te reúnas con amigos o seres queridos.
- Expresar tus inquietudes, estados emocionales nuestro cerebro procesa y da significado a estas experiencias por lo que la intensidad, la frecuencia y la duración de las emociones son menores, por ello es importante compartirlas.
- La empatía con las personas enfermas a veces como familiares es muy difícil ya que por lo regular se pierde pronto la paciencia, pero el ponerte en los zapatos de la persona enferma te ayuda a mejorar la comunicación con ella a fin de comprender mejor sus necesidades.

## EVALUACIÓN

Necesidad	Resultados
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Detección del maltrato psicológico en el adulto mayor mediante la entrevista y el cuestionario propuesto en la guía de práctica clínica Detección y Manejo del maltrato en el Adulto Mayor.</li> <li>✓ Seguimiento del estado funcional del adulto mayor mediante las escalas de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody y la escala de Tinetti para valorar marcha y</li> </ul>
Diagnostico	
Aislamiento social	
Objetivo inicial	

Desarrollo: Adulto Mayor.	<p>equilibrio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Detección y seguimiento de depresión mediante la aplicación periódica de la escala Yesavage.</li> <li>✓ Detección y seguimiento periódico del deterioro cognitivo en mediante la utilización de la escala Mini-mental de Folstein.</li> <li>✓ Fomento de actividades relaciones interpersonales de la familia con el adulto mayor y con su entorno.</li> </ul>
------------------------------	--

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA TEMOR

Dominio: 09 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés		Clase: 02 Respuesta del afrontamiento	
Definición:	Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.		
factores relacionados (causas) (e)	Violencia física, psicológica, económica, sexual, institucional negligencia y abandono.		
Características definitorias (signos y síntomas)	Disminución de la capacidad de aprendizaje, disminución de la capacidad de resolución de problemas, disminución de la productividad, identifica el objeto de temor, los estímulos se consideran una amenaza.		

### PLANEACIÓN/ JERARQUIZACIÓN

Resultados (NOC)	Nivel de miedo		
Definición:	Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida en una fuente identificable.		
Indicadores		Escala de medición	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de autoconfianza.</li> <li>• Inquietud.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde Grave (1) hasta Ninguno (5)</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irritabilidad.</li> <li>• Explosiones de ira.</li> <li>• Dificultad de concentración.</li> <li>• Dificultad para resolver los problemas.</li> <li>• Preocupación por la fuente del miedo.</li> <li>• Conducta de evitación.</li> <li>• Temor verbalizado.</li> <li>• Lloros.</li> <li>• Pánico</li> </ul>	
--	--

EJECUCIÓN

Intervenciones (NIC) Disminución de la ansiedad	
Definición:	Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietudes relacionadas con una fuente no identificada de peligro previo.
<p style="text-align: center;"><b>Actividades NIC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar un enfoque sereno de seguridad.</li> <li>• Establecer claramente la expectativa de comportamiento del paciente.</li> <li>• Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación estresante.</li> <li>• Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</li> <li>• Escuchar con atención.</li> <li>• Crear un ambiente que facilite la confianza.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Actividades personalizadas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar la entrevista al adulto mayor para encontrar hallazgos de maltrato psicológico ( alteración del sueño o en la ingesta alimenticia, miedo al cuidador)</li> <li>• Realizara una valoración geriátrica integral para conocer su estado funcional, cognitivo, problemas psicológicos mediante la aplicación de las siguientes escalas: Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody (actividades instrumentales de la vida diaria) Escala Mini-mental de Folstein y</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>• Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</li> <li>• Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.</li> <li>• Determinar la capacidad en la toma de decisiones del paciente.</li> </ul>	<p>Shulman para evaluación cognitiva haciendo énfasis en la escala de Yesavage para medir la depresión en el adulto mayor y Tinetti para valorar la marcha y el equilibrio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente mediante técnicas de relajación para que pueda expresar de manera adecuada su temor.</li> <li>• Mantener un ambiente de tranquilidad para que le sea más fácil al paciente expresar sus miedos.</li> </ul>
--	--

#### FUNDAMENTACIÓN

- Concretar cuál es el miedo: esto quiere decir, que hables o pienses sobre este miedo. Tal vez sea un poco difícil, porque, sin dudas, conlleva a mucha tristeza, angustia, desesperación. Sin embargo, es bueno determinarlo dentro de algunas directrices, para que no sea vago o difuso. Está comprobado que cuánto menos se habla de él, más aflicción causa. Reconoce cuál es la causa puntal de tu temor. Probablemente te cueste analizar la situación de forma objetiva, incluso es seguro que no desees reconocerlo de manera consciente, pero intenta hacer un acto de introducción, de introspección para sacar fuera todo aquello que te hace daño. Focalízate en las cosas que son importantes y que el miedo no te permite disfrutar.
- Desensibilización. Es un procedimiento básico conductual para tratamiento del miedo. Consiste en la exposición graduada a las situaciones de malestar.
- La entrevista como profesionales de la salud es una herramienta que nos permite el primer acercamiento al paciente y su entorno, con el objetivo de tener información necesaria para ayudarlo en el proceso de mejorar su salud.
- La valoración geriátrica dentro de la esfera funcional, permite diseñar

tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de los pacientes.

- El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, se utiliza principalmente para medir su grado de independencia.
- Escala de Lawton y Brody evalúa la capacidad funcional de los adultos mayores ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador.
- La depresión es frecuente en la edad avanzada, por eso es importante que sea detectada para poder llevarse un tratamiento adecuado la escala de Yesavage tiene como finalidad detectar depresión geriátrica.
- El Mini-mental de Folstein es una prueba muy utilizada a nivel internacional para medir el estado mental de las personas.
- Shulman un test que sirve para examinar el deterioro cognitivo, aunque también se utiliza para seguir la evolución de los cuadros confusionales.
- La escala de Tinetti para la marcha y el equilibrio se utiliza para determinar precozmente el riesgo de caída de un anciano durante el año siguiente a su aplicación.
- Relajación y ejercicio. El entrenamiento en relajación y la práctica de ejercicio regularmente funcionan de maravilla por dos razones. Disminuyen la sobre-activación general, favorece la sensación de fortaleza y ánimo positivo para plantarse ante los miedos.

## EVALUACIÓN

Necesidad	Resultados
Comunicación	✓ Detección del maltrato psicológico en el adulto mayor mediante la entrevista y el cuestionario propuesto en la guía de práctica clínica Detección y Manejo del maltrato en el
Diagnostico	

Temor	<p>Adulto Mayor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Seguimiento del estado funcional del adulto mayor mediante las escalas de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody y Tinetti para valoración de marcha y equilibrio.</li> <li>✓ Detección y seguimiento de depresión mediante la aplicación periódica de la escala Yesavage.</li> <li>✓ Detección y seguimiento periódico del deterioro cognitivo en mediante la utilización de la escala Mini-mental de Folstein.</li> <li>✓ Expresión y disminución del miedo de forma adecuada mediante el vínculo de confianza entre enfermera paciente.</li> </ul>
Objetivo inicial	
Nivel de miedo	

#### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA DÉFICIT DE AUTOCUIDADO ALIMENTACIÓN

Dominio: 04 Actividad/Reposo		Clase: 05 Autocuidado
Definición:	Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de auto alimentación.	
factores relacionados (causas) (e)	Deterioro de la habilidad para abrir recipientes, deterioro de la habilidad para tomar una taza, deterioro de la habilidad para tomar los alimentos con los utensilios, deterioro de la habilidad para comer por si solo de manera aceptable, deterioro de la habilidad para llevarse la comida a la boca, deterioro de la habilidad para preparar la comida.	
Características definitorias (signos y síntomas)	Alteración de la función cognitiva, ansiedad, debilidad, deterioro musculo esquelético, deterioro neuromuscular, disconfort, disminución de la movilidad, dolor, fatiga, obstáculos ambientales, trastornos de la percepción.	

## PLANEACIÓN/ JERARQUIZACIÓN

Resultados (NOC)	Autocuidado: Comer	
Definición:	Acciones personales para preparar e ingerir comida y líquidos independientemente con o sin dispositivo de ayuda.	
Indicadores	Escala de medición	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prepara comida para ingerir.</li> <li>• Abre envases.</li> <li>• Maneja utensilios.</li> <li>• Toma la comida con los utensilios.</li> <li>• Toma tazas o vasos.</li> <li>• Se lleva la comida a la boca con los dedos.</li> <li>• Se lleva la comida a la boca con utensilios.</li> <li>• Bebe agua de una taza o vaso.</li> <li>• Coloca la comida en la boca.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde Gravemente comprometido (1) hasta No comprometido (5)</li> </ul>	

## EJECUCIÓN

Intervenciones (NIC) Fomentar la implicación familiar	
Definición:	Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado físico y emocional del paciente.

#### Actividades NIC

- Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.
- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Determinar el nivel de dependencia respecto de la familia que tiene el paciente según corresponda por la edad o enfermedad.
- Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.
- Identificar el déficit de autocuidado del paciente.
- Observar la estructura familiar y sus roles.

#### Actividades personalizadas

- Realizar una exploración física para detectar hallazgos de desnutrición pérdida de peso u otros síntomas de desnutrición o deshidratación según la guía de práctica clínica Detección y Manejo del Maltrato al Adulto Mayor.
- Realizar una valoración geriátrica integral para conocer su estado funcional, cognitivo, problemas psicológicos, haciendo énfasis en la escala de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody (actividades instrumentales de la vida diaria) para conocer el grado de dependencia que tiene el adulto mayor, Escala Mini-mental de Folstein y Shulman para evaluación cognitiva, Yesavage para medir la depresión en el adulto mayor y Tinetti para valoración de marcha y equilibrio (anexos)
- Identificar signos de alarma de malnutrición según la guía de práctica clínica
- Realizar la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit para identificar síndrome de colapso del cuidador (anexo)
- Brindar capacitación a los familiares por parte del personal de enfermería

enfermería en base a la dependencia del paciente para cubrir las necesidades alimenticias.

#### FUNDAMENTACIÓN

- La relación de ayuda y escucha activa por parte del profesional de enfermería pretende devolver a los miembros de la familia su estabilidad emocional y cohesionarla como elemento terapéutico que contribuye a aliviar el sufrimiento del paciente y los familiares.
- Las relaciones dentro del cuidado de la salud son reconocidas como de gran importancia para hacer frente a la experiencia de enfermedad dentro de la familia, siendo estas no solo consideradas como ejes centrales para el cuidado en sí, sino también para el propio cuidado.
- La inadecuada ingesta de alimento puede ocasionar en los adultos mayores la desnutrición que se ve reflejada en la pérdida de peso no intencionada en los últimos meses, pérdida de masa muscular (Una forma de apreciarla es observar si tiene los brazos o las pantorrillas más delgados)  
Pérdida de fuerza en el músculo (Intentar ver si tiene menos fuerza para agarrar o levantar algo de peso) mayor cansancio al realizar actividades de la vida diaria como caminar o levantarse de la sillas
- Un grado alto de dependencia del adulto mayor genera una mayor carga para la familia para medir el grado de dependencia se utilizan estas escalas Barthel permite determinar el grado de dependencia de una persona o la necesidad de ayuda para realizar diez acciones básicas diarias, desde comer, a asearse, ir al baño, moverse, vestirse, etc. Lawton y Brody evalúa la capacidad funcional de los adultos mayores ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador.

- El Mini-mental de Folstein es una prueba muy utilizada a nivel internacional para medir el estado mental de las personas.
- Shulman un test que sirve para examinar el deterioro cognitivo, aunque también se utiliza para seguir la evolución de los cuadros confusionales.
- La depresión es frecuente en la edad avanzada, por eso es importante que sea detectada para poder llevarse un tratamiento adecuado la escala de Yesavage tiene como finalidad detectar depresión geriátrica.
- La escala de Tinetti para la marcha y el equilibrio se utiliza para determinar precozmente el riesgo de caída de un anciano durante el año siguiente a su aplicación.
- La escala de Zarit es un instrumento destinado a medir el nivel de conciencia y percepción de los cuidadores respecto a las áreas de su vida que se ven afectadas debido a sus labores.
- El personal de enfermería tiene la capacidad de brindar apoyo a los familiares del adulto mayor mediante la capacitación con la finalidad que ellos puedan brindar un cuidado adecuado en base a las necesidades del paciente.

## EVALUACIÓN

Necesidad	Resultados
Comer y Beber	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar el estado nutricional y de hidratación del adulto mayor mediante la exploración física para dar un manejo adecuado con el fin de mantener un estado de salud óptimo.</li> </ul>
Diagnostico	
Déficit de autocuidado: Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Detección del maltrato psicológico en el adulto mayor mediante la entrevista y el cuestionario propuesto en la guía de práctica clínica Detección y Manejo del maltrato en el Adulto Mayor.</li> </ul>
Objetivo inicial	
Apoyo en la alimentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Seguimiento del estado funcional del adulto mayor mediante las escalas de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody y Tinetti para valorar marcha y</li> </ul>

	<p>equilibrio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Detección y seguimiento de depresión mediante la aplicación periódica de la escala Yesavage.</li> <li>✓ Detección y seguimiento periódico del deterioro cognitivo en mediante la utilización de la escala Mini-mental de Folstein y la escala de Shulman.</li> <li>✓ Seguimiento de la disminución del grado de colapso por medio de la escala Zarit periódica.</li> <li>✓ Determinar el grado de conocimiento que tiene el cuidador primario sobre el estado actual del paciente con el fin de promover un adecuado cuidado en base a las necesidades que el adulto mayor requiere.</li> </ul>
--	---

#### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO

Dominio: 04: Actividad y Reposo		Clase: 05 Autocuidado
Definición:	Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño.	
factores relacionados (causas) (e)	Deterioro de la habilidad para acceder al agua, deterioro de la habilidad para acceder al baño, deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo, deterioro de la habilidad para obtener los artículos de baño, deterioro de la habilidad para secar el cuerpo.	
Características definitorias (signos y síntomas)	Deterioro de la función cognitiva, ansiedad, deterioro de la habilidad para percibir relaciones espaciales, deterioro para percibir una parte del cuerpo, deterioro musculo esquelético, deterioro neuromuscular, disminución de la motivación, dolor, obstáculos ambientales y trastorno de percepción.	

#### PLANEACIÓN/ JERARQUIZACIÓN

Resultados (NOC)	Autocuidados: Baño	
Definición:	Acciones personales para lavar su propio cuerpo independientemente con o sin dispositivos de ayuda.	
Indicadores	Escala de medición	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entra y sale del cuarto del baño.</li> <li>• Tiene los suministros para el baño.</li> <li>• Obtiene agua para el baño.</li> <li>• Se baña en ducha o bañera</li> <li>• Se lava parte superior del cuerpo.</li> <li>• Se lava parte inferior del cuerpo</li> <li>• Se lava zona perianal.</li> <li>• Se seca el cuerpo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde Gravemente (1) comprometido hasta No comprometido (5)</li> </ul>	

### EJECUCIÓN

Intervenciones (NIC) Apoyo en la protección contra el abuso del Anciano.		
Definición:	Identificación de las relaciones de los ancianos dependientes de alto riesgo y de las acciones para evitar posibles daños físicos, sexuales o emocionales, el abandono de las necesidades vitales básicas o la explotación.	
Actividades NIC	Actividades personalizadas	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar si el paciente muestra signos de abuso físico (p.ej. existencia de numerosas lesiones producidas en diversas etapas de curación, laceraciones inexplicables, abrasiones, magulladuras o quemaduras, fractura, zonas sin pelo en la cabeza o marcas de mordeduras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar exploración física integral para detectar hallazgos de maltrato. (cortes, quemaduras o huesos rotos. cicatrices o hematomas, infecciones de transmisión sexual, sangrado vaginal o anal inexplicable, la piel, la ropa sin lavar y condiciones de vida sucias) según la guía de practica clinica Detección y Manejo del</li> </ul>	

humanas)

- Identificar a los pacientes ancianos que se vean así mismos como dependientes del cuidador debido a un estado de salud deteriorado, deterioro funcional, recursos económicos limitados, depresión y consumo de sustancias, o falta de conocimiento acerca de recursos y alternativas de cuidados posibles.
- Identificar la situación de crisis en la familia que pueda desencadenar el abuso, como la pobreza, el desempleo, el divorcio, la falta de hogar o la muerte de un ser querido.
- Identificar a los pacientes ancianos que dependan de un solo cuidador o una unidad familiar para disponer de asistencia y control de cuidados físicos amplios.
- Observar la interacción paciente-cuidador y registrarla.
- Identificar a los cuidadores familiares que tienen una historia de haber sufrido abuso o abandono durante la infancia.

Maltrato al Adulto Mayor.

- Realizara una valoración geriátrica integral para conocer su estado funcional, cognitivo, problemas psicológicos, haciendo énfasis en escalas: Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody (actividades instrumentales de la vida diaria) para conocer el grado de dependencia que tiene el adulto mayor, Escala Mini-mental de Folstein y Shulman para evaluación cognitiva, Yesavage para medir la depresión en el adulto mayor y Tinetti para valoración de la marcha y el equilibrio (anexos)
- Realizar la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit para identificar síndrome de colapso del cuidador (anexo)
- Si se detecta algún tipo de violencia al adulto mayor se debe remitir a los servicios especialistas y/o sociales con la opinión pactada del profesional y es paciente.
- Identificar mediante la entrevista algún indicio de abuso infantil que el cuidador haya sufrido (cambios de humor repentinos, actos lesivos hacia sí mismos, arrebatos repentinos de ira, nerviosos o

ansiosos todo el tiempo, tienen baja autoestima, son muy callados, el contacto visual directo les produce nerviosismo o malestar, a menudo están a la defensiva, tienen miedo de contacto con la gente, son muy sensibles)

- Brindar capacitación a los familiares en base al grado de dependencia que tenga el paciente para mantener la higiene y la seguridad para evitar cualquier daño no intencionado durante el baño ya sea asistido o de esponja.

#### FUNDAMENTACIÓN

- La exploración física es un conjunto de maniobras realizadas por un médico o enfermero para obtener información sobre el estado de salud de la persona, en el caso del abuso a los adultos mayores será un indicativo para conocer el tipo de maltrato por el cual el adulto mayor está pasando.
- Un grado alto de dependencia del adulto mayor genera una mayor carga para la familia para medir el grado de dependencia se utilizan estas escalas Barthel permite determinar el grado de dependencia de una persona o la necesidad de ayuda para realizar diez acciones básicas diarias, desde comer, a asearse, ir al baño, moverse, vestirse, etc. Lawton y Brody evalúa la capacidad funcional de los adultos mayores ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador.
- El Mini-mental de Folstein es una prueba muy utilizada a nivel internacional para medir el estado mental de las personas.
- Shulman un test que sirve para examinar el deterioro cognitivo, aunque también

se utiliza para seguir la evolución de los cuadros confusionales.

- La depresión es frecuente en la edad avanzada, por eso es importante que sea detectada para poder llevarse un tratamiento adecuado la escala de Yesavage tiene como finalidad detectar depresión geriátrica.
- La escala de Tinetti para la marcha y el equilibrio se utiliza para determinar precozmente el riesgo de caída de un anciano durante el año siguiente a su aplicación.
- Cuando el adulto mayor se encuentra bajo el cuidado de una sola persona, sobre de ella cae toda la responsabilidad lo que podría ocasionarle un daño emocional para ello se utiliza la escala de Zarit que es un instrumento destinado a medir el nivel de conciencia y percepción de los cuidadores respecto a las áreas de su vida que se ven afectadas debido a sus labores.
- Cuando un adulto mayor es violentado tiende a sufrir trastornos como ansiedad, depresión entre otros por ello es importante canalizarse a servicios especializados como es el área psicológica o psiquiátrica con el fin a ayudar a superar y mejorar su calidad de vida.
- El maltrato infantil, ya sea físico o psicológico, tiene un gran impacto emocional sobre el niño, y va a influir en su posterior desarrollo como adulto, existen muchas secuelas psicológicas del maltrato infantil en adultos. Se sienten en la forma en la que estas personas tienen de relacionarse con los demás y, sobre todo, en la propia percepción que tienen de ellos mismos. El maltrato puede llegar a herir emocionalmente muchísimo a la persona que lo ha padecido y, además, también puede provocar grandes disfunciones emocionales.
- A veces las personas que están al cuidado no poseen los conocimientos adecuados para brindar apoyo al adulto mayor por ello enfermería tiene un papel muy importante en la capacitación a los familiares para cubrir las necesidades del paciente y mantener su integridad.

## EVALUACIÓN

Necesidad	Resultados
-----------	------------

Higiene/piel	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hallar hallazgos de cualquier tipo de maltrato a que haya sido sometido el adulto mayor pero haciendo énfasis en el físico y sexual mediante la exploración física.</li> <li>✓ Seguimiento del estado funcional del adulto mayor mediante las escalas de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody.</li> <li>✓ Detección y seguimiento de depresión mediante la aplicación periódica de la escala Yesavage.</li> <li>✓ Detección y seguimiento periódico del deterioro cognitivo en mediante la utilización de la escala Mini-mental de Folstein.</li> <li>✓ Seguimiento de la disminución del grado de colapso por medio de la escala Zarit periódica.</li> <li>✓ Determinar el grado de conocimiento que tiene el cuidador primario sobre el estado actual del paciente con el fin de promover un adecuado cuidado en base a las necesidades que el adulto mayor requiere.</li> </ul>
Diagnostico	
Déficit de autocuidado baño	
Objetivo inicial	
Cuidado de la piel	

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO VESTIDO

Dominio: 04 Actividad/ Reposo		Clase: 05 Autocuidado
Definición:	Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de vestirse.	
factores relacionados (causas) (e)	Alteraciones de función cognitiva, ansiedad, debilidad, deterioro músculo esquelético, deterioro neuromuscular, disconfort, disminución de la movilidad, dolor, fatiga, trastorno de la percepción.	
Características definitorias (signos y síntomas)	Deterioro de la habilidad para abrocharse la ropa, deterioro de la habilidad para escoger ropa, deterioro de la habilidad para mantener el aspecto, deterioro de la habilidad para obtener ropa, deterioro de la habilidad para ponerse	

	diferentes piezas de ropa (p. ej., camisa, calcetines, zapatos) deterioro de la habilidad para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo, deterioro de la habilidad para ponerse la ropa en la parte superior del cuerpo, deterioro de la habilidad para quitarse diferentes piezas de ropa (p. ej., camisa, calcetines, zapatos) deterioro de la habilidad para usar cremalleras.
--	--

### PLANEACIÓN/ JERARQUIZACIÓN

Resultados (NOC)	Autocuidado: Vestir	
Definición	Acciones personales para vestirse independientemente con o sin dispositivos de ayuda.	
Indicadores	Escala de medición	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escoge la ropa.</li> <li>• Recoge la ropa.</li> <li>• Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo.</li> <li>• Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo.</li> <li>• Se abotona la ropa.</li> <li>• Se abrocha la ropa.</li> <li>• Utiliza cremalleras.</li> <li>• Se pone calcetines.</li> <li>• Se pone zapatos.</li> <li>• Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo.</li> <li>• Se quita la ropa de la parte inferior del</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde Gravemente (1) comprometido hasta No comprometido (5)</li> </ul>	

<p>cuerpo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coge la ropa del cajón.</li> <li>• Coge la ropa del armario.</li> </ul>	
---	--

## EJECUCIÓN

Intervenciones (NIC) Vestir	
Definición:	Elegir, poner y quitar la ropa a una persona que no puede realizar tal actividad por sí misma.
<p>Actividades NIC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.</li> <li>• Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.</li> <li>• Identificar las áreas donde el paciente necesita ayuda para vestirse.</li> <li>• Buscar apoyo de un cuidador según corresponda.</li> <li>• Elegir los zapatos que faciliten un caminar o deambular con</li> </ul>	<p>Actividades personalizadas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizara una valoración geriátrica integral para conocer su estado funcional, cognitivo, problemas psicológicos, haciendo énfasis en escalas: Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody (actividades instrumentales de la vida diaria) para conocer el grado de dependencia que tiene el adulto mayor, escala Mini-mental de Folstein y Shulman para evaluación cognitiva, Yesavage para medir la depresión en el adulto mayor y Tinetti para valoración de la marcha</li> </ul>

seguridad.	<p>y el equilibrio (anexos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit para identificar síndrome de colapso del cuidador (anexos)</li> <li>• Brindar capacitación a los familiares en base al grado de dependencia que tenga el paciente para mantener la higiene y la seguridad para evitar cualquier daño no intencionado a la hora de vestir al paciente.</li> </ul>
------------	--

**FUNDAMENTACIÓN**

- La dependencia en la que las personas se encuentran debido a una pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en la vida diaria.
- Hacer que los mayores mantengan su independencia, en cuanto a la realización de las actividades en la vida diaria, es de vital importancia y supone uno de los pilares del envejecimiento activo.
- El papel fundamental de un cuidador es notara que hay una línea que separa a una persona independiente, de una que comienza a ser dependiente, a veces, es muy delgada. No siempre está clara y se necesita evaluar el nivel de autonomía que tiene la persona ara hacer esto se utilizan diferentes escalas que miden cómo de autónoma es la persona realizando las Actividades de la Vida Diaria (AVD).
- Un grado alto de dependencia del adulto mayor genera una mayor carga para la familia para medir el grado de dependencia se utilizan estas escalas Barthel permite determinar el grado de dependencia de una persona o la necesidad de ayuda para realizar diez acciones básicas diarias, desde comer, a asearse, ir al baño, moverse, vestirse, etc. Lawton y Brody evalúa la capacidad funcional de los adultos mayores ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve

que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador.

- El calzado adecuado para un adulto mayor: El contrafuerte del talón debe ser estable y rígido. La caña o altura del soporte del tobillo debe ser lo suficientemente cómoda y de altura adecuada de tal manera que no restrinja el movimiento del tobillo y sin presiones, la altura del taco no debe ser nula ni tampoco sobrepasar los cuatro centímetros, el material debe absorber los impactos de la descarga de peso al contacto con el suelo, la suela debe ser lo suficientemente flexible y ligera pero a la vez firme y antideslizante, que permita un adecuado soporte del arco plantar, tanto el forro externo como interno deben permitir la respiración del pie, evitando materiales sintéticos. Utilice preferentemente pasadores sobre el empeine para controlar mejor la presión en esta región y tener una adecuada irrigación del pie, el ante pie, donde se ubican los dedos y se descarga el 25 por ciento del peso corporal, debe tener amplitud en espacio de tal manera que los dedos puedan moverse, tanto lateral como anteriormente, en este caso la recomendación es usar una punta redondeada.
- El Mini-mental de Folstein es una prueba muy utilizada a nivel internacional para medir el estado mental de las personas.
- Shulman un test que sirve para examinar el deterioro cognitivo, aunque también se utiliza para seguir la evolución de los cuadros confusionales.
- La depresión es frecuente en la edad avanzada, por eso es importante que sea detectada para poder llevarse un tratamiento adecuado la escala de Yesavage tiene como finalidad detectar depresión geriátrica.
- La escala de Tinetti para la marcha y el equilibrio se utiliza para determinar precozmente el riesgo de caída de un anciano durante el año siguiente a su aplicación.
- Cuando el adulto mayor se encuentra bajo el cuidado de una sola persona, sobre de ella cae toda la responsabilidad lo que podría ocasionarle un daño emocional para ello se utiliza la escala de Zarit que es un instrumento destinado a medir el nivel de conciencia y percepción de los cuidadores respecto a las áreas de su vida que se ven afectadas debido a sus labores.

- A veces las personas que están al cuidado no poseen los conocimientos adecuados para brindar apoyo al adulto mayor por ello enfermería tiene un papel muy importante en la capacitación a los familiares para cubrir las necesidades del paciente y mantener su integridad.

## EVALUACIÓN

Necesidad	Resultados
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Seguimiento del estado funcional del adulto mayor mediante las escalas de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody y la escala de Tinetti para valorar la marcha y el equilibrio.</li> </ul>
Diagnostico	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Detección y seguimiento de depresión mediante la aplicación periódica de la escala Yesavage.</li> </ul>
Objetivo inicial	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Detección y seguimiento periódico del deterioro cognitivo en mediante la utilización de la escala Mini-mental de Folstein.</li> <li>✓ Seguimiento de la disminución del grado de colapso por medio de la escala Zarit periódica.</li> <li>✓ Determinar el grado de conocimiento que tiene el cuidador primario sobre el estado actual del paciente con el fin de promover un adecuado cuidado en base a las necesidades que el adulto mayor requiere.</li> </ul>

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA: DEFICIT DE AUNTOCUIDADO: USO DEL INODORO

Dominio: 04 Actividad/ Reposo		Clase: 05 Autocuidado	
Definición:	Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de evacuación.		
factores relacionados (causas) (e)	Alteración de función cognitiva, ansiedad, debilidad, deterioro de la habilidad para traslación, deterioro de la movilidad, deterioro musculo esquelético, deterioro neuromuscular, disconfort, disminución de la movilidad, dolor, fatiga, trastorno de la percepción.		
Características definitorias (signos y síntomas)	Deterioro de la habilidad para completar la higiene adecuada tras la evacuación, deterioro de la habilidad para enjuagar el inodoro, deterioro de la habilidad para llegar al inodoro, deterioro de la habilidad para manipular la ropa para evacuar, deterioro de la habilidad para sentarse en el inodoro.		

#### PLANEACIÓN/ JERARQUIZACIÓN

Resultados (NOC)	Autocuidados: uso del inodoro		
Definición	Acciones personales para usar el inodoro independientemente con y sin dispositivo de ayuda.		
Indicadores	Escala de medición		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responde la repleción vesical oportunamente.</li> <li>• Responde a la urgencia para defecar oportunamente.</li> <li>• Se quita la ropa.</li> <li>• Se coloca en el inodoro o en el orinal.</li> <li>• Vacía vejiga.</li> <li>• Se limpia despues de orinar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desde Gravemente (1) comprometido hasta No comprometido (5)</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se levanta del inodoro u orinal.</li> <li>• Vacía intestino.</li> <li>• Se limpia despues e defecar.</li> <li>• Entra y sale del cuarto de baño.</li> </ul>	
--	--

EJECUCIÓN

Intervenciones (NIC) cuidados de la incontinencia intestinal/ urinaria

Definición:	Estimulación de la continencia intestinal, urinaria y mantenimiento de la integridad perianal.
-------------	--

<p>Actividades NIC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien despues de cada deposición.</li> <li>• Proporcionar pañales de incontinencia según se precise.</li> <li>• Utilizar polvos y cremas en la zona perianal con precaución.</li> <li>• Vigilar la piel perianal por si se desarrollan úlceras por presión.</li> <li>• Mantener la cama y ropa limpias.</li> </ul>	<p>Actividades personalizadas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la ingesta por la mañana y restringirla en la tarde-noche</li> <li>• Distribuir los alimentos en las comidas en función de su acción diurética y aporte hídrico. Reducir la ingesta durante la tarde-noche de líquidos (leche, zumos, sopas, caldos, infusiones, café) y verduras y frutas.</li> <li>• Disminuir la ingesta de fibra.</li> <li>• Realizara una valoración geriátrica integral para conocer su estado funcional, cognitivo, problemas psicológicos, haciendo énfasis en escalas: Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody (actividades instrumentales de la vida diaria) para conocer el grado de dependencia que tiene el adulto mayor, escala Mini-mental de</li> </ul>
---	--

Folstein y Shulman para evaluación cognitiva, Yesavage para medir la depresión en el adulto mayor y la escala de Tinetti para valoración de marcha y equilibrio (anexos)

- Realizar la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit para identificar síndrome de colapso del cuidador (anexos)
- Vaciamiento programado: Puede usarse en todos los tipos de incontinencia urinaria. Consiste en reglar los vaciamentos de orina de forma temporizada, procurando incluirlos dentro de la rutina diaria de la persona. Se programa un vaciamiento cada dos-cuatro horas y a ser posible incluyendo la noche.
- Ejercicios de suelo pélvico (Kegel): indicados en mujeres, ocasionalmente en hombres, y en la incontinencia de urgencia. Consiste en una técnica aprendida de contracciones o relajaciones simultáneas de los músculos perivaginales, peri-uretrales y perianales para fortalecerlos.

<b>FUNDAMENTACIÓN</b>	

- El cuidado perianal es esencial para prevenir infecciones del tracto urinario y el daño en la piel, reducir la susceptibilidad a úlceras por presión especialmente en pacientes con incontinencia fecal y/o urinaria.
- Los dispositivos absorbentes (pañales) tienen una función principal que es mantener el cuidado de la piel y la aparición de “zonas de humedad” Con la combinación de calor corporal con otros factores influyentes se produce un medio ideal que favorece el crecimiento de microorganismos y puede determinar una lesión grave para la piel.
- La ingesta de líquidos debe realizarse en forma gradual a lo largo de todo el día, pero especialmente en la mañana y la tarde, para evitar la incontinencia urinaria nocturna.
- Evitar el consumo de bebidas que sean diuréticas en el adulto mayor porque con la orina pierdes potasio, un mineral necesario para el funcionamiento de todo el cuerpo; una baja drástica de este mineral puede ser sumamente peligrosa.
- si la ingesta de fibra dietética es demasiado elevada, puede hacer que se produzca una malabsorción de determinados componentes dando lugar a un incremento de la velocidad a la que circula la masa fecal por el intestino y, así no dar tiempo a formarse las heces como produciendo diarrea.
- El Mini-mental de Folstein es una prueba muy utilizada a nivel internacional para medir el estado mental de las personas.
- Shulman un test que sirve para examinar el deterioro cognitivo, aunque también se utiliza para seguir la evolución de los cuadros confusionales.
- La depresión es frecuente en la edad avanzada, por eso es importante que sea detectada para poder llevarse un tratamiento adecuado la escala de Yesavage tiene como finalidad detectar depresión geriátrica.

- La escala de Tinetti para la marcha y el equilibrio se utiliza para determinar precozmente el riesgo de caída de un anciano durante el año siguiente a su aplicación.
- Cuando el adulto mayor se encuentra bajo el cuidado de una sola persona, sobre de ella cae toda la responsabilidad lo que podría ocasionarle un daño emocional para ello se utiliza la escala de Zarit que es un instrumento destinado a medir el nivel de conciencia y percepción de los cuidadores respecto a las áreas de su vida que se ven afectadas debido a sus labores.
- ejercicios Kegel y se basan en la contracción y relajación de los músculos del suelo pélvico. Los músculos del suelo pélvico tienen como función mantener la vejiga, el útero y el recto en su posición correcta, lo que ayuda a disminuir las pérdidas de orina, incluir unas rutinas de ejercicios diarios contribuirá a que la persona mayor controle mejor su vejiga y evitar la pérdida de autoestima que la incontinencia urinaria conlleva.

## EVALUACIÓN

Necesidad	Resultados
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ manejo y control de la ingesta de líquidos y alimentos ricos en fibra en el adulto mayor en base a sus requerimientos y posibilidades.</li> <li>✓ Conocer el estado de la piel en la zona perianal mediante la exploración física con el fin de mantener la piel integra.</li> <li>✓ Darle seguimiento a las lesiones dérmicas en caso de que el adulto mayor las presente.</li> </ul>
Diagnostico	
Déficit de autocuidado: Uso del inodoro.	
Objetivo inicial	

<p>Mantener el estado de la región perianal integro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Seguimiento del estado funcional del adulto mayor mediante las escalas de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) Lawton y Brody y la escala de Tinetti para valorar marcha y equilibrio.</li> <li>✓ Detección y seguimiento de depresión mediante la aplicación periódica de la escala Yesavage.</li> <li>✓ Detección y seguimiento periódico del deterioro cognitivo en mediante la utilización de la escala Mini-mental de Folstein.</li> <li>✓ Seguimiento de la disminución del grado de colapso por medio de la escala Zarit periódica.</li> <li>✓ Capacitar a los familiares pero en especial al cuidador primario para la correcta realización de los ejercicios de kegel.</li> </ul>
--	--

#### 4. Conclusión

Vivimos en una sociedad que muestra un deterioro en la capacidad de convivencia entre los seres humanos a su vez ha perdido ciertos valores tradicionales, en especial, aquellos que supuestamente han forjado nuestra nacionalidad y nuestra cultura: el trabajo, la vida en familia, la honradez, la educación, la libertad, el patriotismo, el respeto a los demás, la solidaridad y la paz.

Vivimos en una sociedad en la cual se da prioridad y enaltece las características que refleja la juventud y donde lo viejo pasa a ser obsoleto, el hablar de “viejo” no solo hace referencia a objetos sino desafortunadamente también a personas.

Refiriéndonos a México, podemos observar que la población envejecida cada vez se vuelve más evidente, con ello debemos tomar en cuenta que las necesidades de la población adulta mayor son diferentes ya que no todos envejecemos bajo las mismas condiciones ni gozamos de los mismos privilegios por lo que la sociedad actual debe adaptarse a esta nueva situación, haciendo los cambios necesarios para atender las necesidades y demandas de este grupo etario que incrementa día con día.

Por un lado originando un aumento en los gastos para el sector salud por el incremento del índice de dependencia, del consumo de servicios en salud y de fármacos por la alta incidencia de enfermedades agudas, la elevada prevalencia de enfermedades crónicas y la incapacidad física.

Somos un país en el que nos hace falta conciencia sobre esta problemática, educación gerontológica y políticas públicas que originen apoyos reales y objetivos sobre todo considerando a las personas que sufren de algún tipo de violencia.

A lo largo de esta investigación me pude percatar que en México los tipos de maltrato más comunes según (Giraldo-Rodríguez, 2018) son: Psicológico 14.2%, Económico 4.8%, Físico 3.3% Negligencia 2.8%, Abandono 0.5% considerando lo anterior me parece importante hacer mención de la diferencia que se observa en relación al de tipo económico debido al incremento que ha sufrido en relación a años anteriores (Giraldo-Rodríguez, 2006 ) afirma que el maltrato económico era de 3,9 % con lo cual se llega a una conclusión.

El gobierno está brindando mayor apoyo económico a los adultos mayores con el incremento de las pensiones sin observar que está resultando contraproducente ya que con ello se ha logrado un incremento en la violencia económica hacia las personas mayores. Probablemente las cifras del maltrato físico están

subestimadas ya que la mayoría de las personas que han sufrido este tipo de violencia lo han negado por miedo a represalias.

Conocer el entorno que nos rodea es un buen punto de partida para reflexionar sobre nuestra práctica como profesionales del área de la salud. A lo largo de mi formación como profesional me he podido percatar que Enfermería es uno de los principales pilares tanto en la educación como en el cuidado para la salud del paciente en todas las etapas del ciclo de la vida desde que está nace, crece, se reproduce y muere, ya que el hablar del cuidado de Enfermería va más allá del cuidado físico, es ver al paciente como un todo.

El cuidado de los pacientes debe tener ciertos criterios como valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida, para mi Enfermería es una de las profesiones más completas que pueden existir ya que es esta en contante cambio en base a las necesidades del paciente , estando en contacto directo con el acompañándolo a lo largo de todo su proceso de recuperación, siendo el profesional de salud que más tiempo pasa junto a él en la estadía hospitalaria, comunitaria o estancia de retiro, pudiendo así establecer un vínculo cercano, donde la empatía, el trato amable y cordial son fundamentales en Enfermería.

Con la experiencia adquirida tengo la certeza que Enfermería juega un papel muy importante en el manejo y la prevención de la violencia al adulto mayor, la enfermera conoce los diferentes aspectos relacionados al maltrato y puede llegar a abordarlos correctamente, debido a que el manejo de la violencia es un proceso muy complejo es imprescindible una intervención multidisciplinaria de la cual la enfermera por la proximidad con el paciente y las competencias que ha adquirido puede liderar este equipo.

## Bibliografía

1.- Silva-Fhon JR, Rio-Suarez AD del, Motta-Herrera SN, Coelho Fabricio-Wehbe SC, Partezani-Rodríguez RA, Violencia intrafamiliar en el adulto mayor. Bogotá 2015. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&S0120-00112015000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&S0120-00112015000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

2.- ONU. Organización de las Naciones Unidas. Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez disponible en: <https://www.un.org/es/events/elderabuse/background.shtml>

3.- OMS. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Toronto para la Prevención Global del maltrato a las Personas Mayores Nov. 2002 disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057\\_GPC\\_MaltratoAdultoMayor/MAM\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GPC_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf)

4.- SNDIF. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia estadísticas de abandono y violencia al adulto mayor en Mexico. Disponible en: <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/sociedad/el-16-de-adultos-mayores-en-mexico-sufren-abandono-y-maltrato-sndif-4103500.html>

5.- INEGI. Esperanza de Vida en México. Estadísticas de violencia al Adulto Mayor en Mexico. Disponible en:

<http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/1992/ML50.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

6.- Mendo Alcolea N, Infante Tavio NI, Lamote Moya SE, Núñez Beris SJ, Freyre Soler J. Evaluación del Maltrato en ancianos pertenecientes a un policlínico aniversario MEDISAN. Marzo 2012, disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.hph?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.hph?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000300008&lng=es)

7.- Fernández AM. Malos tratos a los ancianos. Grupo de salud mental del PAPPS 2002. Pag.8 disponible en:

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057\\_GPC\\_MaltratoAdultoMayor/MAM\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GPC_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf)

8.- Guía de practica Clínica. Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor. Actualización 2013 pag.11-40 disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057\\_GPC\\_MaltratoAdultoMayor/MAM\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/057_GPC_MaltratoAdultoMayor/MAM_EVR_CENETEC.pdf)

9.- Pérez V, Sierra F. Biología del Envejecimiento. Barshop Institute for Longevity and Aging Studies, the University of Texas Health Science 2009 (137): 296- 302.

10.- J. Espíndola, J. Flores, A. López, V. Cortes, N. Hernández, P Martínez, P. Romero Et al. Guía de Práctica Clínica, Detección y manejo del maltrato en el adulto Mayor en el primer nivel de atención, México Secretaria de Salud Ed. Centro de Excelencia tecnológica en salud. 2008 (1):

11.- Calabrese, E. (1997) “La Violencia en el hogar” Leviatán, Revista de hechos e ideas, II Época, nº 69 Madrid, España.

12.- Gorjón B., M. C. (2010) La respuesta penal frente al género. Una revisión crítica de la violencia habitual y de género. Tesis doctoral digitalizada por Gómez de la Torre, I. B. Salamanca: Universidad de Salamanca

13.- Vidal F., F (2008) “Los nuevos aceleradores de la violencia remodelada” en García-Mina F., A. (Coord.) (2008) Nuevos escenarios de violencia. Reflexiones Comillas Ciencias Sociales I. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Welzer-Lang.

14.- Concepto de Adulto Mayor en Mexico. Disponible en:

<https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>

15.- Palacios Ceña Domingo y Salvadores Fuentes Paloma. Cuidados en personas mayores con alteraciones cognitivas y emocionales en residencias pág. 41-54.

16 -. Guía de práctica clínica. Detección y manejo del colapso del cuidador. Pág. 10-30 Disponible en:

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-781-15-Colapso\\_cuidador/781GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-781-15-Colapso_cuidador/781GER.pdf).

17.- Armando Domínguez Pérez. Enfermería geriátrica. Tercera edición. Principios de ética de los cuidados de la salud del paciente de edad avanzada. pág.: 61-63

## Anexos

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

Resultados	Grado de dependencia	Total
Menor a 20	Dependencia Total	Total: _____
20-35	Dependencia Grave	
40-55	Dependencia Moderada	
60 o más	Dependencia Leve	
100	Independencia	

	MUJER	VARON
<b>1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO</b>		
Utilizar el teléfono por iniciativa propia	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
Es capaz de contestar el teléfono pero no marcar	1	1
No utiliza el teléfono	0	0
<b>2. HACER COMPRAS</b>		
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
Totalmente incapaz de comprar	0	0
<b>3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>		
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1	1
Prepara, adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	0
Prepara, calienta y sirve las comidas pero no siguen una dieta adecuada	0	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	0
<b>4. CUIDADO DE LA CASA</b>		
Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	1
Realiza tareas ligeras , como lavar los platos o hacer las camas	1	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	1
No participa en ninguna labor de la casa	0	0
<b>5. LAVADO DE LA ROPA</b>		
Lava por si solo toda su ropa	1	1
Lava por si solo pequeñas prendas	1	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0	0
<b>6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>		
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1	0
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0	0
No viaja en absoluto	0	0
<b>7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN</b>		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0	0
No es capaz de administrarse su medicación	0	0
<b>8. MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS</b>		
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1	1
Realiza las compras diarias, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos	1	1
Incapaz de manejar dinero	0	0

Adaptado de: Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179-186.

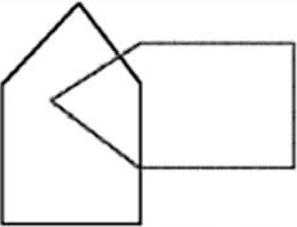
Escala de Lawton y Brody

		SÍ	NO
1	¿ESTA SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES?	1	0
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	1	0
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0	1
6	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10	¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1	0
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12	¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13	¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA?	0	1
14	¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1	0
<b>PUNTUACION TOTAL</b> _____			
<b>INTERPRETACIÓN: 0 A 5 NORMAL.</b>			
<b>6 A 9 DEPRESIÓN LEVE.</b>			
<b>&gt; 10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA.</b>			

Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986.

Escala de Depresión de Yesavage (GDS versión reducida)

## Examen mini mental de Folstein.

(NO SABE LEER NI ESCRIBIR _____ AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN: _____)	PUNTOS
<b>ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO.</b>	
¿QUÉ DÍA DE LA SEMANA ES HOY? ¿CUÁL ES EL AÑO? ¿CUAL ES EL MES? ¿CUAL ES EL DÍA? ¿CUAL ES LA ESTACIÓN DEL AÑO? <span style="float: right;">(MÁXIMO 5 PUNTOS)</span>	0 - 5
"DÍGME EL NOMBRE DEL HOSPITAL, ¿EN QUE PISO ESTAMOS? ¿EN QUE CIUDAD ESTAMOS? ¿EN QUE ESTADO VIVIMOS? ¿EN QUE PAÍS ESTAMOS? <span style="float: right;">(MÁXIMO 5 PUNTOS.)</span>	0 - 5
<b>FIJACIÓN</b>	
"REPITA ESTAS PALABRAS: CABALLO, PESO, MANZANA". (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA PALABRA SEA CORRECTA. <span style="float: right;">(MÁXIMO 3 PUNTOS.)</span>	0 - 3
<b>CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b>	
"SI TIENE 100 PESOS Y ME LOS DA DE SIETE EN SIETE, ¿CUÁNTOS LE QUEDAN?" (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA DIFERENCIA SEA CORRECTA AUNQUE LA ANTERIOR FUERA INCORRECTA. <span style="float: right;">(MÁXIMO 5 PUNTOS.)</span>	0 - 5
<b>MEMORIA.</b>	
"¿RECUERDA USTED LAS TRES PALABRAS QUE LE DIJE ANTES? DÍGALAS" <span style="float: right;">(MÁXIMO 3 PUNTOS).</span>	0 - 3
<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN.</b>	
"¿QUÉ ES ESTO?" (MOSTRAR UN RELOJ) "¿Y ESTO?" (MOSTRAR UN BOLÍGRAFO). <span style="float: right;">(MÁXIMO 2 PUNTOS.)</span>	0 - 2
"REPITA LA SIGUIENTE FRASE: NI SI, NI NO, NI PERO". <span style="float: right;">(1 PUNTO).</span>	0 - 1
"TOME EL PAPEL CON LA MANO IZQUIERDA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO EN EL SUELO" (ANOTE UN PUNTO POR CADA ORDEN BIEN EJECUTADA). <span style="float: right;">(MÁXIMO 3 PUNTOS).</span>	0 - 3
"LEA ESTO Y HAGA LO QUE DICE:" <b>"CIERRE LOS OJOS"</b> <span style="float: right;">(1 PUNTO).</span>	0 - 1
"ESCRIBA UNA FRASE COMO SI ESTUVIERA CONTANDO ALGO EN UNA CARTA" <span style="float: right;">(1 PUNTO).</span>	0 - 1
"COPIE ESTE DIBUJO" <span style="float: right;">(1 PUNTO).</span>	0 - 1
	<p>(CADA PENTÁGONO DEBE TENER 5 LADOS Y 5 VÉRTICES Y LA INTERSECCIÓN FORMA UN DIAMANTE)</p> <p><b>NOTA:</b> TANTO LA FRASE COMO LOS PENTÁGONOS CONVIENE TENERLOS EN TAMAÑO SUFICIENTE PARA PODER SER LEÍDOS CON FACILIDAD. EL PACIENTE DEBERÁ UTILIZAR ANTEOJOS SI LOS NECESITA HABITUALMENTE.</p> <p style="text-align: right;"><b>TOTAL</b> _____</p>
<b>PUNTO DE CORTE: 24-30 PUNTOS NORMAL.</b> <b>GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO: 19-23 = LEVE; 14 - 18 = MODERADO; Menor a14 = GRAVE.</b>	

Modificado de: Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J psychiatric Res. 1975;19:189-98.

## Escala Tinetti para valorar Marcha y Equilibrio

### Escala de Tinetti para equilibrio

Equilibrio (el sujeto está sentado en una silla rígida, sin apoyo para brazos)

**1. Equilibrio sentado**

- 0 -se inclina o se desliza de la silla
- 1 - está estable y seguro

**2. Levantarse de la silla**

- 0 - es incapaz sin ayuda
- 1 - se debe ayudar con los brazos
- 2 - se levanta sin usar los brazos

**3. En el intento de levantarse**

- 0 - es incapaz sin ayuda
- 1 - es capaz pero necesita más de un intento
- 2 - es capaz al primer intento

**4. Equilibrio de pie (los primeros 5 segundos)**

- 0 - inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco)
- 1 - estable gracias al bastón u otro auxilio para sujetarse
- 2 - estable sin soporte o auxilios

**5. Equilibrio de pie prolongado**

- 0 - inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco)
- 1 - estable pero con base de apoyo amplia (maléolos mediales mayor a 10 cm) o usa auxiliar
- 2 - estable con base de apoyo estrecha, sin soporte o auxilios

**6. Romberg sensibilizado ( con ojos abiertos, pies juntos, empujar levemente con la palma de la mano sobre el esternón del sujeto en 3 oportunidades )**

- 0 - comienza a caer
- 1 - oscila, pero se endereza solo
- 2 - estable

**7. Romberg (con ojos cerrados e igual que el anterior)**

- 0 - inestable
- 1 - estable

**8. Girar en 360°**

- 0 - con pasos disminuidos o movimiento no homogéneo
- 1 - con pasos continuos o movimiento homogéneo
- 0 - inestable (se sujeta, oscila)
- 1 - estable

**9. Sentarse**

- 0 - inseguro (equivoca distancia, cae sobre la silla)
- 1 - usa los brazos o tiene movimiento discontinuo
- 2 - seguro, movimiento continuo.

Puntaje de equilibrio: \_\_\_\_ / 16

## Escala de Tinetti para la marcha

MARCHA (el paciente está de pie; debe caminar a lo largo, inicialmente con su paso habitual, luego con un paso más rápido pero seguro. Puede usar auxilios).

### 10. Inicio de la deambulación (inmediatamente después de la partida)

- 0 - con una cierta inseguridad o más de un intento
- 1 - ninguna inseguridad

### 11. Longitud y altura de paso

Pié derecho

- 0 - durante el paso el pie derecho no supera al izquierdo
- 1 - el pie derecho supera al izquierdo
- 0 - el pie derecho no se levanta completamente del suelo
- 1 - el pie derecho se levanta completamente del suelo

Pié izquierdo

- 0 - durante el paso el pie izquierdo no supera al derecho
- 1 - el pie izquierdo supera al derecho
- 0 - el pie izquierdo no se levanta completamente del suelo
- 1 - el pie izquierdo se levanta completamente del suelo

### 12. Simetría del paso

- 0 - el paso derecho no parece igual al izquierdo
- 1 - el paso derecho e izquierdo parecen iguales

### 13. Continuidad del paso

- 0 - interrumpido o discontinuo (detenciones o discordancia entre los pasos)
- 1 - continuo

### 14. Trayectoria

- 0 - marcada desviación
- 1 - leve o moderada desviación o necesita auxilios
- 2 - ausencia de desviación y de uso de auxilios

### 15. Tronco

- 0 - marcada oscilación
- 1 - ninguna oscilación, pero flexión rodillas, espalda y abre brazos durante la marcha
- 2 - Ninguna oscilación ni flexión ni uso de brazos o auxilios

### 16. Movimiento en la deambulación

- 0 - los talones están separados
- 1 - los talones casi se tocan durante la marcha

Puntaje marcha: \_\_\_\_ / 12

SUMA DE PUNTAJES: EQUILIBRIO + MARCHA: \_\_\_\_ / 28

Notas: \_\_\_\_\_

## Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit

**Instrucciones:** A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted, así, nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Puntuación. 0 = Nunca 1 = Rara vez 2 = Algunas veces 3 = Bastantes veces 4 = Casi siempre	PUNTOS
1. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
2. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	
3. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?	
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?	
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?	
8. ¿Cree que su familiar depende de usted?	
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
10. ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	
12. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?	
14. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?	
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16. ¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?	
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros?	
19. ¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?	
20. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?	
21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?	
22. Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
<b>Puntuación máxima de 88 puntos.</b> "No sobrecarga" una puntuación inferior a 46. "Sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.	<b>TOTAL</b>

Adaptado de: Zarit, S.H. et ál. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980; 20:649-655

### Cuestionario para detectar algún tipo de maltrato hacia el Adulto Mayor

Consta de 9 ítems que involucran una para maltrato físico, una para maltrato sexual, tres para psicológico, una para financiero, una para negligencia y dos para abandono.

1. ¿Alguien en casa le ha hecho daño?
2. ¿Alguien le ha tocado sin su consentimiento?
3. ¿Alguien le ha hecho hacer cosas que no quiere hacer?
4. ¿Alguien ha tomado sus cosas sin su consentimiento?
5. ¿Alguien lo ha regañado o amenazado?
6. ¿Ha firmado algún documento sin haberlo leído o entendido su contenido?
7. ¿Le tiene miedo al alguien en casa?
8. ¿Pasa mucho tiempo solo?
9. ¿Alguna vez ha dejado alguien de ayudarlo a cuidarse cuando ha necesitado ayuda?

Una sola respuesta positiva a cualquiera de las preguntas, se considera como sospecha de maltrato.

Para establecer un diagnóstico social de colapso del cuidador, se recomienda realizar las siguientes preguntas al cuidador primario:

- 1.- ¿Tiene más de dos años cuidando al adulto mayor?
- 2.- ¿Cuántas horas del día destina para el cuidado?
- 3.- ¿Es el único cuidador?
- 4.- ¿Quién más participa en el cuidado?
- 5.- ¿Se siente cansado de cuidar al adulto mayor?
- 6.- ¿Se siente desesperado?