



24
29
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**ESTRATEGIAS PARA UN PLAN DE ALTA DIRIGIDO HACIA
EL PACIENTE PSICOGERIATRICO Y SU FAMILIA**

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

OCT 12 2007

COORDINACION DE SERVICIOS
SOCIAL Y OPCIONES
TERMINALES DE TITULACION

TESIS DE INVESTIGACION

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA :

**FLORES MORALES RITA
REYES GARNICA MARIA DEL CARMEN**

Rosa Elia Mendoza Perez
ASESOR ACADÉMICO

LIC. ROSA ELIA MENDOZA PEREZ

**TESIS CON MEXICO D.F.
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A MI PADRE

EN AGRADECIMIENTO AL APOYO, CONFIANZA, RESERVO, AYUDA Y CONSEJOS ININTERRUMPIDOS QUE
ME BRINDASTE COMO PADRE Y AMIGO.

A MI ASESORA

POR JERONIMO QUERIDO POR EL CAMINO DE LA ENSEÑANZA Y RESPONSABILIDAD EN LA EDUCACIÓN
DE MI ALUMNO.

2024

CON ADMIRACIÓN Y GRACIAS A MIS AMIGOS Y FAMILIARES

POR BRINDARME SU APOYO EN LA ENSEÑANZA Y CULMINACIÓN DE LA PRESENTE TESIS.

A MI AMIGA

QUE CON SU AMOROSA ESTIMULACIÓN EN MI ENSEÑANZA DE LA ENSEÑANZA PROFESIONALIZANTE

A LA DRA. ROSA LILIA MUÑOZ PÉREZ

CON ADMIRACIÓN Y RESPECTO Y AQUELLO CON SU VALIOSA DIRIGENCIA, INDICACIONES Y ESPERANZA, LEJOS
TRANSMITIR LOS AGRADECIMIENTOS NECESARIOS A LA ENSEÑANZA DE ESTA TESIS.

AGRAZ DE GRACIAS

DEDICATORIAS

A MI HERMANO:

AGRAZOS ESPECIALES POR HABERME APOYADO INCONDICIONALMENTE SIENDO PARA MI
COMO UN PADRE ESPECIAL Y EN TODO.

MMA.

A MIS PADRES

CON GRATITUD Y CARINO, DICE CON SUS PALABRAS DE ESTÍMULO Y SOSTEN EN LOS
MOMENTOS DIFÍCILES JACOBON ASÍ COMO EN LA OBLIVION DE MI CARRERA

A MI NIÑA

DEBETTE GRACIAS POR SU COMPRENSION Y PACIENCIA, POR EL TIEMPO QUE ME LE
DEDICASTE DURANTE LA ELABORACION DE LA PRESENTE TESIS

A MIS HERMANOS

RODOLFO Y DIANA POR SU APOYO INCONDICIONAL DURANTE MI FORMACION PROFESIONAL.

MARÍA DEL CARMEN.

ÍNDICE.

		Página
1	Introducción.	1
2	Marco teórico:	3
2.1	La Psiquiatría en relación con la Geriatría.	3
2.1.1	Métodos de estudio que utiliza la Psiquiatría	5
2.1.2	Psiquiatría, Medicina y Salud Mental.	7
2.1.3	La Psiquiatría y conducta humana	7
2.2	Factores que influyen en la Psicogeriatría.	9
2.2.1	Factores biológicos.	9
2.2.2	Factores psicosociales.	10
	Necesidad y motivación.	11
	Frustración y aprendizaje.	11
	Frustración y conflicto.	12
	Amor y odio.	13
	La individualización.	13
	Persona, familia y sociedad.	13
2.3	Psicopatología Genética.	14

2.4	Síndromes psiquiátricos.	15
	Angustia.	15
	Depresión.	16
	Manía	17
	Agitación.	17
	Confusión.	18
	Delusión	18
	Demencia	18
	Neurosis.	19
	Esquizofrenia.	20
	Psicosis	20
2.5	Terapéutica psiquiátrica.	21
2.5.1	Psicoterapia individual.	21
2.5.2	Psicoterapia grupal.	21
2.5.3	Psicoterapia familiar.	23
2.5.4	Terapias cognitivas.	24
2.5.5	Terapias en Psicogeriatría.	30
	Técnicas de sensibilización y relajación corporal.	30
	Papiroflexia.	30
	Dibujo y pintura.	31

	Trabajos manuales.	31
2.6	<i>Plan de Alta.</i>	31
2.6.1	Datos de valoración en el paciente psicogeriatrico para el <i>Plan de Alta</i>	34
	Datos fisiológicos	34
	Datos cognitivos	35
	Las deestructuraciones psicomotoras	37
	Las deestructuraciones intuitivo-afectivas	38
	Las deestructuraciones intelectuales	39
	Las deestructuraciones desde el punto de vista espacial.	41
2.6.2	La participación de Enfermería en el desarrollo del <i>Plan de Alta.</i>	42
	Valoración sobre orientación a la realidad	43
2.6.3	La comunicación Enfermera-Paciente como método de datos	48
2.6.4	El personal de Enfermería en relación con el equipo de salud.	50
2.6.5	Notas	52
3	Planteamiento del problema.	57
3.1	Problema	60
4	Metodología.	61
4.1	Variables e indicadores.	62

	Variable independiente.	62
	Variable dependiente.	62
4.2	Material y método	63
	Tipo de diseño.	63
	Universo.	63
	Criterios de inclusión.	64
	Criterios de exclusión	64
	Tiempo de la investigación.	64
	Instrumentación estadística de datos.	64
	Organización de la investigación.	65
	Presupuesto.	66
5	Análisis de cuadros y gráficas	69
6	Conclusiones	70
7	Sugerencias	73
	Bibliografía.	93
	Anexo.	

I. INTRODUCCIÓN

A través del tiempo van surgiendo cambios políticos, culturales, ambientales y económicos; los cuales se reflejan en el aumento de la esperanza de vida y por ende en el aumento de la población anciana. Los ancianos representan el 7.5 % de la población general de los cuales el 2 % lo conforman las personas entre los 65 y 70 años, el 20 % son personas mayores de 80 años que padecen alteraciones psicogeriatricas importantes, siendo la demencia el principal problema.

La vejez es un periodo de la vida humana que se caracteriza por múltiples y complejos cambios, tanto físicos como psicológicos que repercuten en la salud. Durante esta etapa de la vida algunas personas se sienten fatigadas, desmemoriadas y no pueden resignarse a la pérdida del amor, del prestigio social o económico y de la capacidad intelectual.

La edad cronológica no es necesariamente un indicador del estado físico, pues el bienestar de la persona depende de su capacidad mental y de su equilibrio emocional, no obstante se considera que la etapa de transición entre la edad adulta y la ancianidad se presenta entre los 60 y 65 años. Los Gerontólogos consideran como la senectud al periodo comprendido entre los 65 y 74 años y la edad avanzada de los 75 años en adelante.

El proceso de envejecimiento es inevitable y se ve afectado por la tensión de la vida (estrés), por los hábitos alimenticios e higiénicos y por la situación socioeconómica

El presente trabajo se justifica por la necesidad que tiene el profesional de Enfermería de proporcionar educación a la familia desde el momento en que tiene hospitalizado a su anciano con algún problema psiquiátrico, así mismo, por la necesidad de apoyar con un *plan de alta*, el cual debe de entender y aplicar el familiar en su domicilio

La elaboración y el desarrollo del *plan de alta* debe de estar dirigido al paciente psicogeriatrico y a sus problemas de salud psíquica, así como el enseñar a la familia el manejo del *plan de alta* al nivel domiciliario

Los puntos específicos del presente trabajo son los siguientes 1) Elaborar del *plan de alta* proyectando diferentes estrategias que favorezcan la salud mental del anciano hospitalizado 2) Involucrar a la familia en el manejo del *plan de alta* al nivel hospitalario y domiciliario 3) Verificar la eficacia del *plan de alta* en la primera consulta posterior al egreso del paciente psicogeriatrico

Por esto nuestra investigación se ha estructurado con el fin de analizar, conocer y resaltar la atención de Enfermería en ésta área y además con ello proponer un *plan de alta*, el cual se trabajará conjuntamente a la familia, de tal manera que pueda ser realizado al nivel domiciliario en forma satisfactoria, así mismo, lograr una interacción familiar idónea. Por otra parte, se dará a conocer la importancia de las intervenciones de Enfermería dentro de la Psicogeriatría

2. MARCO TEÓRICO

Hasta hace relativamente poco tiempo, las funciones de Enfermería, en lo que respecta a la atención de los enfermos mentales, se limitaban a las tareas de administración, custodia y vigilancia del paciente psiquiátrico. Al desarrollarse la Psiquiatría dinámica, se ha abierto para Enfermería en este campo una nueva categoría de funciones o intervenciones en donde puede convertirse en agente terapéutico, por la influencia que tiene en las relaciones interpersonales con el paciente y la familia, por otra parte, la intervención de Enfermería puede modificar y favorecer el ambiente terapéutico, donde oriente y controle las interacciones de grupos de colaboración con otros miembros del equipo psiquiátrico. (1)

El *plan de alta* tiene como finalidad apoyar a la familia sobre los cuidados y resolución de necesidades del anciano psiquiátrico, de tal forma que controle su estado de salud físico y mental.

2.1 LA PSIQUIATRÍA EN RELACIÓN CON LA GERIATRÍA.

Encontramos que la Psiquiatría se puede definir de la siguiente manera:

La Psiquiatría en tanto que es una ciencia aplicada, es una rama de la Medicina que se ocupa de los trastornos mentales. (2)

La Psiquiatría es la rama de la Medicina que se ocupa de las manifestaciones y los tratamientos de las anomalías en el funcionamiento de la personalidad que afecta ya sea a la vida subjetiva del individuo o sus relaciones con los demás. Así como su capacidad para adaptarse a la vida en sociedad. (3)

La Geriátrica y la Psicogeriatría se definen como

La Medicina Geriátrica (Geriátrica) es la rama de la Medicina relacionada con los aspectos clínicos, preventivos, curativos y sociales de la enfermedad en el anciano. (4)

La Psiquiatría Geriátrica es el estudio de los trastornos mentales que afectan a los ancianos. La edad de 60 años ha sido la línea divisoria entre la Psiquiatría de adultos y la Geriátrica. (5)

Encontramos que la Psiquiatría es difícil de limitar. Por un lado tiende a expandirse por todo el ámbito de la Medicina, incluso de la Cirugía, lo físico y lo psicológico van inexplicablemente unidos, como que toda persona forma parte, por fuerza, de un ecosistema sociocultural y cósmico. Conforme crece y se diversifica, el campo de la Psiquiatría experimenta muchas y muy variadas fragmentaciones.

Así podemos concebir una Psiquiatría biológica, social, transcultural o etnopsiquiátrica, comparada, folklórica, suicidológica, psicoimmunológica, psicolingüística, hasta ampliarla dividiéndola por edades como lo es la Psicogeriatría. (6)

2.1.1 MÉTODOS DE ESTUDIO QUE UTILIZA LA PSIQUIATRÍA

LOS MÉTODOS EXPLICATIVOS de la Psiquiatría, buscan las causas de los fenómenos somatopatológicos (o psicósomáticos) y adoptan la forma discursiva razonante de los métodos científico-naturales en sus dos formas clásicas: el empírico inductivo y el hipotético deductivo. Se explican, particularmente, a las investigaciones neurofisiológicas y clínicas, por medio del análisis y la clasificación y a partir de aquí, podemos emitir algunas hipótesis, teniendo en cuenta los datos recogidos. El método científico natural explica, da razón de lo pasado o de lo que está ocurriendo y además predice sobre el futuro, puede explicar la parte instrumental de la Psicopatología, pero en cambio no puede agregar nada de valor al significado de la experiencia, a lo que ésta tiene de significativo para el sujeto. (7)

Por otra parte, los fenómenos psicopatológicos no admiten explicación alguna. La captación de los motivos de la conducta humana, las relaciones de sentido no pueden ser explicadas sino comprendidas

LOS MÉTODOS COMPRENSIVOS son propios de la ciencia de la cultura; la Psiquiatría es también una ciencia de la cultura. La esencia de la vida comprensiva es intuitiva y subjetiva. En vez de la razón, aquí priva la intuición, es decir, la visión directa e inmediata de una realidad. La comprensión de los fenómenos psiquiátricos capta el sentido de las vivencias; la comprensión no pretende alcanzar el grado de exactitud que se logra

con la explicación, sino que estos son principalmente, el clínico y el psicoanálisis que su método comprensivo por excelencia es la fenomenología (con sus tres variantes la Clínica, la Antropología y la Categorical) El método clínico nace de la empiria de los datos observables, su tendencia científico-natural hacia lo exacto genera una psicopatología en la que impera todo lo contable y medible y en la que es posible la experimentación. (8)

Como los fenómenos psicicos no se dejan captar directamente, hay que inferirlos antes de proceder a su observación y descripción, para luego pasar a su análisis y síntesis racional. En Psiquiatría cabe distinguir dos tipos de observaciones: la introspección ("mirar hacia adentro") y la extrospección ("mirar hacia afuera") La introspección se refiere a lo que el enfermo sabe y dice de si mismo, de su vida, de su sufrimiento, de su modo de sentir, de pensar, de actuar. Es la visión de lo psiquico obtenida desde adentro

Sin introspección no podríamos acceder a las vivencias ni comprender las relaciones de sentido.

La extrospección consiste, en cambio, en la observación por parte de un agente exterior, de la mimica, de los gestos y los detalles, de la conducta y del atuendo del enfermo. La extrospección es más objetiva que la introspección. (9)

2.1.2 PSQUIATRÍA, MEDICINA Y SALUD MENTAL

Nacida del tronco de la Medicina, la Psiquiatría se mantuvo aislada durante muchos años. Recién hacia la década de los años 30, por efecto del psicoanálisis y de la Medicina Psicosomática, la Psiquiatría vuelve a conectarse a la práctica Médica. Este proceso se acentúa poco después con la progresiva y cada vez más rápida instalación de servicios de psiquiatría en los hospitales generales, avanzando más y por diferentes caminos (hasta proporcionar una atención para pacientes psicogeríatras). El primero de éstos sigue siendo la Medicina Psicosomática, un conjunto de conocimientos que se refieren a la interrelación de factores psicológicos y fisiológicos observables. El enfoque psicosomático implica una actitud especial frente al enfermo (físico). Esto no se reduce a una serie de órganos o sistemas. Se trata de una persona a la cual hay que acercarse con un triple y unívoco criterio bio-psicosocial (10).

2.1.3 PSQUIATRÍA Y CONDUCTA HUMANA

En sentido amplio CONDUCTA es toda modificación de una amplia entidad con respecto a otra. Al aplicar esta definición al hombre, las entidades son organismos y ambiente, la Psiquiatría es ciencia aplicada de la conducta y trata esencialmente de las modificaciones o aberraciones del comportamiento, la conducta encubierta, por definición, no es visible en forma inmediata. Procede de una inferencia reconstructiva distinguiendo entre conductas explícitas y conductas implícitas, explícita es aquella conducta con reglas

de aparición dilucidadas e inequívocas para un observador determinado. Implícita es aquella conducta que no puede ser reducida a leyes abstractas y sólo se entiende con relación a un contexto de observación limitado. Una conducta puede ser explicada por la "dramática". Para interpretarla es accesible al observador, muchos comportamientos no verbales, con funciones semejantes en culturas distintas (por ejemplo diferentes formas de salud) son ejemplos de ello las conductas implícitas. (11)

Los ritmos biológicos como la homeostasis y la ritmicidad son manifestaciones fundamentales de los sistemas vivientes. Prácticamente para todas las funciones fisiológicas se han demostrado oscilaciones periódicas. Algunas parecen corresponder a ritmos externos (ritmo circadiano). Otros ritmos muestran periodicidad más breve, repitiéndose con estados constituyentes a más elevada frecuencia, ritmos ultradianos como por ejemplo, el sueño con movimientos oculares rápidos (REM).

Hay también ritmos constituidos por estados que se repiten con periodos de varios días, semanas o meses, ritmos infradianos. Se han descrito ritmos diurnos para diversas variables fisiológicas, por ejemplo, frecuencia de pulso, temperatura corporal, secreción de hormonas y otros. La introducción de técnicas para el registro continuo de variables fisiológicas, el resultado de estudios prolongados en condiciones de aislamiento y la investigación neurofisiológica básica son los tres aspectos más destacables en éste terreno durante los últimos años. Hay diferencias individuales en posición de fase, que adopta un determinado ritmo condicionado externamente. (12)

Al describir la fisiología de la emoción encontramos que el término EMOCIÓN es una modificación de la conducta, manifiesta componentes viscerales y autonómicos, acompañada de concomitantes subjetivos rotulados como placer y displacer. Los estímulos que generan respuestas emocionales (o que tendrán el nombre de tonalidades afectivas) son los mismos que experimentalmente sirven como estímulos incondicionales en situaciones de aprendizaje, lo cual refuerza el parentesco conceptual entre las nociones de motivación y emoción; se designan como emocionales a aquellas conductas que adquieren mayor relevancia expresiva, desplazando o anulando otras. Finalmente, si bien, las relaciones emocionales pueden exhibir fluctuaciones rítmicas, la periodicidad no es tan marcada y más bien depende de factores exteriores, por otro lado, la condicionalidad erógena es evidente en la fluctuación espontánea del "humor" y en la persistencia de "estados afectivos" o tonalidades emocionales de larga duración. Los despliegues emocionales de la especie y mantienen una relativa constancia a través de las culturas (13)

2.2 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PSICOGERIATRÍA

2.2.1 FACTORES BIOLÓGICOS

En el proceso normal del envejecimiento encontramos que en la mediana edad comienzan a notarse estos aspectos que estarán siempre presentes, aunque su desarrollo no será cronológicamente idéntico para cada capacidad (envejecimiento diferencial), ni para cada individuo; alrededor de los 30 años se asiste a un deterioro fisiológico progresivo, la

piel pierde su hidratación y elasticidad, se arruga, las varicosidades se acentúan, las venas sobresalen, los cabellos encanecen y se hacen escasos. A esto se suman las alteraciones autoperceptibles de las funciones oculares y auditivas, el incremento de la fatiga muscular y un cambio en la velocidad de respuesta de adaptación a ciertos estímulos (por ejemplo sexuales), estas modifican las alteraciones producidas en las moléculas, en las células, en los tejidos, en los órganos y aparatos, tienen repercusiones personales y serán vividas de manera totalmente distinta por cada individuo de acuerdo con sus incapacidades físicas y a la forma en que tome sus limitaciones, algunos envejecen sin llegar a una alteración psicológica, pero otros desarrollan una psicopatología. (14)

2.2.2 FACTORES PSICOSOCIALES

El hombre es fundamentalmente un ser social y Freud (1921) decía que la Psicología es ante todo Psicología social, por lo tanto, toda consideración sobre la Psicología del envejecimiento debe hacerse dentro del encuadre social donde se desarrolla y con la interacción de ambos. Así como en muchas sociedades ciertos grupos raciales sufren discriminaciones por el color de su piel, así como otros grupos por su religión y las mujeres por su sexo, los viejos en nuestra sociedad son discriminados por su edad. Esto se llama viejismo y corresponde definirlo simplemente como el prejuicio y la discriminación consecuente que se lleva a cabo contra los viejos. Si tenemos el tiempo suficiente todos llegaremos a ser viejos y pasaremos a convertirnos en las víctimas de nuestro propio

prejuicio; por el solo hecho de desconocerlo, no deja de ser real, ni deja de tener un severo efecto pernicioso sobre la salud y la felicidad de la población víctima del prejuicio. (15)

❖ **Necesidad y motivación:**

El hombre nace prematuramente y finca paradójicamente su extraordinaria posibilidad de desarrollo y aprendizaje, la extrema necesidad de cuidados maternos con que nace el niño es, al propio tiempo, la condición necesaria para que éste pueda desarrollar más tarde su enorme potencial evolutivo. Estas necesidades primarias, funcionan al modo de un movimiento de impulso-satisfacción, implica una insuficiencia endógena, biológica, tisular que tiende a satisfacerse periódicamente en el logro del objeto meta.

Las necesidades psicogénicas o metanecesidades, tales como la necesidad de conocimiento, de pertenencia y de realización personal, derivan del esfuerzo secundario de ciertas tendencias fisiológicas o también desde el punto de vista psicológico pueden denominarse adaptación y motivación. La primera por sobrevivencia y la segunda por superación. (16)

❖ **Frustración y aprendizaje:**

Cuando hay demora en la satisfacción de las necesidades en tanto no peligre la misma existencia, invade al individuo un estado de desasosiego conocido como frustración. Una respuesta primitiva a la que recurren momentáneamente aún sujetos adultos, es la satisfacción fantaseada por los deseos despertados por tales necesidades. Esta solución rápida es transitoria y ya que la necesidad se impone nuevamente, tanto más pronto, cuando

más básica sea y marca el rumbo hacia el conocimiento de la realidad. Cantidades tolerables de frustraciones permiten que se desarrolle la función básica de la prueba de realidad, que implica reconocer el origen (interno y externo) de displacer y emprender las acciones (no fantaseadas) que posiblemente reiteren la experiencia de satisfacción y la invitación de displacer. En este proceso desempeñan un papel fundamental las huellas de experiencias satisfactorias previas. Una satisfacción continua es ilimitada de todas las necesidades (utópica por lo demás) que convertirá al individuo en un objeto sin deseo, en un mundo autista, indiferencias subjetivamente del exterior

Las necesidades, el umbral de tolerancia a la frustración y los medios disponibles para salvar las dificultades dependen del grado de maduración biopsíquica de cada individuo. El aprendizaje es entonces, la capacidad que un individuo tiene de modificar o ampliar su repertorio de conductas potenciales de modo estable pero flexible. (17)

❖ **Frustración y conflicto.**

El término frustración alude a toda interferencia con la obtención del objeto meta; se presenta como una situación en la que actúan sobre el sujeto dos fuerzas más o menos equivalentes, pero de dirección contraria. Las relaciones del Yo frente a la frustración puede reducirse a la agresión, regresión (a formas de conducta más infantiles), desplazamiento y generalización de la necesidad hacia objetos metas más afines, de sustitución. Los conflictos interpersonales pueden comprenderse en términos de competición entre relaciones de conducta. (18)

❖ **Amor y odio:**

En un principio amor y odio se dan conjuntamente, al amor lo entendemos como el sentimiento experimentado por una persona hacia otra, que se manifiesta en desear su compañía, alegrarse con lo que es bueno para ella y sufrir con lo que es malo; una conducta caprichosa o contradictoria revela un cierto grado de inestabilidad o de imprecisión en el juego de los afectos interpersonales. El amor no ata, libera. Lo que ata es la dependencia, el odio, la agresividad. (19)

❖ **La individualización:**

Se entiende a la relación progresiva del sentimiento de mismidad, "el proceso de singularización y particularización de la esencia individual" (Jung, 1942), un proceso en virtud del cual el hombre, desde que nace, se va destacando como un ser único y distinto a los demás pero que, al mismo tiempo, funciona y se desarrolla en relación con el "otro", cambia y se enriquece al adaptarse a las nuevas formas de vida que le impone su cultura y por sobre todo, sigue siendo el mismo, consciente del espacio-tiempo de su existencia. (20)

❖ **Persona, familia y sociedad:**

Por persona se entiende como el centro fundamental del individuo humano. En ella cabe distinguir las siguientes propiedades: a) la experiencia e intuición de la intimidad, una intimidad a la vez psicológica y metafísica, vivencial y transvivencial; b) la libertad adoptiva, decisiva, proyectiva, creadora, apropiadora e imperativa; c) inteligencia más o menos racional; d) la vida a la vez corporal, sentimental, consciente e inconsciente, radicalmente ejecutiva y futurizadora; e) la apertura a la realidad de las cosas. Entre

persona y sociedad está la familia. Esta constituye la institución social básica donde desempeña un papel fundamental en la socialización de los niños. Hace las veces de una incubadora social. Un hogar desquiciado por tensiones internas o por el divorcio de los progenitores perturba siempre el desarrollo personal del niño. (21)

2.3 PSICOPATOLOGÍA GERIÁTRICA

La Psicopatología es el conjunto ordenado de conocimientos relativos a las anormalidades de la vida mental en todos sus aspectos, inclusive sus causas y consecuencias, así como los métodos empleados con el correspondiente propósito... su finalidad no es el estudio del individuo anormal o enfermo, sino el conocimiento de su experiencia y de su conducta, como hechos y relaciones susceptibles de ser formulados en conceptos y principios generales. La información proveniente del paciente o de otro informante resulta imperiosa por la relativa carencia de exámenes auxiliares específicos, la Psicopatología es una ciencia fundamentalmente descriptiva, donde se deben comprender las vivencias del paciente, tanto a la luz de sus experiencias tempranas como el crisol de su devenir actual, por tal, es una ciencia dinámica. (22)

El paso de los años va acompañado de diversos cambios psicológicos. Estos cambios incluyen rasgos bien conocidos, como la lentitud del pensamiento, alteraciones leves y no progresivas de la memoria reciente, reducción de las manifestaciones de entusiasmo, aumento de la desconfianza, cambios de las pautas de sueño con tendencia a las siestas

diurnas y un relativo cambio libidinal de la genitalidad, al conducto alimentario y el interior del cuerpo. La vejez puede considerarse otra de las fases del desarrollo de la vida de la persona y es un desarrollo en sentido en que no es una fase estática, las respuestas defensivas a los déficits físicos y psicosociales pueden ser antiguas y nuevas

En cada fase, el ciclo vital tiene elementos traumáticos que son específicos y propios de este grupo de edad. Los ancianos, sin embargo, han acumulado numerosas cicatrices a causa de su experiencia en todas las fuentes del sufrimiento humano. (23)

2.4 SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS

❖ **Angustia:**

Es una mezcla de miedo inconsciente, incertidumbre y desvalimiento que le acomete a uno en las circunstancias en las que vive como una amenaza para sí mismo. La angustia constituye el síntoma axial de todas las neurosis. De la angustia se derivan a su vez, como defensa a su misma angustia otros síntomas:

- **Fobia:** temores anormales circunscritos a un objeto o situación. Afectan al 8 % de la población en general.
- **Dudas, obsesiones y compulsiones.** La obsesión es una representación que se le impone al Yo, interactiva y dolorosamente, pese a que el sujeto advierta su carácter inapropiado

y carente de sentido. Las compulsiones pueden adquirir una modalidad ritual con el fin de aliviar infructuosamente a la postre la ansiedad.

- Somatizaciones diversas (conversiones histéricas)
- Pérdida súbita y breve del conocimiento (ataque de nervios)
- Pánico. Sensación de que algo terrible, mortal está por ocurrir
- Despersonalización. Sentimiento de extrañeza frente al mundo circundante y al propio cuerpo

La angustia es frecuente en el comienzo de la esquizofrenia (humor delirante) y tras la supresión de ciertas sustancias como los Barbitúricos, la Cafeína y las Anfetaminas en los drogadictos. La angustia es muy común en los ancianos y se acompaña en ocasiones de depresión, demencia y enfermedad física, el tratamiento se basa en el apoyo psicológico o tranquilizantes menores en caso necesario. (24)

❖ Depresión.

El síndrome depresivo se caracteriza fundamentalmente por dos síntomas, la tristeza patológica o vital y el desyano. El deprimido se siente desanimado, pesimista, presa fácil de la desesperanza y de la desesperación. La depresión es hoy muy frecuente en un 33 % de la población y aumenta con la edad constituyendo el trastorno de mayor importancia en los sujetos de edad avanzada. Por otra parte, la gravedad que la depresión adquiere en la vejez su evidencia por el número de suicidios que se registran en dicha edad. (25)

La frecuencia es mayor en personas de 65 años. Es muy común encontrar enfermedades subyacentes, usualmente la enfermedad es unipolar y la apatía y la falta de cuidado personal llegan frecuentemente a sospechas de demencia "pseudodemencia". Existe un alto índice de suicidios y aumenta progresivamente la mortalidad por grupo de edad, en particular en varones mayores de 80 años, la tercera parte de suicidios son por ancianos, las características de esta enfermedad son apatía, rechazo, pérdida de interés, angustia o agitación, ideas de enfermedad, culpa o pobreza, trastornos del sueño, pérdida del apetito, deshidratación, estreñimiento, tristeza, temor, desesperación (26)

❖ **Manía**

Es lo contrario de depresión. El síndrome maniaco se compone de tres síntomas: agitación psicomotora, fuga de ideas y euforia. El enfermo está en permanente actividad, duerme poco y habla mucho. Su pensamiento es versátil, tornadizo, superficial. Siempre contento, exaltante, todo le parece fácil. El tiempo es vivido a ras del presente. (27)

❖ **Agitación:**

La agitación psicomotora constituye uno de los síndromes caracterizados por crisis de movimientos desenfadados, el agitado no conoce el cansancio ni el sentimiento de esfuerzo o dificultad y es incapaz de lograr dominio por sí mismo. En la agitación psicótica, el enfermo delira y puede estar confuso y alucinado. (28)

❖ **Confusión:**

Síndrome caracterizado por la obnubilación de la consciencia, que puede llegar hasta el estupor y el coma, falsas interpretaciones, ilusiones y alucinaciones, sobre todo visuales, pensamiento incoherente, desorientación general, trastornos emocionales, que van desde el miedo y la angustia hasta la euforia, la depresión y la apatía (29)

❖ **Delusión**

Implica un trastorno de juicio, no cede ante la experiencia de la razón. El enfermo parte de premisas falsas y discurre con una lógica impecable para llegar a conclusiones inmovibles que contrarian el consenso social. Las ideas delusivas arrancan pseudopercepciones o de estados de ánimo morbosos (ideas de grandeza de los maníacos o pequeñez y culpa en los melancólicos) (30)

❖ **Demencia:**

Síndrome caracterizado por una mengua global de las funciones psíquicas, principalmente de la inteligencia.

La demencia siempre implica una lesión cerebral irreversible que ocurre después de los 15 años, cuando la personalidad supuestamente se encuentra desarrollada. El deterioro puede afectar más a unas funciones que otras, a menudo la demencia se asocia con signos neurológicos (temblor, ictus, parálisis), confusión, depresión, agitación, alucinaciones y delusiones. (31)

La demencia es un deterioro global del intelecto, memoria y personalidad sin alteraciones de la consciencia. Aproximadamente el 2 % de la población entre los 65 y 75 años y el 20 % de los mayores de 80, padecen de demencia importante. La demencia se divide en demencia senil tipo Alzheimer (DSTA o DA) (55%), demencia por infartos múltiples (15%), demencia mixta (20 a 25 %) y la comparativamente rara demencia secundaria a las siguientes enfermedades orgánicas

- ◆ Drogas: alcohol, barbitúricos
- ◆ Traumatismos: hematoma subdural
- ◆ Deficiencia de vitamina B12 "locura megaloblástica".
- ◆ Hipotiroidismo: "locura mixodematoso".
- ◆ Enfermedad maligna: no metastásica
- ◆ Hidrocefalia normotensa.
- ◆ Lesión intracraneal que ocupa espacio (LIOE) (32)

❖ **Neurosis:**

Enfermedad de la personalidad, caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales, sin alteración de su sistema de realidad, también puede definirse como la disfunción psicogénica del Yo por conflictos inconscientes, manifestados en la conducta, con autoerótica y juicio de realidad conservados. La prevalencia ocurre alrededor de los 40 años, mostrando una rápida declinación de la prevalencia de trastornos neuróticos en los ancianos.

Se caracteriza por astenia moderada y permanente, acompañada en general por agotamiento físico real e imposibilidad de aceptar la disminución de las fuerzas, hay trastornos del sueño, trastornos hipocondríacos fundamentalmente del sistema digestivo. Principalmente en el anciano se da porque hay rigidez de la personalidad, el apego a la rutina, las relaciones afectivas y sociales disminuyen, la pérdida de interés y el rechazo obstinado por lo nuevo son frecuentes (33)

❖ Esquizofrenia

Puede dividirse como temprana o tardía. Son comunes las ilusiones paranoides y el tratamiento se basa en tranquilizantes mayores (Clorpromacina) (34)

Se caracteriza por un sistema delirante bien organizado, acompañado de alucinaciones, generalmente auditivas, los síntomas prodrómicos se caracterizan por irritabilidad, aislamiento, desconfianza y conductas extravagantes que preceden meses o años (35)

❖ Psicosis:

Son perturbaciones profundas y totales de la personalidad, en las cuales el sujeto carece de consciencia de enfermedad y se altera su juicio de realidad. La presencia de ideas delirantes constituye el rasgo clínico esencial de estos trastornos. Existe una desestructuración profunda del sistema del Yo y de sus relaciones con la realidad, adquiriendo el síntoma de significado de una defensa patológica. (36)

2.5 TERAPEUTICA PSIQUIÁTRICA

2.5.1 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Es un proceso en el que se usa la relación Terapeuta-paciente para identificar, examinar y llegar a comprender el problema del paciente. Sus objetivos son el brindar el apoyo necesario para afirmar la autocrítica en los pensamientos, los sentimientos y la conducta. Este proceso proporciona al paciente mayor capacidad para establecer y mantener las relaciones interpersonales y enfrentarse a la ansiedad en forma eficiente. El proceso terapéutico refuerza la confianza del paciente hacia el Terapeuta. El papel del psicoterapeuta requiere de una psicodinamia del desarrollo y conducta del hombre. (37)

2.5.2 PSICOTERAPIA GRUPAL

La terapia grupal describe un método en el cual varias personas asisten a un número determinado de sesiones dirigidas con la finalidad de estimular la autocrítica en la consciencia de sus pensamientos y conducta. Las ventajas de dicha terapia son comprender los sentimientos y conductas de las otras personas a través de la retroalimentación y apoyo del grupo, se alienta a los individuos a cambiar su conducta y a establecer nuevas relaciones interpersonales satisfactorias con los demás. (38)

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA PSICOTERAPIA GRUPAL.

INDICACIONES:

La mayor parte de los trastornos de la personalidad

Trastornos neuróticos

Trastornos somatoformes

Crisis depresiva mayor.

Trastornos por consumo de sustancias.

Trastornos esquizofrénicos

Enfermedades médicas

Trastornos de identidad de género.

Trastornos de estrés post-traumático

Trastornos de adaptación.

CONTRAINDICACIONES:

Crisis maniaca aguda.

Trastornos de la personalidad antisocial

La psicoterapia de grupo produce cambios emocionales como resultado de sus alteraciones con otros pacientes y una mejor resocialización. (39)

Esta técnica está enfocada en estimular las funciones cognitivas, físicas y educativas a través del juego, la recreación y la sana competencia.

2.5.3 PSICOTERAPIA FAMILIAR

La familia es el núcleo primario en el que se desarrollan relaciones importantes, el trastorno psicológico se origina más probablemente durante la infancia, como resultado de participación en el patrón disfuncional de interacciones entre unos y otros padres y entre padre e hijo. Estos patrones alterados pueden persistir hasta la edad adulta por medio de la influencia sostenida de la familia de origen, lo mismo que los patrones de relación establecidos por los individuos con sus cónyuges y sus hijos. El Terapeuta puede valorar los problemas y diseñar tratamientos basándose en los datos fácilmente observables en el ambiente terapéutico. (40)

El objetivo principal es tratar a la familia como un sistema social. La terapia familiar es una forma de terapia grupal en la cual el paciente y sus familiares trabajan para tener autocritica en sus conflictos emocionales. En esta terapia lo primordial es ayudar a los familiares a conocer las necesidades de cada uno, reducir o resolver sus conflictos o ansiedades, establecer relaciones adecuadas, ayudarlos a enfrentarse en forma satisfactoria a los conflictos de su núcleo familiar y fomentar una clinica emocional propia para el crecimiento saludable de la familia. (41)

2.5.4 TERAPIAS COGNITIVAS.

❖ ORIENTACIÓN A LA REALIDAD.

La orientación a la realidad hace posible que el anciano capte los datos en casa caso dentro de su marco de referencia correspondiente al calendario, locales especiales (geográficos), bibliográficos y que se incluyan ordenadamente dentro del mismo, consiste en saber acerca de la fecha, el día, el momento del día, el mes, el año, la estación del año

La desorientación es un signo psicopatológico muy importante, la desorientación puede ser un trastorno agudo pasajero, un trastorno de consciencia con base orgánico cerebral o de una Psicosis debido a lesiones cerebrales avanzadas

Objetivos de la orientación a la realidad:

Proceso mediante el cual el individuo capta su ambiente y se sitúa mentalmente con relación a él.

- ◆ **Los elementos básicos son las repeticiones sistemáticas y constantes de información que actúa con relación al tiempo, ambiente psíquico y su relación con él.**

- ◆ **La estimulación sensorial y la repetición diaria con apoyos audiovisuales que le recuerden la fecha, hora, estación del año, lo situarán en la realidad**
- ◆ **Ayudar al anciano a mantener su autonomía, a tomar decisiones asumiendo la responsabilidad de las mismas**
- ◆ **Recuperar su confianza personal y mejorar su calidad de vida**
- ◆ **Lograr que el adulto mayor (mediante la estimulación) logre su orientación a la realidad. (42)**

❖ MEMORIA

La memoria constituye una vasta función intelectual en la que interviene todo el proceso de aprendizaje del ser humano; las funciones que realiza el hombre, van desde las más primitivas como son las de ver, escuchar, andar

Se define a la memoria como la capacidad de impresión, retención y reproducción de los acontecimientos y experiencias vividos con anterioridad. La memoria es la persistencia del pasado, una función cognoscitiva que utiliza y organiza activamente las informaciones recibidas para hacer eficaz la interacción del organismo con el ambiente, la memoria influye en la vida psíquica y biográfica del individuo y ésta a su vez influye en la memoria.

Objetivo de la estimulación de la memoria:

Es la acción y efecto de evaluar al cerebro humano, el cual tiene la misión de recoger las instrucciones y los datos iniciales que necesita y tenerlos disponibles para las siguientes fases operativas. (43)

❖ ESTIMULACIÓN VISUAL

La mayoría de los adultos empiezan a experimentar una pérdida visual aproximadamente a los 49 años. La presbiopia que es la pérdida de la visión debido al envejecimiento, es muy notable cuando un adulto tiene dificultad para leer las letras pequeñas (47)

Los ojos son órganos sensoriales responsables de transmitir los estímulos visuales a los lóbulos occipitales del cerebro donde se percibe el sentido de la visión.

Objetivo:

- Recuperar la función visual con óptimo nivel de independencia y ayudar al paciente a adaptarse al entorno para compensar los cambios visuales relacionados con el envejecimiento.

Esta terapia será ocupacional con diferente material, en el paciente anciano ya hay deficiencia en la visión, principalmente la Presbiopia (algunos de los pacientes no

presentan). En algunos pacientes se presenta la intolerancia a la claridad y a la sensibilidad a los colores como el azul fuerte, violeta y verde. (44)

❖ ESTIMULACIÓN AUDITIVA.

La discriminación es la habilidad para oír y distinguir un sonido o ruido entre los sonidos y ruidos más comunes del ambiente. Estas actividades pueden realizarse en grupos pequeños o en sesiones individuales.

Objetivo:

- Conservar la agudeza auditiva del anciano, detectar y eliminar la impactación de cerumen y adaptar el entorno del anciano para facilitar la comunicación. (45)

❖ ESTIMULACIÓN DEL OLFATO

Las células olfatorias forman la mucosa nasal y actúan como cuerpos receptores que inician impulsos asociados con el sentido del olfato.

Objetivo:

- Prescribir la lesión. (46)

❖ ESTIMULACIÓN DEL GUSTO.

El olfato y el gusto están íntimamente asociados en la boca, de hecho, muchas sustancias que uno cree saborear, realmente se percibe por el sentido olfatorio al recibir el alimento; la lengua es el órgano principal para la prueba sensitiva especial dentro de la boca, aunque también los receptores del sabor están dispuestos en la mucosa bucal.

Objetivo:

- Identificar y corregir la mala nutrición, así como valorar el sentido del gusto del anciano, pidiéndole que identifique el sabor de diferentes comidas (sal, azúcar, agridulce o ácido). (47)

❖ ESTIMULACIÓN DEL TACTO.

La piel es el órgano que envuelve y cubre al cuerpo, su papel es el proporcionar información sensitiva de los cambios ambientales, texturas, temperatura, humedad y efecto.

Objetivo:

- Evitar lesiones cutáneas. (48)

❖ REMINISCENCIA

El envejecimiento en el ser humano es un proceso biológico "normal" e irreversible que lo sitúa en ocasiones en desventaja ante el sistema social al que pertenece, esta desigualdad del individuo trae como consecuencia la pérdida de su propia valoración. Una de las conductas más interesantes y comunes en los ancianos, es su tendencia a recordar el pasado, es decir, existe una alteración en la memoria en que olvidan sucesos recientes y se recuerdan con mucho detalle el pasado, esta situación puede tener una base psicológica donde la persona decide ausentarse del doloroso presente, para vivir y armonizarse sobre etapas de un pasado más satisfactorio, es una defensa para el adulto mayor (aunque no se limita a la vejez) que se reconoce como una característica de esta etapa de la vida. (49)

La reminiscencia en el anciano es un aspecto a tomar en cuenta dentro del área gerontológica, ya que a través de ésta se va a estimular al anciano en cuanto al pasado y al presente. Esto se dará a través de terapias de rehabilitación en participaciones intergrupales que se establezcan una vez detectados, ya sean en forma individual o grupal, en una institución o residencias, por lo tanto, ésta rehabilitación será llevada específicamente por el equipo de Salud multidisciplinario. (50)

La reminiscencia es una actividad mental organizada y compleja, que actúa bajo control del Yo y varía según la estructura de personalidad; hábito de pensar en las propias experiencias pasadas o relatadas, en especial las que consideran más particularmente significativas. (51)

2.5.5 TERAPIA EN PSICOGERIATRÍA.

➤ TÉCNICA DE SENSIBILIZACIÓN Y RELAJACIÓN CORPORAL

Esta técnica se basa en la tensión y relajación de la masa muscular recorriendo en forma ordenada y planeada cada parte del cuerpo representada por los músculos que tengan mayor movilidad voluntaria.

Estos ejercicios deben ir acompañados por una buena coordinación respiratoria, indicando el movimiento de relajación con la exhalación del aire. En esta actividad se busca que el paciente vaya logrando gradualmente organizar, coordinar y controlar voluntariamente sus movimientos asociándolos con la respiración, a la vez que escucha las indicaciones del Terapeuta. (52)

➤ PAPIROFLEXIA

Técnica de estimulación senso-perceptual que permite la interacción de un todo en un sentido gestáltico y que a través de la formación de figuras de papel, se estimulan las funciones motoras finas, la memoria, la concentración y la atención principalmente. En este tipo de terapia, se puede incluir que el paciente describa una historia breve referente a la figura realizada, ya sea en forma verbal o escrita. (53)

➤ DIBUJO Y PINTURA

Técnica artística encaminada al ejercicio de la comprensión senso-perceptiva de la realidad, a través de la observación, donde se desarrollan las funciones mentales como la tensión, concentración y memoria simultáneamente con el desarrollo de la coordinación vasomotora que implica la reproducción gráfica de lo que se está afrontando, evidenciando el proceso gestáltico de integración formal (53)

➤ TRABAJOS MANUALES

Esta terapia permite que el paciente desarrolle sus funciones motoras tanto finas como gruesas, la concentración, la atención y motivación de su capacidad al elaborar objetos o artículos tanto personales como decorativos, estableciendo un ambiente de competencia grupal sano. (55)

2.6 *PLAN DE ALTA*

Un *plan de alta* se refiere de una manera selecta e integral a todos los cuidados, necesidades y actividades que debe realizar o aplicar en su hogar sólo o con ayuda de la familia el paciente que es dado de alta de una unidad hospitalaria, con el fin de facilitar la

reintegración de su medio familiar como social incrementando con el *plan de alta* el auto cuidado del paciente hacia una máxima independencia posible (56)

Es un concepto erróneo muy común creer que los ancianos son enviados directamente a una casa de la tercera edad después de que son dados de alta del hospital. La mayoría de las personas de edad avanzada regresan a sus casas ya sea directamente del hospital o después de una corta estancia en un asilo o una institución de cuidados intensivos para rehabilitación (57)

Actualmente los hospitales envían a sus casas a pacientes que no están completamente recuperados. Cuando los ancianos abandonan las instituciones, las Enfermeras del hospital de rehabilitación y las de los asilos de ancianos necesitan considerar la complejidad de sus necesidades para futuros cuidados realizando un *plan de alta* donde participe tanto el paciente como la familia

Un área especial de preocupación es el anciano que se ha hospitalizado por una enfermedad aguda y dado de alta rápidamente para que se regrese a casa o algún ambiente menos estructurado y con menor apoyo antes de estar completamente restablecido. Muchos de estos individuos no son capaces de arreglárselas por ellos mismos en casa, ya que pierden la habilidad de realizar actividades básicas como el cocinar y la higiene en el hogar, también las más complicadas como la administración de medicamentos; estas acciones desafían al anciano en su propio ambiente. (58)

Los planes de alta deben ser un esfuerzo comprensivo y coordinado iniciado tempranamente durante la estancia hospitalaria, la falla de planear propiamente la alta puede conducir a complicaciones y consecuencias adversas para el paciente (59)

La evaluación de la alta realizada por el personal de Enfermería, juega un papel vital en el plan de alta (Corkerv, 1980) Un examen mental simple provee una vista interior de la condición mental del paciente y sirve como una línea de referencia si ocurren cambios (60)

A lo largo de la estancia hospitalaria del anciano, la Enfermera continua su función como recolectora de datos y puede valorar el estado de salud del paciente y las situaciones de su vida anterior para hacer comparaciones entre el pasado y el presente. El contacto diario con los pacientes puede ayudar a la Enfermera a descubrir el manejo que debe tener en casa, aunado al tratamiento que le fue prescrito. La Enfermera puede ayudar a los ancianos psiquiátricos a mantener y maximizar sus funciones existenciales animándolos a que realicen las actividades que estos son capaces de realizar por si mismos o con ayuda.

Además, al estarlos observando cuando realizan las actividades de la vida diaria hace a la Enfermera capaz de determinar cuáles actividades requerirán una asistencia adicional cuando el paciente sea dado de alta (61)

El personal de enfermería que prevé el cuidado primario, debe comenzar a trabajar con los pacientes ancianos psiquiátricos y sus familias de manera anticipada para descubrir las

necesidades de *alta* que causan más presión y preocupación. El usar un *plan de alta* con horarios, planes y referencias establecidas de antemano antes del día de partida, ayuda al paciente a dejar la unidad hospitalaria de manera menos estresante posible. (62)

El *plan de alta*, puede ser un reto difícil ya sea de que el paciente abandone el hospital a corto o a largo plazo

La preparación para el auto cuidado necesita una planeación cuidadosa con una buena coordinación de parte de la Enfermera con las acciones a realizar. Los planes deben realizarse inmediatamente después de la admisión y continuar a lo largo de la estancia hospitalaria. El involucrar a todos los miembros del equipo de salud facilita el trabajo multidisciplinario que se enfocará en todas las necesidades del paciente. (63)

2.6.1 DATOS DE VALORACIÓN EN EL PACIENTE PSICOGERIÁTRICO PARA EL *PLAN DE ALTA.*

➤ DATOS FISIOLÓGICOS

Durante la vida del humano, conforme pasa el tiempo, el organismo sufre transformaciones de catabolismo al llegar a la tercera edad, comienza el anabolismo donde el ser humano comienza a darse cuenta de que cada vez más se va deteriorando. Estos cambios pueden producir en el paciente un desequilibrio emotivo, al grado de poder llegar a

una alteración mental. Los datos que debe valorar Enfermería para seleccionar los métodos y técnicas en el *plan de alta* son los siguientes (64)

DATOS A VALORAR:

Fuerza muscular.

Tonicidad muscular.

Movilidad de las articulaciones óseas.

Coordinación

Marcha.

Control de esfínteres

Dentición.

Problemas digestivos.

Alteraciones de los cinco sentidos.

Estado nutricional.

Alteraciones cardiorrespiratorias.

Alteración del sistema nervioso.

> DATOS COGNITIVOS.

Un factor que posteriormente puede complicar el proceso de la planeación de la *alta* para los pacientes ancianos es el daño cognitivo, como el delirio, un síndrome mental

transitorio caracterizado por un nivel de consciencia nebuloso que a menudo acompaña a la enfermedad de las personas mayores de 65 años

Los estudios indican que entre un 10 y un 40 % de los ancianos admitidos en los hospitales están agudamente confundidos. De los ancianos que no sufren confusión mental al momento de la admisión, de un 25 a 30 % desarrollan daño mental después de su admisión (Levhoff Besdine E. Wetle, 1986) (65)

Se observan igualmente los procesos de destrucción que alteran el funcionamiento interno de uno o de varios niveles de organización psíquica. Pueden estar lesionados en ciertos niveles solamente, dando entonces al conjunto fenomenal observado un aspecto de disociación parcial, pero están frecuentemente observados entre sí o generalizados, alcanzándose una verdadera discordancia psíquica (66)

Deben distinguirse dos grandes corrientes conceptuales. La primera, más bien analítica, aísla las formas parciales, psicomotriz, intuitiva, afectiva, intelectual, lingüística

La segunda, sincretista, trata de unificar todas las formas observadas en una misma entidad. Los procesos de destrucción pueden estar relativamente localizados y alcanzar de manera predominante la psicomotricidad, la esfera intuitiva afectiva, los automatismos intelectuales, especialmente los del lenguaje escrito y hablado, las síntesis mentales, etc. Pueden estar combinados o incluso generalizados. (67)

➤ LAS DESTRUCTURACIONES PSICOMOTORAS

La deestructuración se traduce al principio por una sensación de embotamiento general, que lentifica las posibilidades de acción y que evoca mas o menos a un estado de sueño, el sueño "cataleptico". Más tarde conduce a la pérdida del control voluntario en la puesta en práctica de los mecanismos psicomotores, realizando la catalepsia. Este trastorno es de orden psíquico, puesto que existe una conservación de la fuerza muscular, de los reflejos, de la sensibilidad y de la movilidad automática. El sujeto conserva la posición impuesta, de ahí el nombre de flexibilidad. Puede también acompañarse de movimientos pasivos que les son impuestos por el observador, incluso previniéndolos y después repitiéndolos casi definitivamente, realizando un automatismo psicomotor que cesa cuando es estimulada la atención del sujeto.

Sin embargo, el paciente en lugar de permanecer pasivo, puede adoptar una actitud opositora a todo el movimiento impuesto del exterior. El músculo conserva entonces una actitud y una tonicidad contractual, realizando posiciones de flexión en cuclillas, de rigidez de extensión, de muerte aparente (catatonía). Puede aparecer con el sueño y desaparecer al despertar.

A la catatonía, fenómeno psicomuscular, se le asocia en ocasiones con el rechazo a la ejecución de órdenes dadas o de actos espontáneos, es el negativismo que puede marchar a la par con una hiperquinesia.

El paciente opone así al movimiento una resistencia pasiva o activa y puede a veces manifestar súbitas impulsiones motoras. Finalmente pueden producirse movimientos incesantes, idénticos a sí mismos. Se trata de movimientos pasivos o automáticos que realizan tanto una repetición interactiva y rítmica de un mismo acto como una repetición a intervalos alejados de un mismo movimiento.

Es también clásico agregar a esto el manierismo ligado a los trastornos del tono y la regulación motriz, hecho de gestos, muecas, gestos ceremoniosos, etc. Se describe también una crisis de agitación constituida por movimientos coreiformes o de actos elementales repetidos interactivamente, gesticulaciones o faces estáticas.

Notemos aún la frecuente asociación de trastornos vasomotores, sudación, salivación, palidez terrosa de la cara, acrocianosis, trastornos tróficos, etc. (68)

➤ LAS DESTRUCTURACIONES INTUITIVO AFECTIVAS

Las deestructuraciones que se manifiestan al nivel intuitivo afectivo han sido consideradas como uno de los factores específicos de la esquizofrenia. Existen formas en que la vida afectiva intuitiva está relativamente conservada y otras formas en las que está lesionada de manera dominante por un empobrecimiento afectivo de la comunicación inter e intrapersonal; el sujeto termina por desintegrarse progresivamente del mundo exterior, de su suerte y de su porvenir, instala un sentimiento de extrañeza con relación al mundo

exterior; el paciente tiene el sentimiento de vivir en otro mundo, de ahí las sensaciones de desdoblamiento que son traducidas por diferentes expresiones como Ausencia de disgusto para los objetos repugnantes, pragmatismo o lujuria sexual, la persona llega a encerrarse en su mundo interno, la diferencia afectiva puede revertirse en una frialdad total frente a sus próximos e inclusive a transformarse en sentimiento delirante de odio (69)

➤ LAS DESTRUCTURACIONES INTELECTUALES

Interesan a los automatismos que participan en las síntesis mentales, alterando el cálculo mental, el lenguaje escrito y el hablado. En las formas menores que sólo se manifiestan por un ligero trastorno de la vigilancia, los automatismos de cálculo mental son generalmente los primeros en ser alterados.

Las alteraciones consisten en operaciones mentales elementales usando sumas y restas en las que suponen bastante complejidad, siendo éstas muy simples. Los ataques del lenguaje hablado y escrito, van habitualmente a la par con una deestructuración más importante y son de aparición tardía (78)

Las construcciones gramaticales se rompen, los tiempos y los modos son empleados con discernimiento. Las palabras pueden yuxtaponerse enseguida sin orden lógico, llegando al automatismo verbal; puede acompañarse de repeticiones de palabra realizando interacciones gráficas o verbales, reproducidas a veces interminablemente a un ritmo lento

(verbigación), por asonancia o intercalándose sin razón dentro de una secuencia del discurso (palilolia) Las palabras pueden también repetirse con eco de palabras leídas o escuchadas (ecolalia) y a veces en varias ocasiones la palabra termina también por ser destruida (coopalilalia) Las sílabas se asocian entre sí de manera anárquica pudiéndose crear neologismos desprovistos de sentido, después de las sílabas son también destruidas, las letras sufren a su vez alteraciones en el interior de una misma palabra o son proyectadas sin orden y en todos sentidos sobre cualquier superficie (papel, pared, etc)

Tales trastornos se observan habitualmente en las formas severas de destrucción, mostrando un ataque funcional de las estructuras neuropsíquicas subyacentes y puede acompañarse de desorientación

Las síntesis mentales pueden estar sujetas donde el pensamiento pierde sus capacidades permanentes de orientación hacia el mundo exterior, lo que se traduce por una alteración objetiva del espacio temporal del paciente El curso del pensamiento pierde su dinamismo y ya no permite una buena organización de sus componentes que toman un carácter difuminado. Puede estar frenado (bradipsiquía), detenido transitoriamente para reaparecer después de una manera progresiva (desvanecimiento mental) o ser interrumpida bruscamente (bloqueo) Puede inmovilizarse sobre un tema realizando un estancamiento del pensamiento o activarse para regresar sin cesar sobre éste, acompañándose de repeticiones verbales que realizan el fenómeno de la perseverancia.

Los elementos del pensamiento ya no son articulados de manera lógica, quedando tributarios de los automatismos incontrolados, irrupción de imágenes de sueño, de recuerdos, de ideas parásitas, hay ambivalencia en los temas realizándose una mezcla de ideas que pueden llegar a la incoherencia del pensamiento. Todo este conjunto procede evidentemente de fenómenos múltiples, empobrecimiento de integraciones de las percepciones sensoriales y de su contenido emocional, deficiencia de los procesos amnésicos con perturbación de la vivencia temporal y espacial. Representaciones mentales desprovistas de su contenido emotivo, afectivo, etc. (70)

➤ LAS DESTRUCTURACIONES DESDE EL PUNTO DE VISTA ESPACIAL

Predomina habitualmente al nivel de la organización psíquica más evolucionada que sustenta diversas funciones: vigilancia, orientación, controles relacionados con las regulaciones concernientes a las analogías sensibles y los circuitos lógicos, controles sobre la iniciativa motora, lenguaje hablado y escrito, etc.

A este nivel, puede interesar de manera variable diversas regulaciones, vigilancia y trastornos de la iniciativa motora, vigilancia y regulaciones de los procesos que participan en las síntesis mentales, etc.

No obstante, la deestructuración puede también predominar en otros niveles, especialmente el emotivo, afectivo o el intuitivo, bajo diversas formas aisladas o asociadas

de modo distinto. Da un efecto de la comunicación con el mundo exterior que puede conducir incluso al aislamiento del enfermo, al repliegue sobre el mismo y favorecer una toma de consciencia errónea de los fenómenos pertenecientes al mundo exterior. Puede acompañarse también de otras manifestaciones patológicas, especialmente de variaciones tímicas que crean al agravarse eventuales convicciones delirantes. Pueden también manifestarse irrupciones brutales y mal controladas de conductas auto o heteroagresivas que pueden ir hasta el suicidio o el crimen.

2.6.2 LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL DESARROLLO DEL PLAN DE ALTA.

La Enfermera debe primero conducir asesoría cuidadosa del estado mental del paciente para determinar la causa subyacente. El proveer un ambiente seguro y el mejor estado mental siguen siendo la principal prioridad de las Enfermeras cuando un paciente psiquiátrico está dentro de una institución de salud, donde el paciente se sienta seguro y protegido durante su estancia. Algunas intervenciones que ayudan a llenar estas necesidades pueden incluir: orientación al paciente en tiempo, lugar y espacio, concienciar y dar orientación a los familiares sobre los cuidados y necesidades que deben brindar a su paciente, desarrollar métodos y técnicas que interesen al paciente para la aplicación del autocuidado favoreciendo la mayor independencia posible con el desarrollo de funciones físicas y cognitivas, proporcionando un ambiente terapéutico confortable.

Los pacientes con problemas de salud complejos, frecuentemente toman una gran variedad de medicamentos que pueden contribuir a agravar el delirio o la demencia. En particular, los analgésicos, narcóticos, sedantes hipnóticos y los agentes relacionados a la afección adversa del estado mental del anciano, por lo cual, deben utilizarse con moderación y precaución

La Enfermera puede y debe evaluar el balance hidroelectrolítico, la nutrición y el estado mental ya que una deshidratación o hipocalcemia pueden causar delirio, una deficiencia de vitaminas puede causar complicación demencial. El implementar estrategias de Enfermería diseñadas para preservar y mejorar el funcionamiento del estado tanto físico como mental del anciano previene un declive en el futuro de su estado de salud así como la necesidad de regresar a una institución donde su estancia necesitará de más tiempo. (71)

➤ VALORACIÓN SOBRE LA ORIENTACIÓN A LA REALIDAD.

La relación del observador (Enfermería) y del paciente, puede estar perturbada a causa únicamente del paciente o como consecuencia de las interferencias que se producen entre las incitaciones del observador y el modo de reacción del sujeto observado. De todas formas, incluso si el clínico puede modificar ciertos datos por su comportamiento y su método, las fuentes del trastorno permanecen en la personalidad del paciente y el funcionamiento de los elementos que participan en ella.

Para que la Enfermera aplique sus métodos y técnicas, debe tener en cuenta los principales elementos entre los múltiples factores que participan en su objetivo de observación (72)

Las relaciones internas del paciente con su trastorno, pueden ser independientes de las diversas etapas de su personalidad y de las innumerables experiencias vividas en su paso. Esto implica el reconocimiento de la vivencia anterior del paciente en una sucesión de espacio y tiempo correspondiente a su desarrollo, donde la Enfermera debe contemplar no tanto una suma de síntomas, pero si una integración de disfunciones de diversas organizaciones psíquicas que conducen a los síntomas observados (73)

Se debe de considerar la destrucción, la cual es considerada habitualmente en psiquiatría como un fenómeno de connotación Neojaksoniana, donde la alteración de una estructura psicofuncional entraña la liberación de estructuras subyacentes llegando a la desaparición funcional de una estructura adquirida. Pueden trastornar la integración de la vivencia del paciente al mundo exterior, alterando el espacio y temporalidad subjetiva, que condiciona la adaptación del sujeto a la vida cotidiana. Puede también afectar a la interacción funcional de las diversas organizaciones psíquicas, dejando entonces que se manifiesten las organizaciones alteradas o residuales por su propia cuenta. Cuando son momentáneas y aparecen rápidamente y de manera repetida, dejando lugar a la reaparición del pensamiento consciente y reflexivo, puede dar la impresión de modos de pensamiento simultáneo, uno normal y el otro patológico. Pueden finalmente, interrumpir la integración de los diversos circuitos que participan en el funcionamiento interno de una o varias de

estas organizaciones y hasta extenderse a su conjunto, dejando entonces la apariencia de disociación o de una dislocación psíquica, la integración de los automatismos y de diversas organizaciones psíquicas se realiza de manera incoherente e inarmónica (74)

Es importante que Enfermería considere al paciente como un ser integrado, donde participan infinidad de factores y causas que orientan o proporcionan su estado de salud, es de esta forma que Enfermería debe tener un personal profesional, el cual localice los aspectos que interfieren en el avance de la recuperación o estabilidad de salud del paciente (75)

Uno de los factores ya mencionados que se involucran con el paciente son los trastornos de espacio y temporalidad que disgregan al mundo subjetivo del paciente del mundo objetivo del observador, son estudiados bajo el aspecto de la desorientación temporo-espacial

Estos trastornos constituyen en si mismos fenómenos complejos, verdadera destrucción primaria del psiquismo que perturba las referencias fundamentales indispensables para la elaboración de una coherencia de la vida interior y de sus relaciones con la realidad. La desorientación temporo-espacial se considera habitualmente de manera unitaria y global, no permite orientar nuestra situación presente dentro del tiempo y del espacio. (76)

El espacio y el tiempo han sido estudiados de forma separada en diversas perspectivas: filosófica, psicológica, neurológica, psicopatológica, psiquiátrica, cibernética, etc. La

desorientación aislada en el tiempo sería excepcional. La Psiquiatría actual utiliza la noción de desorientación temporo-espacial siguiendo un razonamiento lineal reversible, toda confusión se acompaña de desorientación y dicha desorientación representa a la confusión (77)

Los trastornos del espacio-temporalidad son estudiados a partir de los dos conjuntos constitutivos, los trastornos de orientación en el espacio y en el tiempo son susceptibles de integrarse o asociarse. Estos mismos están divididos en tres subconjuntos, homólogos para el espacio y el tiempo: espacio ambiental inmediato y tiempo actual al momento de la observación, espacio rememorado y tiempo vivido pasado, espacio reconstruido y tiempo vivido futuro (78)

EL ESPACIO: El reconocimiento de la orientación espacial se realiza esquemáticamente a partir de los siguientes datos:

El espacio inmediatamente percibido es aquel dentro del cual el sujeto se sitúa. Sus perturbaciones son las más aparentes a la observación directa, puesto que se manifiestan por una desorientación evidente, rápidamente percibida por el observador. Por ejemplo, el sujeto no sabe o no se reconoce en el sitio en el que se encuentra (79)

El espacio remoderado es aquel que el paciente puede reconstruir al recordar. Sus perturbaciones corren frecuentemente a la par con las precedentes. Así, el enfermo se

pierde cuando se aleja de un lugar y debe retornar. Por ejemplo, es incapaz de recordar el camino seguido para llegar a partir de su domicilio (80)

El espacio proyectado es aquel que el sujeto construye con la ayuda de percepciones anteriores, de rememoraciones y de transposición en otro espacio. Esta espacialización puede ser perturbada en circunstancias sumamente variables. Por ejemplo, puede situar muy bien sobre una hoja de papel las regiones y las ciudades de su país aprendidas anteriormente en la escuela, sin embargo, no es capaz de esquematizar la topografía de la ciudad en la que habita, por que debe habitualmente reconstruir esta por si mismo (81)

TIEMPO. el reconocimiento de los trastornos de orientación con el tiempo se realiza esquemáticamente a partir de los datos siguientes

El tiempo presente es aquel que es percibido de manera directa con la ayuda de sus diferentes fuentes de información (calendarios, periódicos, reloj, radio, T V) o de manera indirecta por la experiencia (estación, temporada, luminosidad, presencia significativa de ciertas plantas y animales) Su reconocimiento pone en juego de manera prioritaria a las percepciones, aún si la memoria también se encuentra implicada. Sus perturbaciones son más aparentes al observador, puesto que se manifiestan inmediatamente por una desorientación evidente donde el paciente queda perdido en el tiempo, no sabe la hora, el día, la fecha, el mes, el año, etc. (82)

Estos trastornos corren frecuentemente a la par con los que conciernen al tiempo presente, pero pueden estar relativamente aislados y coexistir con una orientación temporal inmediata bastante satisfactoria. La Enfermera debe interrogar al paciente sobre la sucesión de acontecimientos vividos, su intervalo, su duración con relación a lo que puede ser verificado para obtener una valoración. (83)

Finalmente, el tiempo futuro se muestra como una proyección establecida a partir de relaciones temporales vividas o construidas anteriormente por el sujeto. De la misma manera que para el espacio, la Enfermera debe diferenciar un futuro proyectado con la ayuda de adquisiciones aprendidas o habituales, como los meses y las estaciones, las fiestas por venir y una temporalidad verdaderamente construida con la ayuda de relaciones establecidas anteriormente por el paciente, como la programación temporal detallada de un proyecto. (84)

2.6.3 LA COMUNICACION ENFERMERA-PACIENTE COMO MÉTODO DE OBTENCIÓN DE DATOS

La relación entre Enfermera y paciente puede ser la base para la obtención de datos específicos, ya sea individualmente con el paciente o en forma grupal, donde participe un grupo de pacientes, familiares o ambos, el paciente aprende a socializarse, a expresar sus sentimientos, deseos, gustos, inconformidades con respecto a todo el ambiente que le rodea. (85)

El primer paso que Enfermería debe realizar durante el proceso de la comunicación es, valorar los problemas que el paciente tiene en cuanto a comunicación interpersonal, permitiéndole realizar una auto-evaluación de sus problemas (y sus cualidades). También la comunicación se puede realizar mediante la escritura, donde se le pide al paciente que realice un cuento, que complete frases, o que escriba lo más importante para él sobre un tema visto. Aunque también, si el paciente tiene problemas de lenguaje o simplemente no desea hablar puede tomar como opción la escritura (86).

Una comunicación aparentemente satisfactoria puede mantenerse con síntesis mentales perturbadas que no se encuentran implicadas en el modo de la comunicación adoptado y una mala comunicación no implica necesariamente una alteración de la síntesis mental.

De tal manera, la comunicación defectuosa con el medio exterior puede estar aparentemente ligada a un trastorno de recepción de estímulos externos, puede estar ligada con un trastorno de la capacidad de expresión del paciente. La comunicación puede ser aún más o menos perturbada voluntariamente por el paciente por diferentes razones, relacionadas con sus capacidades energéticas o de defensa frente al medio exterior (87).

Cualquiera que sea el modo de perturbación de la comunicación, el trastorno depende de diferentes niveles: sensorio-psíquico, intelectual, emotivo-afectivo, intuitivo. Pero cualquiera que sea el caso, la comunicación siempre nos indicará algún dato para

aplicar métodos y técnicas en pro del mejoramiento o establecimiento del estado de salud del paciente (88)

2 6 4 EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON EL EQUIPO DE SALUD

El cuidado de un equipo provoca los mejores alcances para el *plan de alta* de un paciente dañado. El equipo de salud involucra la integración de los recursos del paciente, familia, institución y comunidad (Neidlinger Scroggins e Kennedy) (89)

La evaluación inicial de Enfermería del estado de salud del paciente y la secuencia de dicha evaluación, proveen una base de datos para todos los miembros del equipo multidisciplinario, los cuales complementan el cuidado de enfermería (90)

Antes de que el paciente sea dado de *alta*, la Enfermera puede obtener un suministro de datos de todos los miembros del equipo de salud para discutir las recomendaciones que debe llevar el *plan de alta*. Los miembros de la familia y los amigos cercanos forman otra parte vital del equipo, ya que en el hogar, los familiares serán las personas encargadas de los cuidados de salud del paciente. Densen (1991), encontró que cerca de tres cuartas partes de los ancianos dados de *alta* del hospital, regresan a sus casas con apoyo informal como fuente primaria de cuidados (91)

Las personas que ofrecen apoyo formal no solo son una fuente valiosa de cuidados para el anciano dañado, sino que también le dan a la Enfermera importante información sobre el ambiente y las condiciones del hombre. Todos los involucrados en el cuidado del anciano necesitan ser instruidos sobre el régimen a seguir después de la *alta* del paciente. Esta enseñanza a menudo requiere modificación de las estrategias tradicionales, ya que en el ambiente del hogar es diferente al del hospital. (92)

Deben hacerse arreglos especiales para después de la *alta* para aquellos ancianos que viven solos. Debe garantizarse una evolución cuidadosa del ambiente hogareño, para la seguridad y disponibilidad de sistemas de apoyo. Pero el miembro más importante del equipo de *alta* debe de ser el paciente anciano, si se le es orientado, podrá dentro de sus capacidades, realizar actividades que necesita una vez que sea dado de *alta*, o simplemente ser más participativo con la o las personas que le proporcionan los cuidados en su hogar. (93)

2.6.5 NOTAS.

- (1) MATHENEY, TOPALIS Enfermeria Psiquiátrica p V.
- (2) VIDAL, Enrique Psiquiatría p 23
- (3) KOLB C, Lawrance Psiquiatría Clínica Moderna p 1.
- (4) CONI, William Geriatría p 12
- (5) Idem p 12
- (6) VIDAL, Enrique Psiquiatría pp 25-28
- (7) Idem p. 29
- (8) Idem p 30.
- (9) Idem p. 31.
- (10) Idem p 32
- (11) Idem pp 61-62
- (12) Idem pp 66-67.
- (13) Idem p. 68
- (14) SALVAREZZA, Leopoldo. Psicogeriatría p. 115.
- (15) Idem p. 116
- (16) VIDAL, Enrique. Psiquiatría pp 88-89.
- (17) Idem pp 89-90.
- (18) Idem p. 91.
- (19) Idem p. 92.
- (20) Idem p. 93.
- (21) Idem pp. 96-97.

- (22) Idem pp 139-140
- (23) KAPLAN I, Harold Compendio de Psiquiatria p 420.
- (24) VIDAL, Enrique Psiquiatria pp 214-215
- (25) Idem p 215
- (26) CONI, Nicolas Geriatría p 71
- (27) VIDAL, Enrique Psiquiatria pp. 88-89
- (28) Idem p 216
- (29) Idem p 216
- (30) Idem. p. 217
- (31) Idem. p 218
- (32) CONI, Nicolas Geriatría p 71
- (33) VIDAL, Enrique Psiquiatria pp 88-89
- (34) CONI, Nicolas Geriatría p 71
- (35) VIDAL, Enrique Psiquiatria pp 88-89
- (36) Idem p 478
- (37) LAWRENCE, Annie Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental p. 39
- (38) Idem p 39
- (39) HOWARD H, Goldman Psiquiatria General p 568
- (40) Idem p 576
- (41) LAWRENCE, Annie Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental p. 39.
- (42) KRASSOIEVITCH, M Orientación a la Realidad p 10
- (43) Idem. p. 15.
- (44) Idem. p. 16.

- (45) CORBOLLA R, Juan TOMLIMSON B E, BLESSED G Geriatría pp 67-74
- (46) Idem pp 74-80
- (47) Lucekonotte Annetter Valoración Geriátrica p 264
- (48) Idem pp 265-266
- (49) Idem pp 266-267
- (50) Idem pp 267-268
- (51) Idem pp 268-269
- (52) Idem pp 270-271
- (53) Idem pp 271-274
- (54) Carnevali M. Patrick Tratado de Gerontología, pp. 130-135
- (55) Idem pp. 135-137
- (56) Idem pp 137-140.
- (57) ROCHE B Andrés SAENZ C. Alfonso Programa Especifico de Orientación a la Realidad p 2
- (58) Idem p. 2
- (59) Idem p. 3.
- (60) Idem. p. 3.
- (61) DELLASEGF Cherryl SHELLENBARGER, Teresa. Elaboración de Un Plan de Alta en Pacientes Ancianos p 1.
- (62) Idem. p. 1.
- (63) Idem. pp. 1-2
- (64) Idem. p. 3.
- (65) Idem. p. 3.

- (66) Idem. p. 3.
- (67) Idem p. 4
- (68) Idem. p. 7
- (69) DOVAL M. MATHY. Evaluación de la Salud en el Anciano pp. 7-10
- (70) DELLASEGF. Cheryl, SHELLNBARGER. Teresa. Elaboración de Un Plan de Alta en Pacientes Ancianos p. 1
- (71) PIERRE Marchais, Procesos Psicopatológicos en el Adulto p. 230
- (72) Idem pp. 239-252
- (73) Idem. p. 252.
- (74) Idem. p. 254.
- (75) Idem pp. 255-257
- (76) Idem pp. 259-262
- (77) Idem. p. 263.
- (78) Idem pp. 264-265.
- (79) Idem pp. 266-268.
- (80) Idem. pp. 266-268.
- (81) Idem. pp. 270-274.
- (82) Idem pp. 274-280
- (83) Idem pp. 281-287.
- (84) DELLASEGF. Cheryl SHELLNBARGER. Teresa. Elaboración de Un Plan de Alta en Pacientes Ancianos pp. 2-3.
- (85) Idem. p. 3.
- (86) Idem. p. 3.

- (87) PIERRE. Marchais. Procesos Psicopatológicos en el Adulto p 293
- (88) DELLASEGF Cheryl SHELLENBARGER Teresa Elaboración de Un Plan de Alta en Pacientes Ancianos pp 5-6
- (89) PIERRE Marchais Procesos Psicopatológicos en el Adulto pp 281-284
- (90) Idem pp 285-286
- (91) Idem p. 287.
- (92) Idem pp 288-292
- (93) Idem. p 293.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conforme la ciencia avanza, el campo de la Medicina se especializa cada vez más considerando principalmente los grupos vulnerables, así como las patologías de mayor incidencia. Los ancianos representan el 7.5% de la población en general de los cuales el 2% lo conforman las personas entre los 65 y 70 años y el 20% son mayores de 80 años, padecen alteraciones psicogerítricas importantes, siendo demencia el principal problema.

En el desarrollo de una alteración mental intervienen aspectos físicos, psicológicos y sociales, los cuales interactúan entre sí, en el anciano encontramos que a partir de los 60 años comienza una etapa de anabolismo, donde las funciones físicas sufren modificaciones, principalmente en el estado mental. Los neurotransmisores del SNC son sustancias químicas que actúan como estimulantes o inhibidores, entre estos podemos encontrar a la Acetilcolina, las Catecolaminas (Adrenalina y Noradrenalina) y la Dopamina. En el anciano hay disminución de estas sustancias, las estructuras neuronales presentan alteraciones que impiden la distribución de los neurotransmisores y por consecuencia la limitación de las funciones mentales, como es la pérdida de la orientación a la realidad y cambio de conducta aunado a los aspectos hereditarios, consumo de sustancias nocivas (alcohol), medicamentos o drogas, lo que desencadena una evolución más rápida de las alteraciones mentales.

Otra forma en que el anciano puede desarrollar una psicopatología es cuando se da cuenta de sus limitaciones físicas, como la disminución de la marcha, de la fuerza muscular, de la coordinación, disminución de las funciones de los cinco sentidos y además se confronta con la apariencia física. Todo ello hace que el anciano no acepte su realidad, creando estados de confusión, estrés, angustia, depresión. Sobre todo cuando toda su vida ha sido activo o independiente. Otros aspectos que contribuyen en su salud mental son la jubilación o la falta de oportunidades para desarrollar un trabajo que les proporcione ingresos económicos llegando a la necesidad de depender principalmente de sus familiares u otras personas.

La sociedad también influye en el estado de salud mental del anciano, ya que por lo general son rechazados al no ser autosuficientes y productivos, por lo cual, llegan a ser considerados como una carga. Sin embargo, la mayoría de los ancianos pueden desarrollar alguna actividad que no exija esfuerzo físico. La situación cambia cuando el anciano presenta una alteración psiquiátrica, ya que en su mayoría son del todo desplazados de los grupos sociales por considerarlos personas de alto peligro, relacionándolo a un comportamiento anormal.

Los síndromes psicogeríátricos pueden ir desde la angustia, depresión, manía, agitación, confusión, demencia, esquizofrenia hasta llegar a una psicosis.

Las alteraciones de mayor relevancia en los ancianos son: las demencias que implican una lesión cerebral del intelecto, memoria y personalidad sin alteraciones de la conciencia.

Un 22 % de los ancianos después de los 65 años presentan demencias importantes, estas se clasifican en tipo Alzheimer (DSTA o DA), demencia por infartos múltiples, demencia mixta y las comparativamente raras a enfermedades o traumatismos. Las esquizofrenias se caracterizan por un síntoma delirante bien organizado, acompañado de alucinaciones generalmente auditivas, son comunes los síntomas prodrómicos de irritabilidad, aislamiento, desconfianza y conductas extravagantes. Las psicosis son perturbaciones profundas y totales de la personalidad, el anciano carece de consciencia y se altera su juicio de realidad, presenta ideas delirantes, adquiere el síntoma de significado de defensa patológica.

Cuando un anciano psiquiátrico vive con sus familiares, el problema que se presenta es la dificultad del manejo por desconocer los cuidados que requiere, viéndose en la necesidad de acudir al hospital en donde al anciano se le da estancia por periodos prolongados. Para evitar esta situación que no es necesaria, es importante que los familiares tengan la orientación necesaria sobre el cuidado integral que pueden proporcionar en su hogar al anciano psiquiátrico. Una de las formas en que se puede lograr, es mediante la realización de un *plan de alta*, el cual tiene que estar proyectado con estrategias que cubran todas las necesidades bio-psicosociales, culturales y espirituales, con un enfoque de actividades que puedan realizar los ancianos en su hogar, ya sean solos o con la ayuda de sus familiares.

Los *planes de alta* deben ser realizados principalmente por el personal de Enfermería, ya que es el profesional con quien el anciano se encuentra más en contacto. Es por ello que la Enfermera a través de la valoración se da cuenta de las necesidades del anciano, para que

posteriormente realice sus diagnósticos de enfermería y el plan de cuidados, en el cual pone en práctica conjuntamente al equipo interdisciplinario. Así mismo, es en este momento donde involucra a la familia y al propio paciente, conforme se van realizando las intervenciones de Enfermería, el cual debe ir evaluando para así saber los cambios que puede realizar en forma oportuna.

Aj estar realizando el Servicio Social en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" en el área de psicogeriatría, nos inquieto la falta de conocimientos que tienen los familiares para manejar a su anciano con alteraciones mentales en su hogar. Este aspecto lo observamos por el constante reingreso de estos ancianos a la unidad, por lo que decidimos realizar la investigación sobre las estrategias para elaborar un *plan de alta* dirigido al paciente psicogeriatrico y familia.

3.1 PROBLEMA

¿Cuáles serán las características para un *plan de alta* dirigido al anciano psiquiátrico y la orientación que la familia requiere para proporcionar un cuidado integral del anciano en su hogar?

4 METODOLOGÍA.

En primer término se detectaron las necesidades de los familiares para manejar al anciano en su hogar, se escogió un grupo de 39 ancianos con problemas psiquiátricos que cubrieran un promedio de estancia entre 15, 20 a 30 días, a los cuales se les pidió su autorización para tomar parte del grupo de investigación, así mismo, se les abordó a los familiares para que se incluyeran en el estudio. Posteriormente se elaboraron dos cuestionarios y un programa de intervenciones de Enfermería.

La investigación se desarrolló de la siguiente manera: los cuestionarios se aplicaron en dos etapas, la primera etapa fue al inicio del internamiento del anciano, en donde en forma separada se aplicaron un cuestionario para el paciente anciano y el otro para el familiar. Después de esta aplicación se procedió a trabajar con el anciano en el programa de actividades diseñado para habilitarlo de un mejor desempeño para las actividades de la vida diaria, tanto físicas como mentales, también fueron involucrados los familiares en dichas actividades, para que posteriormente las realizaran en su hogar. Al egreso del paciente, se les proporcionaban las recomendaciones específicas para la continuación de dicho programa. La segunda etapa en la cual se aplicaron los cuestionarios fue al regresar el anciano al hospital en su primera consulta (posterior al egreso), así mismo se aplicaron por separado las encuestas al anciano y al mismo familiar encuestado en la primera etapa.

4.1 VARIABLES E INDICADORES

INDEPENDIENTE: *plan de alta* dirigido a pacientes psicogeriátricos y familiares

VARIABLES	INDICADORES
Edad	Más de 60 años
Sexo	Masculino o femenino
Hábitos higiénicos	Baja/regular, eficiente
Patología	Demencia/esquizofrenia/psicosis
Actividad física	Sí/no
Recreación	Sí/no
Estado civil	Casado/viudo/soltero
Nivel económico	Bajo/medio/alto
Toxico-adicciones	Alcohol/inhalantes/medicamentos
Psicopatología hereditaria	Sí/no

DEPENDIENTE: calidad de vida del paciente atendido mediante el *plan de alta* propuesto.

VARIABLES	INDICADORES
Enfermedad crónica degenerativa	D.M/hipert.ar/E.V.C
Económico	Dependiente/independiente
Comunicación y apoyo	Sí/no
Lo visita la familia	Sí/no

4.2 MATERIAL Y MÉTODO

□ TIPOS DE DISEÑO

La presente investigación a realizar se considera como

- 1. DESCRIPTIVA**
- 2. OBSERVACIONAL**
- 3. LONGITUDINAL**
- 4. TRANSVERSAL**
- 5. RETROSPECTIVA**

□ UNIVERSO

Hombres y mujeres mayores de 60 años que se encuentren hospitalizados en el área de psicogeriatría del sexto piso del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

La población en estudio será considerada solo aquellas personas pertenecientes a la tercera edad y se seleccionarán para la investigación un número de 39 ancianos correspondiendo de:

Senilidad de 60 a 80 años

Ancianidad de 80 a 100 años

Longevidad de 100 en adelante

□ CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Hombres y mujeres de 60 años hospitalizados en el área de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"

□ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Hombres y mujeres de 60 años que no se encuentren hospitalizados en el área de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

□ TIEMPO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizará durante el mes de octubre de 1995 al mes de agosto de 1996.

□ INSTRUMENTACIÓN, ESTADÍSTICA DE DATOS.

RECOLECCIÓN.

Por medio de la entrevista donde se aplicaron dos encuestas, tanto a los pacientes como a los familiares; la primera encuesta se realizó al ingreso del paciente y la segunda encuesta al egreso del paciente en la primera consulta

INSTRUMENTO.

Por medio de un cuestionario que consta de preguntas cerradas y preguntas abiertas (datos verbales o escritos)

CLASIFICACIÓN DE DATOS

Se realizará en acuerdo con las variables indicadas

RECUENTO

Se hará mediante paloteo

PRESENTACIÓN

Por medio de cuadros y gráficas

ANÁLISIS.

Se obtendrá en acuerdo con los factores de riesgo con relación al manejo que la familia proporciona al anciano psicogeriátrico.

o ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Aspectos legales: Los sujetos que participan en el estudio se les protegerá al máximo de:

- I. **Daño físico**
- II. **Daño psicológico.**
- III. **Daño social.**
- IV. **No invadiremos aspectos de su vida privada**
- V. **Garantizar el carácter confidencial de su participación**
- VI. **El sujeto tiene derecho a decidir, participar en el estudio, seguir en él o retirarse cuando lo considere necesario**
- VII **Se informarán a los participantes de los objetivos y metodología**

□ **PRESUPUESTO**

RECURSOS HUMANOS

- **Un asesor académico.**
- **Dos pasantes de licenciatura en Enfermería y Obstetricia.**
- **Treintinueve pacientes ancianos**

RECURSOS MATERIALES.

- **Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" sólo el sexto piso del área de psicogeriatría.**
- **Hojas blancas tamaño carta**
- **Hojas de papel stock.**

- **Formato del cuestionario**
- **Lápices**
- **Gomas**
- **Sacapuntas**
- **Plumas**
- **Reglas**
- **Folders**
- **Máquina de escribir**
- **Computadora e impresora**
- **Plastilina de varios colores**
- **Pegamento líquido y adhesivo**
- **Papel lustre de varios colores**
- **Papel crepé de varios colores**
- **Palitos de paleta**
- **Cucharitas de madera**
- **Colores**
- **Crayolas**
- **Acuarelas**
- **Juegos de mesa**
- **Estambre de varios colores**
- **Rafia**
- **Cartulinas**

- Rotafolios
- Calcomanías
- Revistas
- Periódicos
- Cuentos.
- Agujas de canebá de plástico
- Manta para bordado
- Globos
- Marcadores
- Pastas para sopa de varios tamaños y figuras.
- Papel higiénico
- Alambre.
- Hilos de varios colores
- Galletas surtidas
- Conos de papel
- Gises de varios colores
- Bolsas de papel chicas
- Dulces.
- Confeti.
- Frutas naturales y de plástico.
- Casetes y discos compactos.

6. ANÁLISIS DE CUADROS Y GRÁFICOS.

CUADRO NUM. 1
EDAD Y SEXO

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
60-70	18	14	32	82
70-80	1	4	5	12.8
80-90	2	0	2	5.2
TOTAL	21	18	39	100

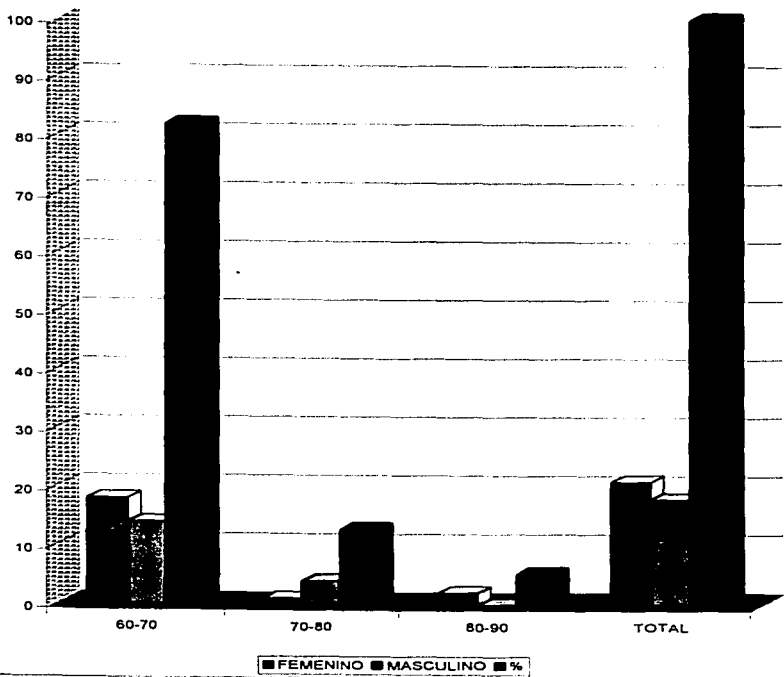
FUENTE:

CUESTIONARIO APLICADO A LOS PACIENTES PSICOGERIÁTRICOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL "FRAY BERNARDINO ALVAREZ", EN EL 6° PISO DE PSICOGERIATRÍA, OCTUBRE DE 1995/AGOSTO DE 1996

ANÁLISIS CUADRO NUM. 1:

EL TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADOS FUE DE 39, DE LOS CUALES 21 PERTENECEN AL SEXO FEMENINO Y 18 AL SEXO MASCULINO. EL 82% FLUCTUA ENTRE LOS 60 Y 70 AÑOS DE EDAD.

GRÁFICO NUM. 1 EDAD Y SEXO



CUADRO NUM. 2
ESTADO CIVIL Y SEXO

ESTADO CIVIL	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
SOLTERO	5	2	7	18
CASADO	4	9	13	33.4
VIUDO	8	2	10	25.6
DIVORCIADO	4	4	8	20.5
UNION LIBRE	0	1	1	2.5
TOTAL	21	18	39	100

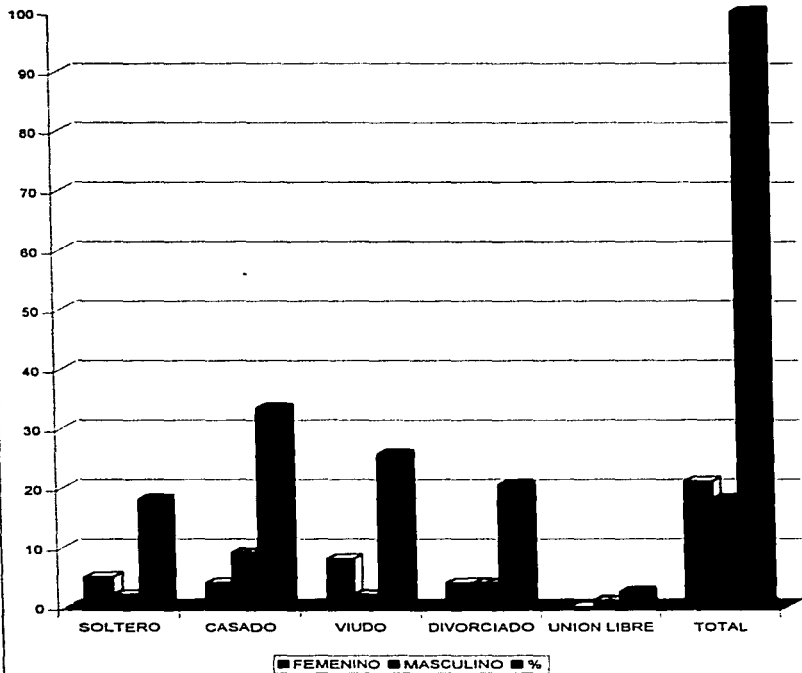
FUENTE:

MISMA DEL CUADRO NUM. 1

ANÁLISIS CUADRO NUM. 2:

REFERENTE AL ESTADO CIVIL SE OBSERVA QUE EL 33.4% SON PERSONAS CASADAS, EL 25.6% SON VIUDOS, EL 20.5% ESTAN DIVORCIADOS, EL 18% SON SOLTEROS Y EL 2.5% VIVE EN UNIÓN LIBRE.

GRÁFICO NUM. 2 ESTADO CIVIL Y SEXO



CUADRO NUM. 3
DIAGNÓSTICO MÉDICO

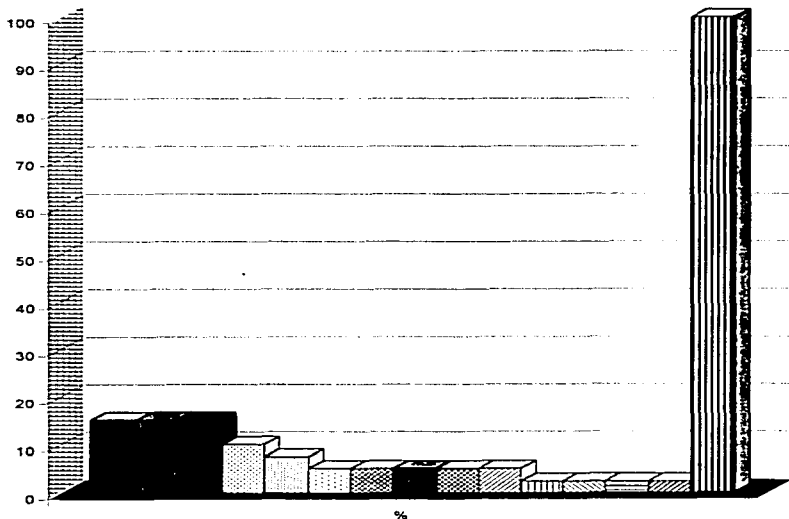
DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
IDEAS DELIRANTES	6	15.34
TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL ALCOHOLISMO	6	15.34
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	6	15.34
TRASTORNO DEPRESIVO	4	10.2
DEMENCIA SENIL	3	7.6
TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO	2	5.2
TRASTORNO BIPOLAR EN FASE MANIACA	2	5.2
TRASTORNO ORGÁNICO	2	5.2
DEMENCIA VASCULAR	2	5.2
TRASTORNO PSICÓTICO	2	5.2
TRASTORNO MENTAL DEBIDO A LESIÓN CEREBRAL	1	2.5
DEMENCIA ALZHEIMER	1	2.5
TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO EN FASE MANIACA	1	2.5
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD PARANOIDE	1	2.5
TOTAL	39	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NUM. 3:

Se puede observar que los diagnósticos médicos predominantes son en un 15.4 % las ideas delirantes, esquizofrenia paranoide y trastorno mental y del comportamiento debido al alcoholismo. El 10.2 % de trastorno depresivo, 7.6 % demencia senil, 5.2 % trastorno mental y del comportamiento, trastorno bipolar en fase maniaca, trastorno afectivo orgánico, demencia vascular y trastorno psicótico, finalmente con el 2.5 % el trastorno de la personalidad paranoide, trastorno esquizofrénico en fase maniaca, demencia Alzheimer, trastorno mental debido a lesión cerebral.

GRÁFICO NUM. 3 DIAGNÓSTICO MÉDICO



- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| ■ IDEAS DELIRANTES | ■ T. MENTAL Y C. ALCOHOLISMO |
| ■ ESQUIZOFRENIA PARANOIDE | □ TRASTORNO DEPRESIVO |
| □ DEMENCIA SENIL | □ T. MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO |
| ▨ TRASTORNO BIPOLAR EN FASE MANIACA | ■ TRASTORNO ORGÁNICO |
| ▨ DEMENCIA VASCULAR | ▨ TRASTORNO PSICÓTICO |
| ▨ T. MENTAL DEBIDO A LESIÓN CEREBRAL | ▨ DEMENCIA ALZHEIMER |
| ▨ T. ESQUIZOFRÉNICO EN FASE MANIACA | ▨ T. DE LA PERSONALIDAD PARANOIDE |
| □ TOTAL | |

CUADRO NUM. 4
LUGAR DE ORIGEN

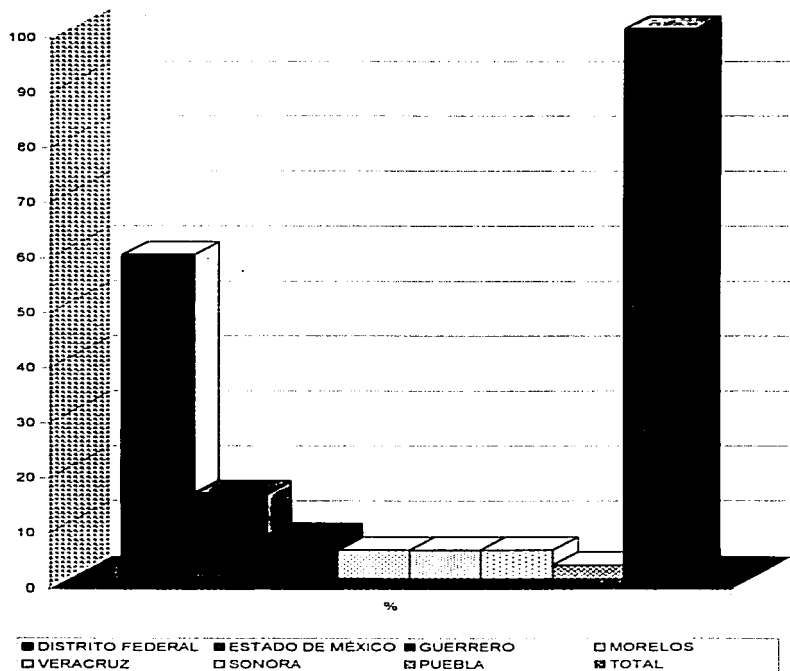
LUGAR	FRECUENCIA	%
DISTRITO FEDERAL	23	58.9
ESTADO DE MÉXICO	6	15.4
GUERRERO	3	7.6
MORELOS	2	5.2
VERACRUZ	2	5.2
SONORA	2	5.2
PUEBLA	1	2.5
TOTAL	39	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NUM. 4:

SE PUEDE OBSERVAR QUE LA MAYOR PARTE DE LOS ANCIANOS RESIDEN EN EL DISTRITO FEDERAL CONFORMANDO EL 58.9 %, EL 15.4 % VIVE EN EL ESTADO DE MÉXICO, EL 7.6 % E EL ESTADO DE GUERRERO, UN 5.2 % VIVE EN EL ESTADO DE MORELOS, VERACRUZ Y SONOR RESPECTIVAMENTE Y EL 2.5 % RESTANTE RESIDE EN EL ESTADO DE PUEBLA.

GRÁFICO NUM. 4 LUGAR DE ORIGEN



CUADRO NUM. 5**RELIGIÓN**

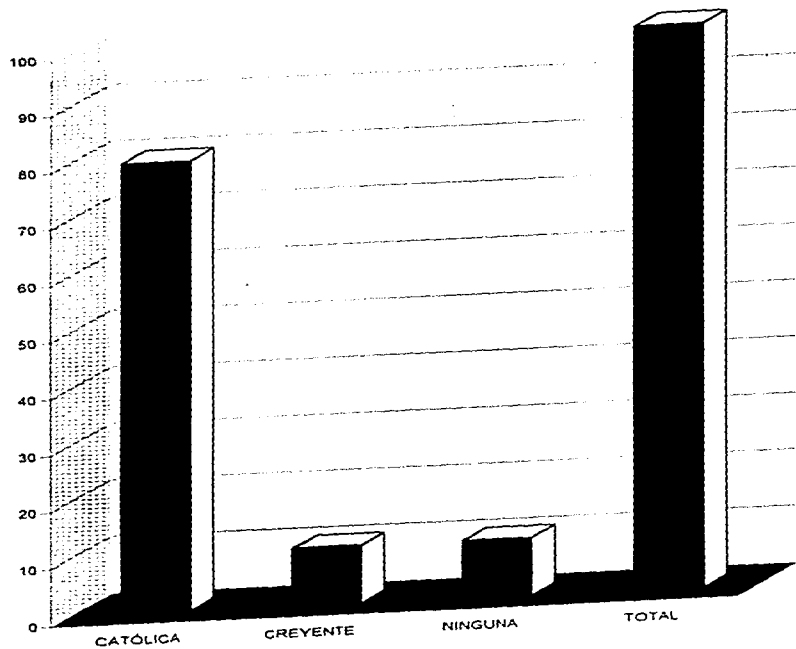
RELIGIÓN	FRECUENCIA	%
CATÓLICA	31	79.6
CREYENTE	4	10.2
NINGUNA	4	10.2
TOTAL	39	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NUM. 5

SE PUEDE OBSERVAR QUE EL 79.6 % DE LAS PERSONAS SENILES PERTENECEN A LA RELIGIÓN CATÓLICA, EL 10.2 % SON PERSONAS CREYENTES Y EL OTRO 10.2 % NO PERTENECE A ALGUNA RELIGIÓN.

GRÁFICO NUM. 5 RELIGIÓN



■ %

CUADRO NUM. 6**OCUPACIÓN**

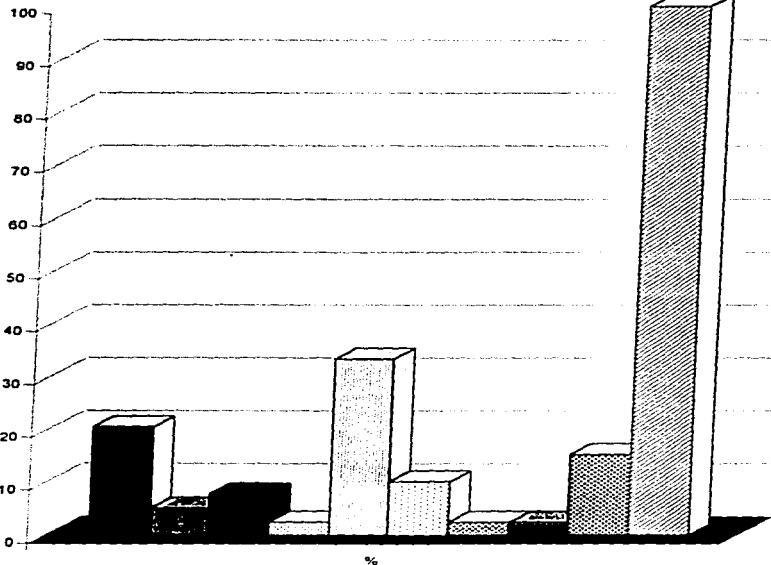
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	%
JUBILADO	8	20.5
EMPLEADA DOMÉSTICA	2	5.12
EMPLEADO	3	7.76
COMERCIANTE	1	2.5
AMA DE CASA	13	33.4
CAMPESINO	4	10.2
CURANDERO	1	2.5
PESCADOR	1	2.5
NINGUNA	6	15.4
TOTAL	39	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NUM. 6:

SE PUEDE OBSERVAR QUE EL 33.4 % LO CONFORMAN LAS AMAS DE CASA, EL 20.5 % ES DE L JUBILADOS, EL 15.4 % SON PERSONAS QUE NO REALIZAN ACTIVIDAD ALGUNA, EL 10.2 % SO PERSONAS CAMPESINAS, EL 7.6 % SON EMPLEADOS, EL 5.12 % LO CONSTITUYEN LAS EMPLEADAS DOMÉSTICAS Y FINALMENTE LAS PERSONAS QUE SON COMERCIANTES, CURANDEROS Y PESCADORES REPRESENTAN UN 2.5 % RESPECTIVAMENTE.

GRÁFICO NUM. 6 OCUPACIÓN



- JUBILADO
- ▣ COMERCIANTE
- ▣ CURANDERO
- ▣ TOTAL
- ▣ EMPLEADA DOMÉSTICA
- ▣ AMA DE CASA
- PESCADOR
- EMPLEADO
- ▣ CAMPESINO
- ▣ NINGUNA

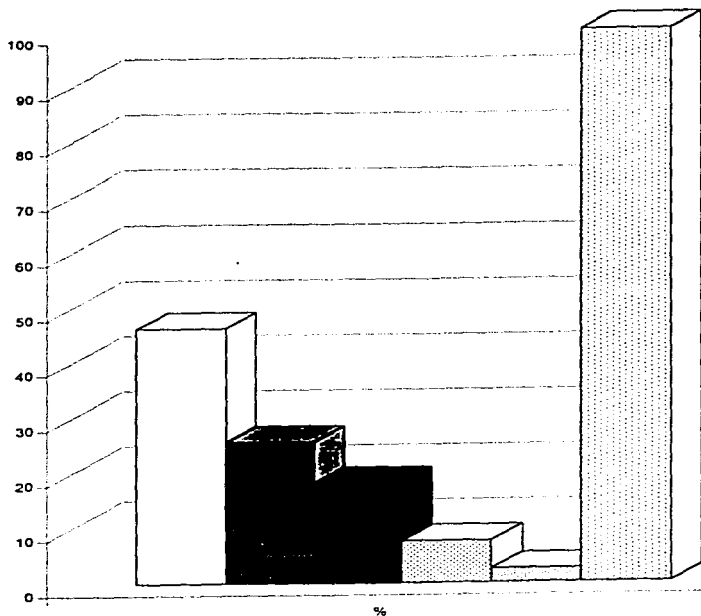
CUADRO NUM. 7
CUIDADOR PRIMARIO

CUIDADOR	FRECUENCIA	%
HIJO (A)	18	46.3
ESPOSO (A)	10	25.6
HERMANOS	7	18
NINGUNA	3	7.6
SIN RESPUESTA	1	2.5
TOTAL	39	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NUM. 7
CON RESPECTO AL CUIDADOR PRIMARIO SE OBSERVA QUE EL 46.3 % SE ENCUENTRA REPRESENTADO POR EL HIJO O LA HIJA, EL 25.6 % LO CONSTITUYE LA ESPOSA O ESPOSO, E 18 % LOS CUIDADORES SON LOS HERMANOS, EL 7.6 % NO TIENE UN CUIDADOR PRIMARIO Y 2.5 % NO PROPORCIONÓ RESPUESTA.

GRÁFICO NUM. 7 CUIDADOR PRIMARIO



□ HIJO (A) ■ ESPOSO (A) ■ HERMANOS □ NINGUNA □ SIN RESPUESTA □ TOTAL

CUADRO NUM. 8

CONSIDERACIÓN DEL ANCIANO Y LA FAMILIA SOBRE LA ATENCIÓN QUE LE BRINDAN EN EL HOGAR

PRIMERA ENCUESTA

ATENCIÓN	ANCIANO	%	FAMILIA	%
CON CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA	9	23.1	7	18
SIN CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA	13	33.4	17	43.5
NO ES IMPORTANTE DAR ATENCIÓN ESPECIAL	8	20.5	4	10.2
NO TIENEN TIEMPO	8	20.5	7	18
SIN RESPUESTA	1	2.5	4	10.2
TOTAL	39	100	39	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

SEGUNDA ENCUESTA

PROBLEMA PARA REALIZAR ACTIVIDADES	ANCIANO	%	FAMILIA	%
CON CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA	19	48.7	20	51.2
SIN CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA	7	18	6	15.4
NO ES IMPORTANTE DAR ATENCIÓN ESPECIAL	7	18	3	7.6
NO TIENEN TIEMPO	5	12.8	6	15.4
SIN RESPUESTA	1	2.5	4	10.2
TOTAL	39	100	39	100

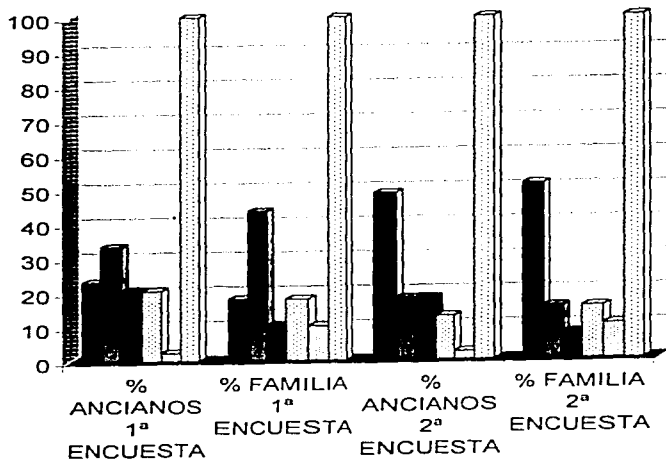
FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NUM. 8.

Al analizar los cuadros referentes a los sentimientos del anciano y de la familia sobre la atención que le están proporcionando en el hogar, se encontró lo siguiente en la primera encuesta, el 23 % de los ancianos refieren que sus familiares tienen conocimientos, el 33 % considera que no tiene conocimientos, el 20.5 % indica que no es importante un tipo de atención especializada, el 20.5 % considera que la familia no tiene tiempo para realizarla, en cambio, en la misma pregunta los familiares piensan que el 18 % tiene conocimientos para manejar al anciano, el 43.5 % considera que no tiene conocimientos para éste manejo, el 10.2 % que no es importante darle atención especializada, el 18 % refiere no tener tiempo para dar atención, por lo tanto, se destaca que en el anciano como la familia los mayores porcentajes son sobre la falta de conocimiento para el manejo de su anciano.

En la segunda encuesta sobre la misma pregunta, el 48.7 % de los ancianos consideran que la familia ya cuenta con los conocimientos para su atención, persistiendo el 18 % que continúa sin conocimientos y otro 18 % que considera que no es importante dar una especialización adecuada. En lo referente a la familia el 51 % considera que ha adquirido conocimiento para el manejo, un 15 % continúa sin conocimientos y el 15.4 % no tiene tiempo para realizarlo. De ésta pregunta podemos destacar que de la primera a la segunda encuesta se elevaron los porcentajes en lo referente a los conocimientos en el manejo del anciano.

GRÁFICO NUM. 8 CONSIDERACIÓN DEL ANCIANO Y LA FAMILIA SOBRE LA ATENCIÓN EN EL HOGAR



- CON CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA
- SIN CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA
- NO ES IMPORTANTE DAR ATENCIÓN ESPECIAL
- ▨ NO TIENEN TIEMPO
- SIN RESPUESTA
- TOTAL

CUADRO NUM. 9

¿CONSIDERA EL ANCIANO QUE ES ATENDIDO EN SU HOGAR Y QUÉ PIENSA LA FAMILIA?

PRIMERA ENCUESTA

MANEJO DEL ANCIANO EN SU HOGAR	ANCIANO	%	FAMILIA	%
SI	9	23.1	7	18
NO	29	74.4	28	71.8
SIN RESPUESTA	1	2.5	4	10.2
TOTAL	39	100	39	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

SEGUNDA ENCUESTA

MANEJO DEL ANCIANO	ANCIANO	%	FAMILIA	%
SI	22	56.5	25	64.2
NO	16	41	10	25.6
SIN RESPUESTA	1	2.5	4	10.2
TOTAL	39	100	39	100

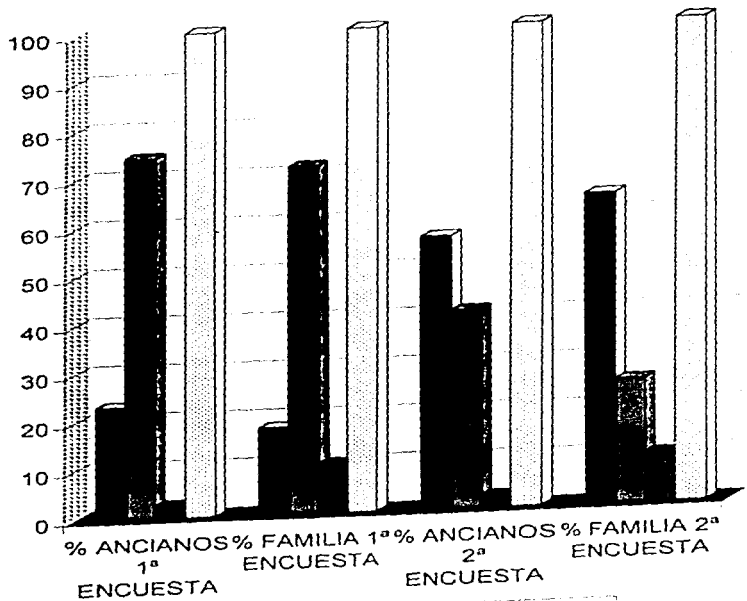
FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NUM. 9.

Encontramos que en la primera encuesta el 23.1 % de los ancianos consideran que si los atienden en su hogar, en cambio el 74.4% dicen que no son atendidos en el hogar. En los familiares en cambio el 18 % indican dar atención a sus ancianos y un 71.8 % no les brinda atención.

En la segunda encuesta de la misma pregunta se nota un cambio importante, porque el anciano refiere en un 56.5 % recibir la atención y el 41 % continua diciendo que no recibe atención, el 64.2 % de los familiares responden que si les dan atención y un 25.6 % continua sin proporcionarle atención. Por lo que se ve que al recibir orientación para el *plan de alta* mejora la atención del anciano en el hogar.

GRÁFICO NUM. 9 ¿CONSIDERA EL ANCIANO QUE ES ATENDIDO EN SU HOGAR Y QUE PIENSA LA FAMILIA?



■ SI ■ NO ■ SIN RESPUESTA □ TOTAL

CUADRO NUM. 10

**COLABORACIÓN DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DEL ANCIANO
EN EL HOGAR**

PRIMERA ENCUESTA

COLABORACIÓN DEL TRATAMIENTO EN EL HOGAR	ANCIANO	%	FAMILIA	%
SI	19	48.7	9	23.1
NO	19	48.7	326	66.7
SIN RESPUESTA	1	2.5	4	10.2
TOTAL	39	100	39	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

SEGUNDA ENCUESTA

COLABORACIÓN DEL TRATAMIENTO EN EL HOGAR	ANCIANO	%	FAMILIA	%
SI	25	64.1	18	46.3
NO	13	33.4	17	43.5
SIN RESPUESTA	1	2.5	4	10.2
TOTAL	39	100	39	100

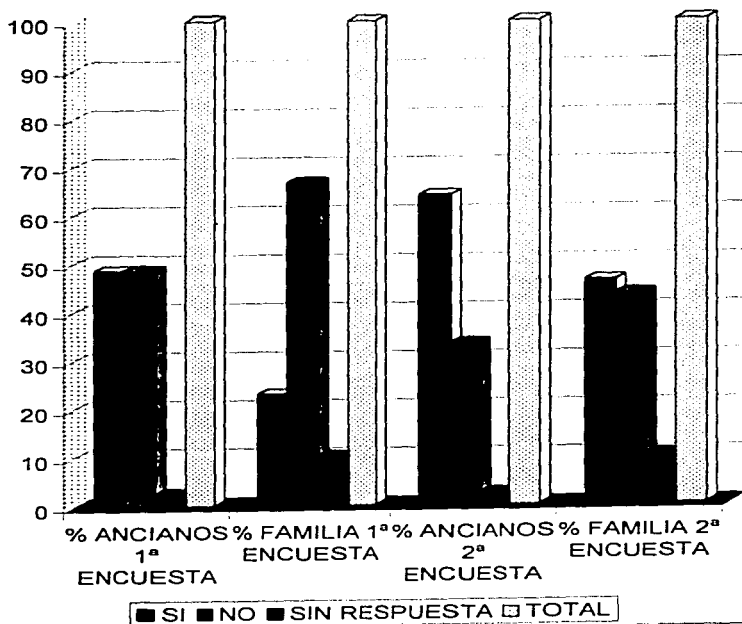
FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NUM. 10.

Referente a la colaboración de la familia en el tratamiento del anciano en el hogar, encontramos que en la primera encuesta el 48.7 % de los ancianos considera que sí colabora con su familia en el tratamiento y el otro 48.7 % considera que no. Los familiares en cambio el 23.1 % dice que sí colaboran y el 66.7 % opinan que no tienen colaboración en el tratamiento de su anciano en el hogar.

En la segunda encuesta sobre la misma pregunta encontramos que el 64.1 % de los ancianos dice que sí colaboran en su tratamiento y el 33.4 % continúan indicando la falta de colaboración de sus familiares en el tratamiento del anciano. La familia menciona en un 46.3 % que sí colabora en el tratamiento de su anciano en el hogar y el 43.5 % sigue sin colaborar en el tratamiento. Podemos ver en este cuadro que sí mejoró notablemente el porcentaje de la familia al colaborar en el tratamiento del anciano.

GRÁFICO NUM. 10 COLABORACIÓN DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DEL ANCIANO EN EL HOGAR



CUADRO NUM. 11**SENTIMIENTOS QUE EL ANCIANO CONSIDERA QUE LE TIENE LA FAMILIA
Y SENTIMIENTOS DE LA FAMILIA AL ANCIANO****PRIMERA ENCUESTA**

SENTIMIENTOS	ANCIANO	%	FAMILIA	%
LO QUIEREN	16	41.1	9	23.1
SOLO LO ESTIMAN	12	30.8	9	23.1
NO LO ACEPTAN	10	25.6	14	36
SIN RESPUESTA	1	2.5	4	10.2
LÁSTIMA	0	0	3	7.6
TOTAL	39	100	39	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1**SEGUNDA ENCUESTA**

SENTIMIENTOS	ANCIANO	%	FAMILIA	%
LO QUIEREN	19	48.7	15	38.4
SOLO LO ESTIMAN	11	28.2	10	25.6
NO LO ACEPTAN	8	20.5	5	12.8
SIN RESPUESTA	1	2.5	4	10.2
LÁSTIMA	0	0	5	12.8
TOTAL	39	100	39	100

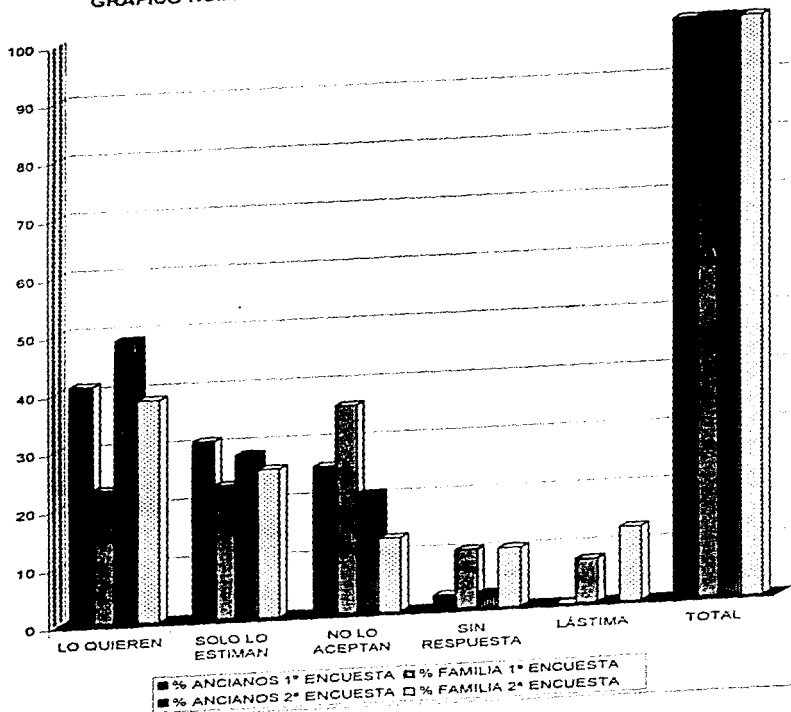
FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NUM. 11.

En cuanto a los sentimientos que el anciano considera que le tiene la familia, el anciano dice en un 41 % que la familia lo quiere, el 30.8 % que sólo lo estima y un 25.6 % siente que no lo aceptan. En cambio los sentimientos de la familia hacia el anciano se ven de la siguiente manera el 23.1 % lo quieren, otro 23.1 % sólo lo estima y el 36 % no aceptan a su anciano.

Al aplicar la segunda encuesta sobre la misma pregunta los ancianos muestran que el 48.7 % sienten que los quieren, el 28.2 % sólo los estiman y un 20.5 % no lo aceptan. En cambio, el 38.4 % de los familiares quieren a su anciano, el 25.6 % sólo lo estiman y un 12.8 % no lo aceptan, un 12.8 % le tienen lastima. En este cuadro encontramos que hubo una modificación en cuanto a la aceptación de sus familiares a éste tipo de pacientes.

GRÁFICO NUM. 11 SENTIMIENTOS DEL ANCIANO Y SU FAMILIA



CUADRO NUM. 12**ACEPTACIÓN DEL ANCIANO Y LA FAMILIA PARA LA REALIZACIÓN
DE ACTIVIDADES EN EL HOGAR****PRIMERA ENCUESTA**

ACEPTACION	ANCIANO	%	FAMILIA	%
SI	20	51.2	18	46.3
NO	18	46.3	17	43.5
SIN RESPUESTA	1	2.5	4	10.2
TOTAL	39	100	39	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

SEGUNDA ENCUESTA

ACEPTACIÓN	ANCIANO	%	FAMILIA	%
SI	30	77	28	71.8
NO	8	20.5	7	18
SIN RESPUESTA	1	2.5	4	10.2
TOTAL	39	100	39	100

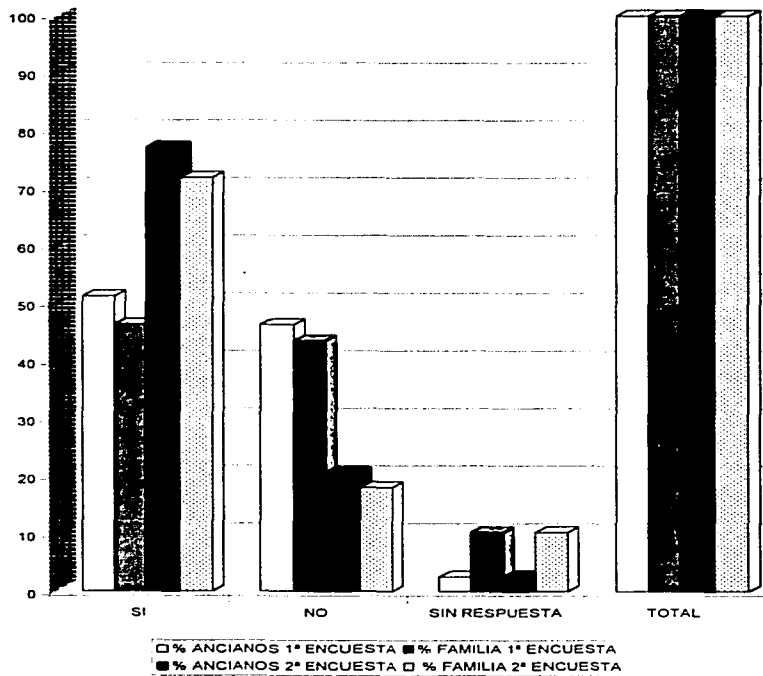
FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NUM. 12.

En cuanto a la aceptación del anciano y la familia para realizar actividades en el hogar, en la primera encuesta el 51 % de los ancianos acepta realizar actividades en el hogar, el 46.3 % no realiza actividades. En la familia en cambio el 46.3 % si acepta que realice actividades en el hogar y el 43.5 % no lo acepta.

En la segunda encuesta sobre la misma pregunta encontramos que el 77 % de los ancianos ya realizan actividades en el hogar y un 20.5 % continúan diciendo que no realizan actividades. La respuesta de los familiares fue que el 7.8 % indica que su anciano realiza actividades en el hogar y el 48 % continúa sin realizar actividades. En este cuadro podemos observar que de la primera a la segunda encuesta se modificó notablemente la aceptación para que los ancianos realicen actividades en el hogar.

GRÁFICO NUM. 12 ACEPTACIÓN DE ACTIVIDADES EN EL HOGAR



CUADRO NUM. 13

ACTIVIDADES QUE REALIZA EL ANCIANO EN SU HOGAR

PRIMERA ENCUESTA

ACTIVIDAD	ANCIANO	%	FAMILIA	%
LABORES DOMESTICAS	15	38.7	13	33.4
ACTIVIDADES FÍSICAS Y MANUALES	3	7.6	4	10.2
ACTIVIDADES CAMPESINAS	1	2.5	1	2.5
NO REALIZAN ACTIVIDAD	19	48.7	17	43.5
SIN RESPUESTA	1	2.5	4	10.2
TOTAL	39	100	39	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

SEGUNDA ENCUESTA

ACTIVIDAD	ANCIANO	%	FAMILIA	%
LABORES DOMÉSTICAS	17	43.5	17	43.5
ACTIVIDADES FÍSICAS Y MANUALES	12	30.7	10	25.6
ACTIVIDADES CAMPESINAS	1	2.5	1	2.5
NO REALIZAN ACTIVIDAD	8	20.5	7	18
SIN RESPUESTA	1	2.5	4	10.2
TOTAL	39	100	39	100

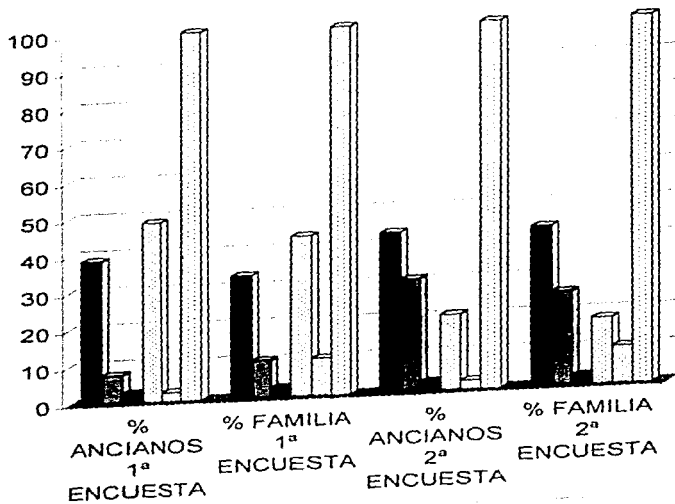
FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NUM. 13

En cuanto a las actividades que realiza el anciano en el hogar encontramos en la primera encuesta que el 48.7 % no realizan actividades, el 38.7 % realizan labores domésticas, el 7.6 % realizan actividades físicas y manuales. Los familiares refieren que el 43.5 % de los ancianos no realizan actividades, el 33.4 % realizan labores en el hogar, el 10.2 % realizan actividades físicas y manuales, un 10.2 % sin respuesta

Al analizar la segunda encuesta sobre la misma pregunta encontramos que el 43.5 % de los ancianos realizan labores en el hogar, el 30.7 % realiza actividades físicas y manuales y el 20.5 % continúa sin realizar actividades. La familia contestó que el 43.5 % de los ancianos realizan actividades domésticas, el 25.6 % realizan actividades físicas y manuales y un 18 % continúa sin realizar actividad. En este cuadro se notó el cambio para la realización de actividades por el anciano en el hogar

GRÁFICO NUM. 13 ACTIVIDADES QUE REALIZA EL ANCIANO EN EL HOGAR



- LABORES DOMÉSTICAS
- ▒ ACTIVIDADES FÍSICAS Y MANUALES
- ACTIVIDADES CAMPESINAS
- NO REALIZAN ACTIVIDAD
- SIN RESPUESTA
- TOTAL

CUADRO NUM. 14

**PROBLEMAS POR LOS CUALES NO REALIZAN ACTIVIDADES
LOS ANCIANOS EN SU HOGAR**

PRIMERA ENCUESTA

PROBLEMA PARA REALIZAR ACTIVIDADES	ANCIANO	%	FAMILIA	%
INESTABILIDAD DE LA MARCHA	6	12.8	3	7.6
FALTA DE INTERÉS	2	5.2	2	5.2
SOBRE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	10	25.6	12	30.7
REALIZAN ACTIVIDAD	20	51.2	18	46.3
SIN RESPUESTA	1	2.5	4	10.2
TOTAL	39	100	39	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

SEGUNDA ENCUESTA

PROBLEMA PARA REALIZAR ACTIVIDADES	ANCIANO	%	FAMILIA	%
INESTABILIDAD DE LA MARCHA	4	10.2	3	7.6
FALTA DE INTERÉS	2	2.5	2	2.5
SOBRE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA	2	2.5	2	2.5
REALIZAN ACTIVIDAD	30	77	28	71.8
SIN RESPUESTA	1	2.5	4	10.2
TOTAL	39	100	39	100

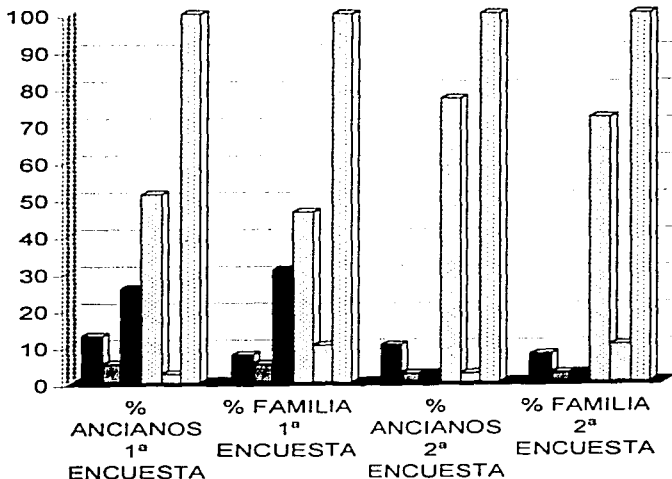
FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NUM. 14.

Sobre los problemas por los que no realizan actividades los ancianos en el hogar, el 25.6 % indica que es por sobre protección de la familia y el 12.8 % por inestabilidad de la marcha. La familia opina que el 30.7 % es por sobre protección, el 7.6 % es por inestabilidad de la marcha y el 5.2 % por desinterés del anciano.

En la segunda encuesta sobre la misma pregunta el anciano refiere que el 10.2 % no realiza actividades por la inestabilidad de la marcha, el 2.5 % por sobre protección de la familia y el 2.5 % por desinterés del anciano. la familia refiere que el 7.6 % de sus ancianos no realizan actividades por inestabilidad de la marcha, el 2.5 % por sobre protección y el 2.5 % por falta de interés. Cabe resaltar en este cuadro que al recibir la orientación, la familia ya no sobre protege a su anciano y lo apoya para que realice actividades en el hogar.

GRÁFICO NUM. 14 PROBLEMAS PARA REALIZAR ACTIVIDADES EN EL HOGAR



- INESTABILIDAD DE LA MARCHA
- FALTA DE INTERÉS
- SOBRE PROTECCIÓN
- REALIZAN ACTIVIDAD
- SIN RESPUESTA
- TOTAL

CUADRO NUM. 15**ACEPTACIÓN DEL PROBLEMA PSIQUIATRICO.****PRIMERA ENCUESTA**

ACEPTACION	ANCIANO	%	FAMILIA	%
SI	17	43.7	14	36
NO	21	53.8	20	51.2
SIN RESPUESTA	1	2.5	5	12.8
TOTAL	39	100	39	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

SEGUNDA ENCUESTA

ACEPTACIÓN	ANCIANO	%	FAMILIA	%
SI	30	77	25	64.1
NO	8	20.5	10	25.6
SIN RESPUESTA	1	2.5	4	10.2
TOTAL	39	100	39	100

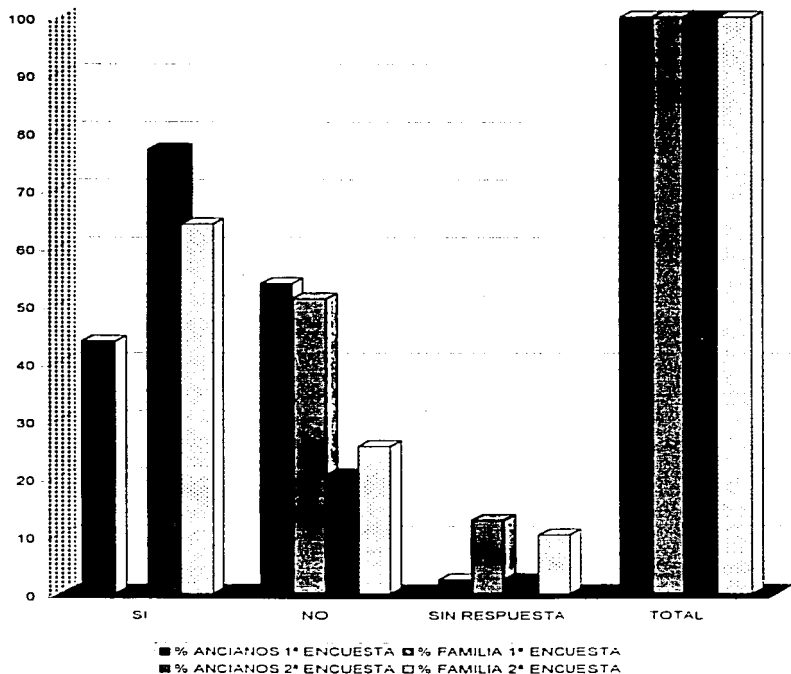
FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NUM. 15.

Al realizar la pregunta sobre la aceptación del problema psiquiátrico tanto por el anciano como por la familia, se encontró que en la primera encuesta el 53.8 % de los ancianos no aceptan su problema y el 43.7 % si lo aceptan. En cuanto a la familia el 51.2 % no aceptan el problema de su anciano, el 36 % si lo acepta y el 12.8 % no da respuesta.

En la segunda encuesta sobre la misma pregunta el anciano contestó que el 77 % si acepta su problema, el 20.5 % no lo acepta. La familia respondió que el 64.1 % acepta el problema de su anciano, el 25.6 % continúa sin aceptar el problema y el 10.2 % no da respuesta. En este cuadro de la primera a la segunda encuesta se nota un cambio importante en cuanto a la aceptación del problema, tanto por parte del anciano como de la familia.

GRÁFICO NUM. 15 ACEPTACIÓN DEL PROBLEMA PSIQUIÁTRICO



CUADRO NUM. 16**ACEPTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS TERAPIAS
COGNITIVAS POR PARTE DEL ANCIANO.**

ACEPTACIÓN DE LAS TERAPIAS	PRIMERA	%	SEGUNDA	%
SI	33	84.7	36	92.3
NO	5	12.8	2	5.2
SIN RESPUESTA	1	2.5	1	2.5
TOTAL	39	100	39	100

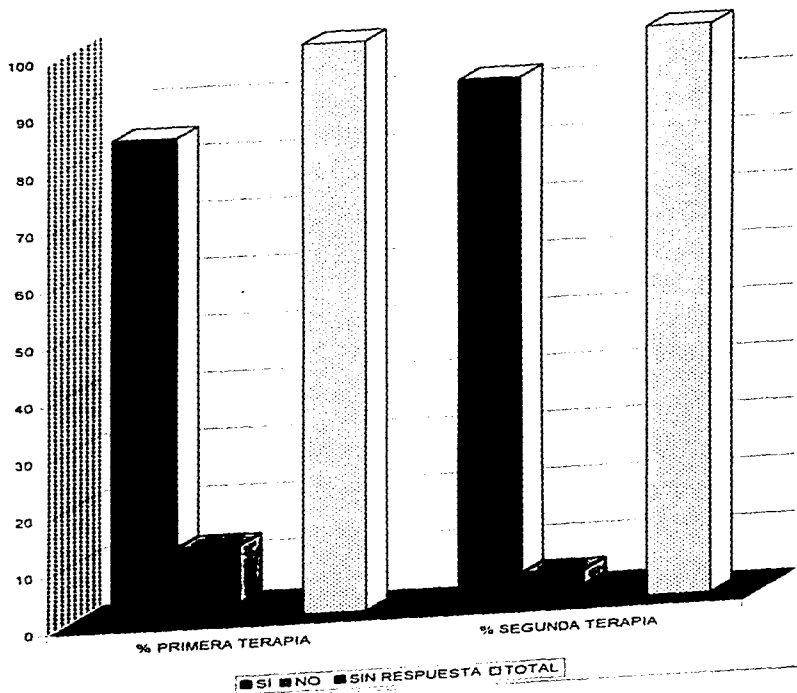
FUENTE: MISMA DEL CUADRO NUM. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NUM. 16.

Al preguntarle al anciano si acepta la intervención de Enfermería en la terapias cognitivas, encontramos que el 84.7 % si lo acepta y el 12.8 % no lo acepta.

En la segunda encuesta sobre ésta misma pregunta el 92.3 % de los ancianos aceptan la intervención de Enfermería y el 5.2 % no acepta. Encontramos que de la primera a la segunda encuesta se mejoró la actitud del anciano sobre las terapias cognitivas proporcionadas por Enfermería

GRÁFICO NUM. 16 ACEPTACIÓN DE LAS TERAPIAS COGNITIVAS



CUADRO NUM. 17
PLATICAS PARA EL PLAN DE ALTA

TIPO DE INFORMACIÓN	PRIMERA	%	SEGUNDA	%
TRATAMIENTO MÉDICO Y FARMACOLÓGICO	13	33.4	9	23.1
ORIENTACIÓN DE TERAPIAS COGNITIVAS	11	28.2	19	48.7
NO DESEAN ORIENTACIÓN PREFIEREN UN LUGAR PARA INSTITUCIONALIZACIÓN	9	23.1	6	15.4
SIN RESPUESTA	6	15.4	5	12.8
TOTAL	39	100	39	100

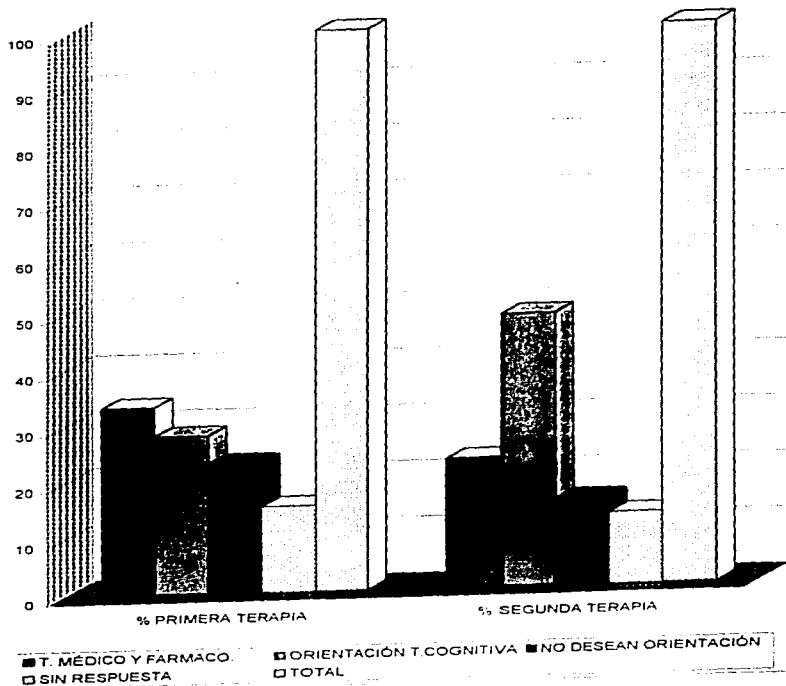
FUENTE: MISMA DEL CUADRO 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NUM. 17.

Al preguntarle a los familiares el tipo de pláticas o enseñanzas que desean para llevar a cabo en el *plan de alta* en nivel domiciliario en forma eficaz, ellos contestaron en la primera encuesta que el 33 % deseaban pláticas sobre el tratamiento médico y farmacológico, el 28.2 % sobre orientación de terapias cognitivas y el 23.1 % no desean orientación, prefieren un lugar par institucionalización de su anciano

En la segunda encuesta sobre esta misma pregunta los familiares en un 48.7 % opinan que las pláticas que prefieren son las terapias cognitivas, el 23.1 % continúa con el deseo de pláticas sobre el tratamiento medico y farmacológico, el 15.4 % continúa con la idea de institucionalizar a su anciano y el 12.8 % no responde a la pregunta. Lo que se puede observar en este cuadro es que la orientación de terapias cognitivas tienen más aceptación de la primera a la segunda encuesta por parte de la familia

GRÁFICO NUM. 17 PLÁTICAS PARA EL PLAN DE ALTA



6. CONCLUSIONES

El total de ancianos encuestados fueron 39, predominando en un 82 % la edad entre 60-70 años, el 33.4 % son personas casadas, 25.6 % son viudos, 20.5 % son divorciados y el 18 % son solteros, los diagnósticos médicos que predominan con el 15.4 % con ideas delirantes, trastornos mentales y del comportamiento debido al alcoholismo, esquizofrenia paranoide, el 10.2 % de trastorno depresivo y el 7.6 % de demencia senil. En cuanto al lugar de origen, el 58.9 % residen en el Distrito Federal, 15.4 % en el Estado de México y el resto en diferentes estados de la República, la religión que predomina es la católica con un 79.6 %. En cuanto a la ocupación actual, el 20.5 % son personas jubiladas, 15.4 % no realizan ninguna actividad, el 10.2 % son campesinos y el resto realizan empleos de tipo comercial y doméstico. El cuidador primario, con un 46.3 % son los hijos (as), el 25.6 % el esposo (a), el 18 % los hermanos y el 7.6 % no tiene cuidador primario.

Con relación a las preguntas, se puede destacar que al indagar sobre la consideración del anciano y su familia sobre la atención que recibe y le brindan en el hogar en la primera y segunda encuesta, se presentaron cambios en donde se elevaron los porcentajes con referencia a los conocimientos para el manejo del anciano. En la pregunta de cómo consideraba el anciano su atención en el hogar y lo que piensa la familia, se encontró que en la primera encuesta antes de recibir la orientación tanto el anciano como la familia, tenían ideas diferentes sobre la atención en el hogar, pero al recibir la orientación del *plan de alta* mejoró la atención del anciano en el hogar en una forma notable. En la

pregunta sobre la colaboración de la familia en el tratamiento del anciano en el hogar, de la primera a la segunda encuesta se nota que mejora notablemente el porcentaje de familias que colaboran en el tratamiento del anciano

En los sentimientos que el anciano considera que le tiene la familia y los sentimientos de la familia al anciano encontramos que de la primera a la segunda encuesta hubo cambios en cuanto a una mejor aceptación de los familiares hacia el anciano en cuanto a la aceptación para realizar actividades en el hogar por parte del anciano, de la primera a la segunda encuesta se modificó notablemente la aceptación para que los ancianos realicen actividades en el hogar. En las actividades que realiza el anciano en el hogar se notó el cambio entre la primera y la segunda encuesta y el anciano realiza más actividades en el hogar. En cuanto a los problemas por los que los ancianos no realizan actividades, se observó que al recibir orientación los familiares dejaron que el anciano realizara actividades en el hogar.

En cuanto a la aceptación del problema psiquiátrico, tanto del anciano como de la familia, se encontró que de la primera a la segunda encuesta hubo un cambio importante, ya que la familia y el anciano aceptan el problema en la mayoría de los casos. La aceptación de la intervención de Enfermería en las terapias cognitivas de la primera a la segunda encuesta mejoró la actitud del anciano para aceptar las terapias cognitivas. En la pregunta sobre las pláticas y orientación, encontramos que los familiares piden por orden de importancia en la segunda encuesta lo siguiente: orientación sobre las terapias cognitivas,

sobre el tratamiento médico y farmacológico, cabe destacar que el 15.4 % pide orientación sobre la institucionalización

El objeto del presente trabajo al proponer un *plan de alta* para los ancianos con problemas psicogerítricos, es necesario, ya que se demostró que la familia y el anciano requieren de información específica y guiada para que el anciano tenga un cuidado integral en su hogar y la familia se lo proporciona con mayor conocimiento y satisfacción. Aunque si bien es cierto, fue poco el tiempo de la investigación, consideramos que si se cumplió el objetivo marcado para ésta investigación.

Como sugerencia se anexa la propuesta al *plan de alta* para los pacientes psicogerítricos.

7. SUGERENCIAS

PLAN DE ALTA PARA EL ANCIANO CON PROBLEMAS PSICOGERIÁTRICOS

INTRODUCCIÓN.

Cuando se tiene a cargo un paciente con problemas psiquiátricos en el hogar, se debe de adquirir una actitud que le proporcione ayuda, atención y tranquilidad. Los cuidados y las actividades que se le proporcionan, deben estar enfocados en el mejoramiento o establecimiento de su salud física y mental.

Los cuidados que la familia debe proporcionar en el hogar, básicamente se refieren a la alimentación del anciano, higiene, administración de medicamentos, sueño, seguridad en el hogar y actividades que le permitan mantenerse orientado a la realidad, que estimule su memoria y que le estimulen sensorialmente, que estimule la reminiscencia y lo mantenga resocializado. Es por ello que en el presente *plan de alta* se desarrollan los puntos antes señalados.

Por otra parte, el cuidador primario o el familiar no debe olvidarse que él mismo necesita realizar actividades que le apoyen emocionalmente, de tal forma que el cuidado del anciano con problemas psicogerítricos no le llegue a producir un colapso y para ello se proponen en este *plan de alta* algunas estrategias para su apoyo emocional

OBJETIVO

Brindar apoyo a los cuidadores o familiares que tienen a su cuidado al anciano con problemas psicogerítricos

Proporcionar por escrito al cuidador o familiar del anciano con problemas psicogerítricos las actividades a realizar en el domicilio para la atención integral del anciano con problemas psicogerítricos. Dichas actividades son:

1) ALIMENTACIÓN.

- ✓ Se debe considerar el estado de salud del anciano, la dentición, si tiene prótesis dentaria, la posibilidad económica, la adquisición de los alimentos y la predilección del anciano, para así poder darle una dieta adecuada. La salud de él dependerá de la alimentación, ya que si no se nutre, no podrá tener energía para realizar actividades físicas y biológicas.

- ✓ El tipo de dieta será indicado por el Médico especialista y no debe de ser alterada, a menos que el propio Medico lo indique
- ✓ Se debe realizar la higiene dental y el lavado de manos en el anciano, antes y después de la alimentación
- ✓ Se observará al anciano durante y después de la alimentación, para corroborar la ausencia de intolerancia alimenticia o presencia de broncoaspiración
- ✓ Se proporcionará alimentación asistida siempre y cuando el anciano por si solo no pueda consumir su dieta, el familiar le ayudará dando sus alimentos, ya sea guiándolo o directamente (sin que el anciano influya) verificando su deglución
- ✓ De acuerdo al tipo de dieta prescrita se dará la cantidad de líquidos, el anciano no realizará actividades que requieren esfuerzo fisico durante 2 horas
- ✓ No se debe de olvidar tener cerca del anciano, servilletas de papel para su limpieza durante la alimentación
- ✓ Si tiene prótesis dentaria movable, debe de retirarse para realizar su limpieza, así como la de la cavidad bucal, posteriormente se colocará en buenas condiciones higiénicas.

2) HIGIENE PERSONAL.

La acumulación del sudor, secreciones y polvo en el organismo constituyen un medio favorable para la proliferación de microorganismos, alterando el aspecto físico y mental del anciano. la higiene personal consta de baño de regadera, lavado de manos, corte de uñas de pies y manos, higiene dental y si es del sexo masculino la afeitada.

- ✓ El baño de regadera asistida se proporciona cuando se tiene el riesgo que el anciano sufra accidentes en el momento del baño o en su traslado, esto puede deberse a trastornos de la motricidad o estado mental que impida su coordinación o ubicación de su entorno.
- ✓ El baño favorece la eliminación de cualquier sustancia o material que el organismo tenga en el tejido cutáneo, mejorando la apariencia física, la comodidad y seguridad del anciano
- ✓ Se recomienda para mayor seguridad, que el anciano calce sandalias (para evitar que resbale en la tina de baño, así mismo, colocar tapetes antiderrapantes, el lugar debe de mantenerse cerrado evitando las corrientes de aire, proporcionar un juego de ropa limpia y cómoda, se sugiere que sea de material de algodón, ya que es la que proporciona calor y es el material menos alergénico
- ✓ Se utilizará jabón neutro y esponja para baño, ya que la piel del anciano es delgada y delicada
- ✓ Se regulará la temperatura del agua, ésta debe de ser tibia para evitar una hipotermia o quemaduras en la piel
- ✓ Se debe despojar al anciano de sus prendas cuando el agua y el material para baño se encuentren preparados, deben de ser cubiertos inmediatamente de finalizar su baño para evitar corrientes de aire
- ✓ Se secará bien la piel del anciano, para que se evite que la humedad favorezca la proliferación de microorganismos y alteración de la temperatura corporal
- ✓ Se colocará su ropa limpia y se dejará cómodo al anciano

- ✓ Se sugiere realizar el baño al medio día, ya que es el momento que la temperatura ambiental se siente más estable
- ✓ El lavado de manos debe hacerse cada vez que sea necesario
- ✓ El corte de uñas de manos y pies y el afeitado se recomienda lo realice el familiar, para evitar accidentes por parte del anciano
- ✓ Cualquier actividad y cuidado que se le proporcione al anciano o que él solo realice, debe tenerse en constante observación

3) SUEÑO.

El descanso nos permite la relajación corporal y permite recuperar el desgaste de energía.

- ✓ Considerar que algunos medicamentos de utilización psiquiátrica alteran el estado de descanso y sueño.
- ✓ Permitir al anciano realizar horas de siesta cada vez que lo necesite
- ✓ Proporcionar una estancia tranquila donde pueda descansar
- ✓ La habitación debe constar de una adecuada iluminación y ventilación.
- ✓ Mantener una iluminación tenue en las noches para tener una constante vigilancia del anciano cuando duerma y evitar accidentes en el momento que el anciano decida levantarse en horas de poca iluminación.
- ✓ La cama debe de ser baja, contar con barandales y el colchón de preferencia blando.
- ✓ No se debe despertar al anciano cuando descanse, sólo en casos de suma importancia.

- ✓ Evitar ruidos y corrientes de aire que alteren el estado de sueño o reposo
- ✓ En los ancianos que portan prótesis dentaria movable, es necesario que sea retirada antes de dormir y colocarla en un vaso con agua limpia, esta debe de estar al alcance del anciano para que después de su descanso sea limpiada y colocada nuevamente

4) SEGURIDAD EN EL HOGAR

- ✓ En todo el hogar, se deben de tener barandales de seguridad que sirvan de sostén y guía al anciano durante su deambulación, estos deben estar principalmente en pasillos, baño, escaleras y habitación .
- ✓ En cada puerta de la casa es necesario colocar ilustraciones, dibujos o letreros grandes que indiquen el servicio de cada lugar, para que el anciano no tenga confusiones.
- ✓ Evitar tener material o artículos en el piso, para evitar accidentes
- ✓ Es importante que el anciano cuente con una lista de los teléfonos y direcciones de los lugares de ayuda en caso de emergencia, de familiares y amigos cercanos
- ✓ Es necesario que el anciano no permanezca solo
- ✓ Evitar al máximo que el anciano tenga manejo del equipo que consuma gas, electricidad o artículos que presenten filo o punta
- ✓ Los materiales de consumo y sustancias tóxicas, deben de estar etiquetados con letras grandes y claras.

Medicamento

Mañana

Tarde

Noche



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

MEDICAMENTOS

El paciente psicogeriatrico con problemas de salud adicionales, frecuentemente ingieren una gran variedad de medicamentos que pueden contribuir a agravar el delirio o la demencia. En particular los analgésicos narcóticos, los sedantes hipnóticos y los agentes relacionados afectan el estado mental del anciano por lo que deben evitarse.

Por lo tanto, la familia debe tener un plan estratégico de la toma de medicamentos ya que los medicamentos psiquiátricos, generalmente deben tener un horario establecido.

Si el paciente psicogeriatrico no desea tomar los medicamentos, se pueden incluir molidos en los alimentos.

Algunos medicamentos causan trastornos estomacales, por ello se recomienda darlos con los alimentos del desayuno, comida y cena.

A continuación, se presenta una tabla de registro de medicamentos, la cual puede seguir la familia en casa para establecer el control de los medicamentos que el anciano toma.

**MEDICAMENTOS UTILIZADOS GENERALMENTE
EN PACIENTES PSICOGERIÁTRICOS.**

FÁRMACO	CARBAMACEPINA
NOMBRE COMERCIAL	TEGRETOL.
CLASIFICACIÓN TERAPEUTICA	Anticonvulsivo
INDICACIÓN	Este fármaco participa en la limitación de propagación de la convulsión
CONTRAINDICACIONES	Hipersensibilidad conocida al fármaco, Disfunción hepática grave, Depresión de la médula ósea
EFFECTOS SECUNDARIOS	Mareo, vértigo, fatiga, agravamiento de convulsiones, alucinaciones, trastornos del habla, anemia, insuficiencia cardiaca, congestiva, hipertensión arterial, hipotensión, arritmias, paro cardíaco, paro respiratorio, conjuntivitis, sequedad bucal y faríngea, visión borrosa, náuseas, vómito, dolor abdominal, diarrea, falta de apetito, retención urinaria, impotencia sexual, hepatitis, hipocalcemia.

FÁRMACO

NOMBRE COMERCIAL:

CLASIFICACION TERAPEUTICA

INDICACION

CONTRAINDICACIONES

EFFECTOS SECUNDARIOS

BIPERIDEN

AKINETON

Antiparkinsoniano

Trastornos extrapiramidales, parkinsonismo

Hipersensibilidad conocida al farmaco,

Hipertrofia prostática, Arritmia cardiaca

Cefalea, desorientacion, euforia temporal,

inquietud, confusion, excitación, mareo y

trastorno de la conducta, hipotensión postural

transitoria, visión borrosa, estreñimiento,

sequedad bucal, vomito, náuseas, distensión

abdominal, dificultad para miccionar

FÁRMACO:

NOMBRE COMERCIAL:

CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA:

INDICACIÓN

CONTRAINDICACIONES

HALOPERIDOL

HALDOL

Antipsicótico

Trastornos Psicóticos, Control de tics

Hipersensibilidad al farmaco,

Insuficiencia hepática conocida, Trastornos

de la coagulación, Daño cerebral severo,

Enfermedad vascular cerebral

EFFECTOS SECUNDARIOS

Anemia, sedación, mareo, vertigo, visión borrosa, arritmias, sequedad bucal, vómito, diarrea, náuseas, estreñimiento, anorexia, retención urinaria, fotosensibilidad, edema e ictericia, aumento del apetito o sueño

FÁRMACO:

PARONETINA

NOMBRE COMERCIAL:

PANIL

CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA

Antidepresivo

INDICACIÓN

Depresión

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad al fármaco

EFFECTOS SECUNDARIOS:

Náusea, somnolencia, diaforesis, temblor, Sequedad de la boca, insomnio, estreñimiento, Disminución de la respuesta sexual.

FÁRMACO:

PERFENACINA

NOMBRE COMERCIAL:

TRILAFON

CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA:

Antipsicótico.

INDICACIONES

Trastornos mentales, Alcoholismo agudo, Psicosis.

CONTRAINDICACIONES:	Hipersensibilidad al fármaco, Trastornos de la coagulación, Daño cerebral severo, Enfermedad vascular cerebral
EFFECTOS SECUNDARIOS:	Sedación, mareo, desmayo, cefalea, anemia, hipotensión, arritmias, visión borrosa, aumento de la presión intraocular, sequedad bucal, estreñimiento, falta de apetito, diarrea, retención urinaria, disminución de la respuesta sexual
FÁRMACO.	TRIFLUPERACINA
NOMBRE COMERCIAL:	SOLAZINE, SUPRAZINE, TERFLUCINE
CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA:	Antipsicótico
INDICACIONES.	Estado de ansiedad, Esquizofrenia y otros Trastornos psicóticos
CONTRAINDICACIONES	Hipersensibilidad al fármaco, Daño cerebral severo, Insuficiencia hepática, Trastorno de la coagulación

EFFECTOS SECUNDARIOS:

Mareo, cefalea, insomnio, anemia, hipotensión, hipertensión, taquicardia, arritmias, náuseas, vómito, estreñimiento, diarrea, sequedad bucal, visión borrosa, retención urinaria

FÁRMACO:

LITIO

NOMBRE COMERCIAL:

CARBOLTI, LITHANE, LITHONATE

CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA:

Antipsicótico

INDICACIONES:

Prevención y Control de la manía

CONTRAINDICACIÓN:

Hipersensibilidad al fármaco

EFFECTOS SECUNDARIOS:

Temblores, cefalea, confusión, hipotensión, inquietud, retardo psicomotor, somnolencia, confusión, arritmias, deterioro de la visión, náuseas, vómito, diarrea, sequedad bucal, aumento o disminución urinaria

FÁRMACO:

DIAZEPAM

NOMBRE COMERCIAL:

VALIUM, NOVODIPAM

CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA:

Ansiolítico, Anticonvulsivo, Sedante hipnótico, Relajante musculoesquelético.

INDICACIONES:

**Ansiedad y tensión. Trastornos convulsivos,
Supresión aguda del alcohol, Estado epileptico**

CONTRAINDICACIONES

**Hipersensibilidad al fármaco
Daño cerebral severo, Insuficiencia renal o
Hepática**

EFFECTOS SECUNDARIOS

**Confusión, depresión, somnolencia, temblores,
vértigo, lenguaje balbuceante, arritmias, dolor
abdominal, hipotensión, estreñimiento, vómito,
náusea, visión borrosa, sialorrea, incontinencia
o retención urinaria**

FÁRMACO:

LORAZEPAM

NOMBRE COMERCIAL:

ATIVAN

CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA:

Ansiolítico, Sedante hipnótico

INDICACIONES:

**Ansiedad, Tensión, Agitación, Neurosis de
ansiedad**

CONTRAINDICACIONES

**Hipersensibilidad al fármaco,
Daño cerebral, Insuficiencia hepática.**

EFFECTOS SECUNDARIOS

Confusión, depresión, somnolencia, mareo, vértigo, cefalea, hipotensión, visión borrosa, Estreñimiento, sequedad bucal, anorexia, náusea, vómito, incontinencia urinaria, depresión respiratoria, alteración en la respuesta sexual

FÁRMACO:

CLONAZEPAM

NOMBRE COMERCIAL:

RIVOTRIL

CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA

Anticonvulsivo

INDICACIONES

Convulsiones con ausencias, Convulsiones Acinéticas y Mioclónicas

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad al fármaco

Hepatopatía grave, Neumopatía severa

EFFECTOS SECUNDARIOS

Trastornos de la conducta, cefalea, vómito, náuseas, gastritis, estreñimiento, aumento de la salivación, retención urinaria, depresión respiratoria

FÁRMACO:

NOMBRE COMERCIAL:

CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA

INDICACIÓN

CONTRAINDICACIONES

EFFECTOS SECUNDARIOS

TRIAZOLAM

HALCION

Sedante hipnótico

Insomnio

Hipersensibilidad al fármaco

Daño cerebral severo, Embarazo

Confusión, depresión, mareos, cefalea,

Somnolencia, fatiga, habla balbuceante,

Temblores, vértigo, palpitaciones, hipotensión,

Visión borrosa, estreñimiento, náuseas, vómito,

Malestar abdominal, cambios de saliva,

Retención urinaria e incontinencia urinaria

FÁRMACO:

NOMBRE COMERCIAL:

CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA

INDICACIÓN:

CONTRAINDICACIONES

EFFECTOS SECUNDARIOS

MIANSERINA

TOLVON

Antidepresivo

Depresión

Hipersensibilidad al fármaco, Manía.

Convulsión, hipotensión, edema, somnolencia.

TERAPIAS

- **Asegurarse de las habilidades del anciano antes de aplicar cualquier procedimiento.**
- **Proveer un ambiente seguro y reducir el potencial de daño**
- **Verificar que las sillas estén firmes y seguras, reforzándolas contra la pared**
- **Apoyar al anciano según lo necesite, quedándose frente a él en buena posición para ayudarlo**
- **Utilizar una buena posición del cuerpo**
- **Comunicarse con el anciano a través de palabras y gestos, utilizando el tono de voz en forma suave y amable**
- **Establecer una atmósfera de confianza**
- **Proporcionar un ambiente con un confort de diversión y entretenimiento para que los años decedentes sean más tolerables**
- **Seleccionar un lugar en un ambiente tranquilo y con buena iluminación**
- **Utilizar ampliamente el contacto físico**
- **Calcular el grado de visión y audición**
- **Hablar despacio, en voz baja y pronunciar claramente las palabras**
- **Escribir las instrucciones utilizando papel blanco y pluma**
- **No apresurar al paciente y darle tiempo para comprender y responder.**

En el hogar es importante que los familiares continúen con las terapias realizadas en el hospital, por lo tanto, se deben considerar las siguientes observaciones:

REMINISCENCIA

Constantemente escuchar al anciano cuando desee conversar de sucesos de antaño, como son las fechas de aniversarios, de boda, cumpleaños, entrega de diplomas, entrega de medallas, cuando logró cruzar la frontera, el nacimiento de su primer hijo, etc motivarlo a seguir recordando. Un viaje, irse de "aventón" de un lugar a otro, el lugar de su viaje de bodas, su lugar favorito para vacacionar, etc , un atardecer o amanecer en compañía de su esposa (o), de alguna novia (o), de su mejor amigo o amigos, de su familia, etc

ESTIMULACIÓN SENSORIAL

OLFATO: proporcionarle fragancias de perfumes que le son conocidos o agradables, para identificar el aroma de su guisado preferido, el tabaco de su preferencia, el olor del café de olla, etc.

VISUAL: proporcionarles fotografías familiares para que identifiquen a los miembros de la familia, colocar letreros con el nombre de los lugares en la habitación, en el baño y lavabo del paciente, los ancianos conservan la capacidad de distinguir los colores naranja, amarillo y rojo, tratar de combinar estos colores con los demás existentes

AUDITIVA: colocarle en su habitación música de su agrado o relajante a la hora de su descanso.

GUSTO: se le darán al anciano sus guisados, pasteles o postres favoritos, que le sean agradables en cuanto a sabor, olor y presentación, debe pedirse al paciente que identifique qué platillo se le esta proporcionando

TACTO para estimular el tacto constantemente se le debe de proporcionar su ropa para que sienta la consistencia de la misma, durante el baño permita que el se frote la piel con el zacate y pregúntele cómo lo siente (suave, áspero o intermedio)

ORIENTACIÓN A LA REALIDAD

Colocar en su habitación televisión, radio, periódicos, revistas, calendarios, fotografías familiares, reloj y artículos personales (esto lo mantendrá en contacto con la realidad).

RESOCIALIZACIÓN

Se debe de tomar en cuenta lo siguiente:

1. Los ancianos que tienen contacto con los amigos, vecinos, conocidos y otros grupos fuera de la comunidad se sienten bien, menos aislados por el intercambio de ideas y experiencias que tienen, contribuyen en forma rotunda al bienestar integral
2. La auto estima aumenta con la edad en la medida que la persona sea más libre para aceptar su papel a las exigencias sociales. La actividad espiritual es muy adecuada para ésta etapa vital, proporcionándole serenidad y elevando la auto estima
3. La necesidad de movimiento físico en el anciano está relacionada fundamentalmente con la capacidad para hacerla afectiva, reducida por las limitaciones del aparato locomotor. Hay que ayudar a restaurarlo a través del ejercicio con el fin de adquirir mayor utilidad física, mental y social
4. La familia satisface una variedad de necesidades físicas (alimentación, vivienda, cuidados en la enfermedad, etc), psíquicas (auto estima, afecto, amor, etc), sociales (identificación, relación, comunicación, pertenencia al grupo) La familia debe reconocer su función social proporcionando al anciano un espacio adecuado para sus necesidades

Nota: Las terapias tienen que adecuarse a cada individuo según sus necesidades. Recuerde, "si su anciano tiene demasiadas limitaciones" no importa, con cariño, voluntad y fe hacia la persona podrá lograr el éxito.

BIBLIOGRAFÍA

- BALSEIRO ALMAIRO. Lasty Investigación_en_Enfermería. 1ª edición Editorial Acuario. 1991 p 225
- CARNEVALI M PATRICK Tratado_de_gerontologia. 2ª edición Editorial Interamericana México 1992 p 179
- CONI. Nicholas Geriatría 4ª edición Editorial El Manual Moderno México, D. F. 1990 p 260
- CONI. William Geriatría 4ª edición Editorial El Manual Moderno México, D. F. 1990. p 260
- CORBOLLA. R JUAN. TOM LIMSON B E BLESSED G Geriatría. 1ª edición Editorial Salvat p 850
- DELLASEGA Cheryl, SHELLENBARGER Teresa Elaboración de un Plan de Alta en Pacientes Ancianos p. 7. Universidad Park Pennsylvania State
- DOVAL. M. Mathy. Evaluación de la Salud en el Anciano. 2ª edición. Editorial La Prensa Mexicana. México 1984 p. 157.

- HOWARD. H. Goldman Psiquiatría General 3ª edición Editorial el Manual Moderno México, D. F. 1980. p 876
- KAPLAN I Harold Compendio de Psiquiatría 2ª edición Editorial Salvat México D F. 1980. p 420
- KOLB C. Lawrence Psiquiatría Clínica Moderna 6ª edición Editorial La Prensa Médica Mexicana México D F. 1962 p 1016
- KRASSOIEVITH M Orientación a la realidad, 1ª edición Editorial Fondo de Cultura Económica México 1993 p 120
- LAURINCE Annie Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental 1ª edición Editorial El Manual Moderno. 1987. p. 193
- LUCEEKONOTTE, ANN ETTER Valoración geriátrica, 19ª edición. Editorial Interamericana. México 1992. p 300
- MATHENEY. TOPALIS. Enfermería Psiquiátrica 3ª edición Editorial Interamericana México 1962. p 316
- Mc. VAN. Bárbara. Referencias Farmacéuticas. 1ª edición Editorial Manual Moderno. México 1995.

- **PIERRE** Marchais Procesos Psicopatológicos en el Adulto 1ª edición. Editorial La Prensa Médica Mexicana. México D F 1985 p 335
- **ROJAS** Soriano, Raúl Guía para Realizar Investigaciones Sociales 6ª edición Editorial Plaza y Valdes. Mexico 1990 p 286
- **ROCHE** B, Andres **SAENZ** G Alfonso Programa Especifico de Orientación a la Realidad Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" México 1996 p 3
- **SALVAREZZA**, Leopoldo Psiquiatría Teoría y Clínica 1ª edición Editorial Paidós Argentina 1986 p 735.
- **URIARTE** Victor Psicofarmacología 3ª edición. Editorial Trillas Mexico 1992.
- **VIDAL**, Enrique Psiquiatría 1ª edición Editorial Panamericana. Argentina 1986. p.735.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- **ABURTO G Cesar** Elementos de Biostatística 3ª edición Editorial Iberoamericana México, D F 1982 p 225
- **CRAWFORD Virginia** Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental 1ª edición Editorial El Manual Moderno México 1987 p 193
- **HAM** Tratado de Histología 8ª edición Editorial Interamericana México D F 1987 p. 1070
- **HUCHES Jennifer** Manual de Psiquiatría Moderna 1ª edición Editorial Limus México 1984 p 140
- **KASCHAK Newman, Diane A Jakvac, Smith** Planes de Cuidados en Geriátria 1ª edición Editorial Mosby Doyman p 250
- **KRASOIEVITCH Miguel** Demencia Presenil y Senil 1ª edición Editorial Salvad Mexicana de Ediciones México, D F 1988 p 282
- **MERENESS Dorothy** Elementos de Enfermería Psiquiátrica 4ª edición. Editorial La Prensa Médica Mexicana México 1984 p 421.

- Revista "NURSSING". Educación Sanitaria al Paciente. Abril 1994 p. 6.
- VEGA Franco Bases Esenciales de la Salud Pública. 7ª edición. Editorial La Prensa Médica Mexicana México, D. F. 1990 p. 108

ANEXO

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE.

NOMBRE DEL PACIENTE:
FECHA DE INGRESO.
EDAD:

SEXO

NÚMERO DE EXPEDIENTE:
ESTADO CIVIL:

DIAGNOSTICO MÉDICO:
LUGAR DE ORIGEN.
RELIGIÓN:
OCUPACIÓN.

1.- ¿QUIÉN ES LA PERSONA QUE SE ENCARGA DE USTED?

- A) HIJO (A)
- B) ESPOSO (A)
- C) HERMANOS (AS)
- D) NINGUNA
- E) SIN RESPUESTA.

2.- ¿CÓMO CONSIDERA USTED LA ATENCIÓN QUE LE BRINDA SU FAMILIA EN EL HOGAR?

- A) CON CONOCIMIENTOS DEL PROBLEMA
- B) SIN CONOCIMIENTOS
- C) NO ES IMPORTANTE DAR ATENCIÓN ESPECIAL
- D) NO TIENEN TIEMPO
- E) SIN RESPUESTA

3.- ¿CONSIDERA USTED QUE ESTÁ BIEN ATENDIDO EN SU HOGAR Y SABE LO QUE PIENSA SU FAMILIA?

- A) SI
- B) NO
- C) SIN RESPUESTA

4.- ¿COLABORA LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE USTED EN EL HOGAR?

- A) SI
- B) NO
- C) SIN RESPUESTA

5.- SENTIMIENTOS QUE USTED CONSIDERA QUE LE TIENE SU FAMILIA.

- A) LO QUIEREN
- B) SOLO LO ESTIMAN
- C) NO LO ACEPTAN
- D) LÁSTIMA
- E) SIN RESPUESTA

6.- ¿ACEPTA USTED LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES EN EL HOGAR?

- A) SI
- B) NO
- C) SIN RESPUESTA

7.- ¿ QUÉ ACTIVIDADES REALIZA USTED EN SU HOGAR?

- A) LABORES DOMESTICAS
- B) ACTIVIDADES FÍSICAS Y MANUALES
- C) ACTIVIDADES CAMPESINAS
- D) NO REALIZAN ACTIVIDADES
- E) SIN RESPUESTA

8 - PROBLEMAS POR LOS QUE NO REALIZA USTED ACTIVIDADES EN SU HOGAR.

- A) INESTABILIDAD DE LA MARCHA
- B) FALTA DE INTERÉS
- C) POR SOBRE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA
- D) SI REALIZAN ACTIVIDAD
- E) SIN RESPUESTA

9- ¿ACEPTA USTED SU PADECIMIENTO PSIQUIÁTRICO?

- A) SI
- B) NO
- C) SIN RESPUESTA

10. ¿ACEPTA USTED LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS TERAPIAS COGNITIVAS?

- A) SI
- B) NO
- C) SIN RESPUESTA

CUESTIONARIO PARA LA FAMILIA.

NOMBRE DEL FAMILIAR:
NOMBRE DEL PACIENTE
NÚMERO DE EXPEDIENTE:

1 - ¿QUIÉN ES LA PERSONA QUE SE ENCARGA DE SU PACIENTE?

- A) HIJO (A)
- B) ESPOSO (A)
- C) HERMANOS (AS)
- D) NINGUNA
- E) SIN RESPUESTA

2- ¿CÓMO CONSIDERA USTED LA ATENCIÓN QUE LE BRINDAN AL ANCIANO EN EL HOGAR?

- A) CON CONOCIMIENTOS DEL PROBLEMA
- B) SIN CONOCIMIENTOS
- C) NO ES IMPORTANTE DAR ATENCIÓN ESPECIAL
- D) NO TIENEN TIEMPO
- E) SIN RESPUESTA

3 - ¿CONSIDERA USTED QUE ESTÁ BIEN ATENDIDO SU PACIENTE EN SU HOGAR Y SABE LO QUE ÉL PIENSA?

- A) SI
- B) NO
- C) SIN RESPUESTA

4 - ¿COLABORA LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE EN EL HOGAR?

- A) SI
- B) NO
- C) SIN RESPUESTA

5 - SENTIMIENTOS QUE USTEDES LE TIENE A SU PACIENTE.

- A) LO QUIEREN
- B) SOLO LO ESTIMAN
- C) NO LO ACEPTAN
- D) LÁSTIMA
- E) SIN RESPUESTA

6- ¿ACEPTA USTED LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE EL PACIENTE EN EL HOGAR?

- A) SI
- B) NO
- C) SIN RESPUESTA

7.- ¿ QUÉ ACTIVIDADES REALIZA EL PACIENTE EN SU HOGAR?

- A) LABORES DOMÉSTICAS**
- B) ACTIVIDADES FÍSICAS Y MANUALES**
- C) ACTIVIDADES CAMPESINAS**
- D) NO REALIZAN ACTIVIDADES**
- E) SIN RESPUESTA**

8 - PROBLEMAS POR LOS QUE NO REALIZA EL PACIENTE ACTIVIDADES EN SU HOGAR.

- A) INESTABILIDAD DE LA MARCHA**
- B) FALTA DE INTERÉS**
- C) POR SOBRE PROTECCIÓN DE LA FAMILIA**
- D) SI REALIZAN ACTIVIDAD**
- E) SIN RESPUESTA**

9 - ¿ACEPTA USTED EL PADECIMIENTO PSIQUIÁTRICO DE SU PACIENTE?

- A) SI**
- B) NO**
- C) SIN RESPUESTA**

10. ¿CUÁLES PLÁTICAS CONSIDERA LA FAMILIA QUE SON NECESARIAS PARA EL PLAN DE ALTA?

- A) TRATAMIENTO MÉDICO Y FARMACOLÓGICO**
- B) ORIENTACIÓN DE TERAPIAS COGNITIVAS**
- C) DESEAN ORIENTACIÓN REFERENTE A UN LUGAR PARA INSTITUCIONALIZACIÓN**