

Proceso de enfermería en paciente geriátrico: Ansiedad asociado a la hospitalización ©
2024 by Oros Martínez Fidel is licensed under [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Proceso de enfermería en paciente geriátrico: Ansiedad asociado a la hospitalización ©
2024 by Oros Martínez Fidel is licensed under CC BY-NC-ND 4.0. To view a copy of this license, visit
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con énfasis en
Cuidado Geronto-Geriátrico

TESINA

Título

Proceso de Enfermería en Paciente Geriátrico: Ansiedad asociado a la
hospitalización

PRESENTA:

Licenciado en Enfermería

Oros Martínez Fidel

Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis
en Cuidado Geronto-geriatrico.

DIRECTOR DE TESINA:

Dr. Edgardo Garcia Rosas

SAN LUIS POTOSI S.L.P; diciembre 2023



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con énfasis en
Cuidado Geronto-Geriátrico

TESINA
Titulo

Proceso de Enfermería en Paciente Geriátrico: Ansiedad asociado a la
hospitalización

PRESENTA:
Licenciado en Enfermería
Oros Martínez Fidel

Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis
en Cuidado Geronto-geriatrico.

DIRECTOR DE TESINA:

Dr. Edgardo García Rosas

SAN LUIS POTOSI S.L.P; 2023



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERIA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con énfasis en
Cuidado Geronto-Geriátrico

TESINA

Título

Proceso de Enfermería en Paciente Geriátrico: Ansiedad asociado a la
hospitalización

PRESENTA:

Licenciado en Enfermería
Oros Martínez Fidel

Dra. Erika Adriana Torres Hernández

Firma

EECG Jair Aronia

Firma

Dr. Edgardo García Rosas

Firma

SAN LUIS POTOSI S.L.P; 2023

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología, por haber financiado los estudios de Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Gerontológico.

A las autoridades de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, por otorgar las facilidades en el proceso de titulación.

A Dios, por darme la oportunidad de ser una mejor persona y tener más conocimientos que me permitan mejorar la atención profesional a mi prójimo.

DEDICATORIA

*A mis hijos Leonardo, Camilia y Daylin
Que son el motor de mi vida,
por otorgarme el tiempo para cumplir esta meta personal y profesional*

*A mi esposa Fátima Janeth
Por apoyarme en este proceso*

*A mis padres
Que me entregaron las herramientas para defenderme en la vida
Sentaron los valores que permiten mi ejercicio profesional*

Resumen

Introducción. El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial característico del presente siglo; hoy, queda una brecha amplia que es necesario subsanar para satisfacer las necesidades actuales y emergentes de este grupo de personas. Este cambio demográfico, exige a los sistemas sanitarios profesionales, en particular de enfermería, competentes en la identificación y atención de problemas de salud en este grupo poblacional, como la ansiedad. **El objetivo** del presente trabajo es desarrollar las etapas del proceso del cuidado de enfermería en un adulto mayor con ansiedad relacionada con la hospitalización. **Metodología.** Se trata de un estudio de caso de un paciente hospitalizado en una unidad de segundo nivel de atención, con enfermedades crónicas, infección de vías urinarias, durante su estancia desarrolló ansiedad; se realizó una valoración por patrones funcionales de Gordon, se obtuvieron los diagnósticos de enfermería de la NANDA y se construyeron los planes de cuidado con el uso de NIC-NOC; de manera paralela se realizó una revisión de literatura para la construcción del marco teórico y fundamentar las actividades de enfermería; **Resultados.** la evaluación del proceso del cuidado arrojó que las puntuaciones diana fueron alcanzadas. **Conclusiones.** El presente trabajo, permitió mostrar evidencia del trabajo de enfermería.

Palabras clave: Ansiedad, envejecimiento, adulto mayor, cuidado.

Abstract

Introduction. Population aging is a global phenomenon characteristic of this century; Today, there remains a wide gap that needs to be filled to meet the current and emerging needs of this group of people. This demographic change requires professional health systems, particularly nursing, to be competent in the identification and care of health problems in this population group, such as anxiety. The **objective** of this work is to develop the stages of the nursing care process in an older adult with signs and symptoms of anxiety, in order to show evidence that is useful to professionals and human resources in training. **Methodology.** This is a case study of a patient with signs and symptoms of anxiety; A literature review was

case study of a patient with signs and symptoms of anxiety; A literature review was carried out to build the theoretical framework and base nursing activities; Under prior informed consent, the stages of the nursing process were applied with the NANDA-NIC-NOC taxonomy. **Results.** The evaluation of the care process showed the effectiveness of the nursing plans. **Conclusions.** The present work allowed showing evidence of nursing work.

Keywords: Anxiety, aging, older adults, care.

ÍNDICE

I. INTRODUCCION	1
II. JUSTIFICACION	3
III. OBJETIVOS	7
3.1 Objetivo general.....	7
3.2 Objetivos específicos	7
IV. METODOLOGIA	8
V. MARCO TEÓRICO	9
5.1 Envejecimiento.....	9
5.2 Valoración geriátrica integral	19
5.2.1 Escalas de Valoración geriátrica integral.....	20
5.3 La ansiedad en el adulto mayor	20
5.5 Terapias farmacológicas ansiolíticas	40
VI. RESULTADOS	41
6.1 Valoración de enfermería.....	41
6.2 Diagnóstico de enfermería	46
6.3 Planes de cuidado de enfermería.....	51
VII. CONCLUSIONES	63
VIII.REFERENCIAS	65
IX. ANEXOS	71

I. INTRODUCCION

La población en México atraviesa por un fenómeno llamado transición epidemiológica, donde la base de la pirámide se encuentra en un proceso de reducción y la parte superior se hace más ancho. En este sentido la cantidad de personas con edades superiores a 60 años va en aumento, por incremento en la esperanza de vida. Esta condición conlleva a que la demanda de servicios sanitarios se incremente.

Esta demanda de los servicios sanitarios requiere de profesionales capacitados que le permita visualizar a esta población desde una perspectiva holística; ya que el número de profesionales no es suficiente lo que se traduce en una reducción de la calidad de la atención.

El envejecimiento es un proceso biológico que resulta común a todos y produce una modificación en la clasificación del rol social, desde ser joven a ser anciano. Desde esta concepción, se debe considerar que estas personas forman parte de la sociedad, por lo tanto, debe gozar de los mismos derechos y obligaciones que cualquier ciudadano; a ello, se suma que existirán problemas fisiopatológicos, sociales y psicológicos.

Los cambios psicológicos se han pasado desapercibidos por parte de muchos profesionales de la salud, incluyendo a los médicos. Anteriormente, uno de los desafíos de los adultos mayores era sobrevivir; hoy en día se busca calidez en los cuidados para ellos. Esto genera un fuerte impacto en la calidad de vida del adulto mayor, afectan de forma importante la funcionalidad del individuo, condicionan una mayor utilización de los recursos sanitarios, determinan situaciones de independencia precoz, aumenta la carga asistencial institucional y se asocian con mayor riesgo de mortalidad, generalmente a causa de patología cardiovascular, o por causas como accidentes y/o suicidio.

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIATRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

Por ello es indispensable establecer y operar en conjunto con otros profesionales sistemas integrales de vigilancia que nos ayuden a prevenir e identificar estos problemas psicológicos en los adultos mayores. El ser humano es un ser auto perfectible, no en cuanto a su esencia. Una persona será digna mientras obre dignamente (Ser), sino en cuanto a su obrar (hacer). Esto significa que existe un vínculo entre su dignidad y la calidad de sus actos. La atención de los profesionales de salud de atributos que hagan afable los acercamientos tanto al cuerpo como las emociones generando calidez, sensibilidad, empatía en crítica de la afectación. Es importante la intervención oportuna del profesional de enfermería capacitado para identificar problemas del paciente geriátrico. El presente trabajo muestra la evidencia del trabajo de enfermería en una situación clínica real, a fin de que sea de utilidad para otros profesionales de enfermería.

II. JUSTIFICACION

La transición demográfica se refiere a los cambios en las tasas de natalidad y mortalidad que ocurren en una población delimitada geográficamente y que ocurre en cuatro etapas fundamentales. En la primera existe una tasa alta de natalidad y de mortalidad, lo que da como resultado poco o ningún crecimiento. En la segunda etapa, existe una alta tasa de natalidad y la mortalidad va en descenso, lo que produce un alto crecimiento. En la tercera fase los nacimientos van en descenso y la mortalidad ocurre relativamente baja. En la última, los nacimientos son bajos y la mortalidad es alta, lo que da como resultado una población muy lenta¹.

El fenómeno antes descrito es universal y simple de describir a grandes rasgos, pero es complejo para explicarlo. En todos los países ocurren cambios en las tasas de natalidad y mortalidad, lo que se traduce en cambios en la estructura etaria de las poblaciones².

El envejecimiento demográfico se refiere al *“proceso de cambio en la estructura por la edad de la población, se caracteriza por un aumento en el número y porcentaje de personas en edad avanzada, particularmente de 60 años y más, es un proceso intrínseco de la transición demográfica, que es el tránsito de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros niveles bajos y controlados”*³.

El envejecimiento de la población representa el éxito de los esfuerzos de la humanidad en la mejora de las condiciones de vida de los más de 6 000 millones de personas en el mundo. Esto es consecuencia de los avances en las ramas de la medicina, donde se incluyen los métodos de planificación familiar y tratamientos terapéuticos en los diferentes niveles de atención de los sistemas sanitarios⁴.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, para el 2021 en el mundo había 761 millones de personas mayores de 65 años, y que esta cifra aumentará a 1 600 en el año 2050⁵. Este envejecimiento de la población tiene lugar con mayor frecuencia en Europa, América del Norte, Nueva Zelanda y Asia

Occidental y Sudoriental, con un porcentaje superior al 10% de personas mayores de 65 años. En América Latina el número de personas con edad igual y superiores a 60 años era de 88,6 millones, lo que representa un 13.4% de la población en la región⁶. En México, la población asciende a un total de 126,014,024 personas, de estos 15,142,976 eran personas mayores de 60 años, lo que presenta el 12.0% de la población total⁷.

El éxito de las actividades humanas que contribuyen al aumento de la esperanza de vida de las personas se acompaña de aumento de la morbilidad que supone una carga considerable para los sistemas de salud en los países⁸, es decir, las demandas de salud son directamente proporcionales al incremento de la población vieja⁹. En este sentido, se requiere del diseño de estrategias como servicios y productos que permitan la satisfacción de las necesidades, de tal manera que exista un impacto en el bienestar de este grupo de personas¹⁰.

El envejecimiento es un fenómeno progresivo que incluye las esferas biológica, psicológica y social de las personas, con una tendencia a las enfermedades no transmisibles como la hipertensión, la diabetes, la artritis entre otras. Este grupo de enfermedades ha sido la principal causa de defunción¹¹.

Sin embargo, las personas mayores de 65 años también presentan problemas relacionados con la salud mental. La atención a esta dimensión de la salud presenta disparidades, aunque ha habido avances en la atención sanitaria¹². Elshikh, en su revisión sistemática obtuvo que los adultos mayores tenían ansiedad o depresión, y mostraban preferencia por la ayuda informal frente a la profesional, debido a barreras como las creencias negativas sobre los servicios sanitarios y los costos¹³.

Otra situación que presentan los adultos mayores es la soledad, que se define como *“un sentimiento de aislamiento pese a tener una red social presente y puede considerarse como una característica subjetiva de la satisfacción que siente una persona sobre la calidad de las relaciones sociales”*, que está asociada a la dinámica familiar y que forma parte de la salud mental de las personas, incluso las

mayores de 65 años¹⁴. Esta soledad, se relaciona con la ansiedad y la depresión del adulto mayor.

La ansiedad es un problema de salud pública por su magnitud y trascendencia, que también afecta los adultos mayores. Se define como un *“estado emocional temporalmente difuso, en anticipación de una amenaza potencial, asociado con respuestas fisiológicas de estrés”*¹⁵. Este estado en combinación con la fragilidad permite el incremento de las tasas de mortalidad. Una condición grave es que la ansiedad suele estar infradiagnosticada en los adultos mayores¹⁶.

Los problemas de ansiedad en el adulto mayor se incrementaron durante la pandemia, debido a las estrategias que fueron implementadas para disminuir los contagios por Covid-19, entre la que destaca el distanciamiento social que tuvo un efecto negativo en las personas mayores¹⁷. Chlapecka, identificó en su estudio que existe una relación entre el nivel educativo y la ansiedad de los adultos mayores, es decir, entre mayor sea el nivel educativo este podrá funcionar como un factor protector¹⁸. Otro factor de riesgo para la ansiedad es el que señala Gao, el envejecimiento biológico avanzado¹⁹.

Yang, señaló que existe poca evidencia que identifique la asociación entre la ansiedad y el delirio posoperatorio, sin embargo, refiere que existe una ansiedad durante los procesos de hospitalización, por lo que esta puede ser considerada un factor de riesgo²⁰. Duran, señala que de los adultos mayores hospitalizados entre el 40 y 50% pueden presentar signos y síntomas de ansiedad²¹. Sepúlveda, señala que existe una alta prevalencia de ansiedad en el paciente adulto mayor hospitalizado subdiagnosticado²².

En México, se carece de estadísticas generales que den cuenta de cuántas personas adultas mayores tienen ansiedad. En este sentido es donde se encuentra la riqueza del presente trabajo de investigación documental. Además de existir poca evidencia de procesos de atención de enfermería en situaciones de ansiedad en pacientes hospitalizados.

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIATRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

El presente trabajo muestra el desarrollo de las etapas del proceso de atención de enfermería en un paciente adulto mayor relacionado con hospitalizado en una unidad médica de segundo nivel de atención con diagnóstico de enfermería de ansiedad. Tiene la finalidad que le sea de utilidad a profesionales de enfermería en formación y titulados para la mejora la atención sanitaria.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Desarrollar el proceso de cuidado enfermero para el paciente adulto mayor con ansiedad hospitalizado en una unidad médica de segundo nivel de atención.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar la funcionalidad, las necesidades psicoafectivas, el estado cognitivo y las necesidades sociales a través de la valoración gerontogeriatrica.
- Establecer los diagnósticos de enfermería de la NANDA.
- Fundamentar las actividades de enfermería a través de la revisión de literatura y la construcción de un marco teórico.
- Diseñar planes de cuidado en función de los diagnósticos de enfermería con el uso de la taxonomía NANDA-NIC-NOC

IV. METODOLOGIA

Se trata de un estudio de caso desarrollado en una unidad médica de segundo nivel de atención, de seguridad social. Para el desarrollo de este, primero se realizó un metaanálisis, se revisaron bases de datos como Pubmed, Scielo, Google académico, Elsevier y Ebsco, además de considerar los datos estadísticos del Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática (INEGI) para la búsqueda de información relacionada con estadísticas sobre envejecimiento en el mundo, América Latina y México, además de las relacionadas con la ansiedad en el adulto mayor. A esta búsqueda se sumó la revisión de literatura para la construcción del marco teórico sobre ansiedad. Se utilizó la metodología PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultados); en la población (P) se abordó toda la estadística relacionada con la población adulto mayor; en la intervención (I) se abordó específicamente la situación de ansiedad en este grupo poblacional; y la comparación (C), se consideró la revisión de literatura sobre planes de cuidado de enfermería; por último, en la dimensión de resultados (O) se construyó un marco teórico para fundamentar las actividades de enfermería.

Se buscó un caso clínico en la unidad médica antes citada, de un paciente adulto mayor de 65 años con signos y síntomas de ansiedad relacionado con la hospitalización. Una vez encontrado el caso clínico, se realizó una valoración de enfermería con el modelo de Patrones Funcionales de Marjory Gordon, que se complementó con la valoración gerontogeriátrica en sus cuatro dimensiones: funcional, clínica, mental y social. Se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas relacionadas con la investigación en seres humanos y se entregó una carta de consentimiento informado, previa explicación de la confidencialidad de los datos.

Se utilizó la taxonomía NANDA-NIC-NOC para el resto de las etapas del proceso del cuidado de enfermería. Para la priorización de los diagnósticos de enfermería se utilizaron los valores profesionales. La evaluación del proceso se realizó en la dimensión de resultado de Rosa Linda Alfaro.

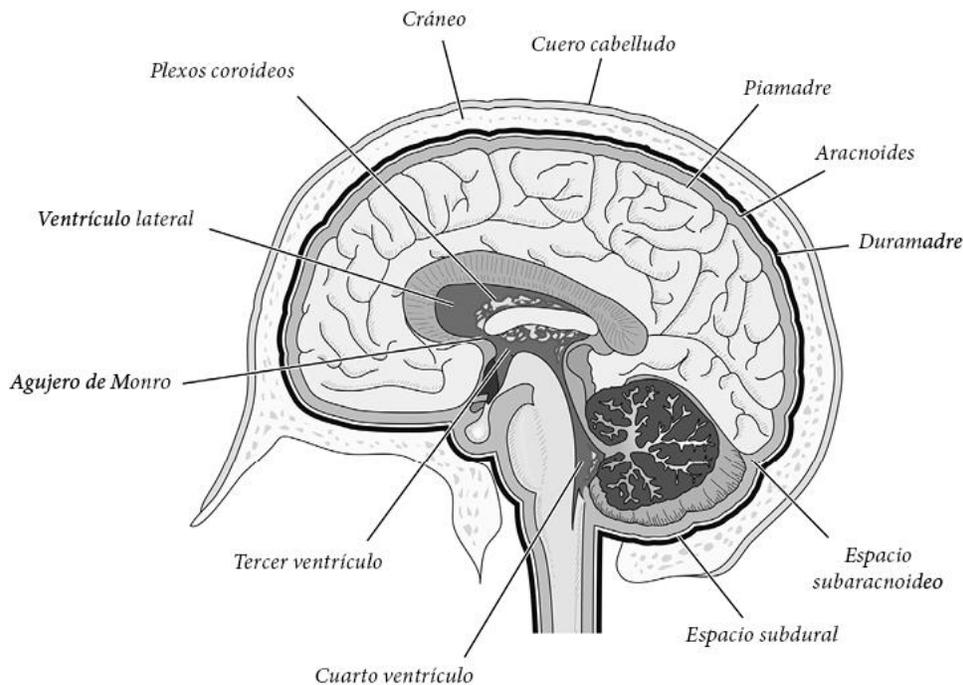
V. MARCO TEÓRICO

5.1 Envejecimiento.

El envejecimiento, es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y hasta el momento, inevitable, en el ocurren cambios biopsicosociales resultante de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades^{23,3}

El cerebro humano es la estructura biológica más compleja que conocemos. Cerca de ochenta y seis mil millones de neuronas conectadas entre sí por billones de contactos, con sofisticados mecanismos de regulación y respuesta, encargadas de las funciones fundamentales para nuestra supervivencia como individuos y como especie, hacen que el estudio del sistema nervioso sea una de las fronteras del conocimiento más importantes para la humanidad. Gran parte de los aspectos clave que nos definen como seres humanos residen en el cerebro: la capacidad de hablar y de amar, el poder para transmitir nuestras historias y conocimientos a la generación posterior, la destreza para fabricar herramientas y artilugios, desde hachas de piedra a bombas atómicas, de vacunas a naves espaciales; la capacidad de planificar, bailar, cantar, la literatura, la pintura, la ciencia y la tecnología... todo surge del cerebro humano. La mente del ser humano es muy poderosa, hacemos lo que la mente nos ordena y la responsable de todas nuestras acciones.²⁴

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIATRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN



El estudio del conocimiento sobre el sistema nervioso permite un recorrido apasionante de la historia de la humanidad. Ha sido un proceso de búsqueda de la verdad, de entender cómo funciona el ser humano, de preguntarse acerca de dónde reside nuestra individualidad, nuestra consciencia, nuestra personalidad, ese «yo» que consideramos inmutable pero que cambia todos los días. La diversidad de enfermedades propias de la vejez ofrece muchos problemas de diagnóstico y tratamiento, particularmente cuando se plantea la necesidad de diversos abordajes terapéuticos, los cuales están asociados con múltiples posibilidades farmacológicas.

Los órganos están formados por una variedad de tejidos y estos por una variedad de células y elementos extracelulares; cada uno de estos órganos envejece a su Entre los signos que determinan el envejecimiento de las personas se tienen: La edad física: cambios físicos y biológicos que se presentan a distintos ritmos, mismos que dependen del sexo, lugar de residencia, economía, cultura, alimentación, tipo de actividades desarrolladas y emociones. La edad psicológica: cambios en las emociones, sentimientos, pensamientos y el significado que para

cada persona tiene la vejez. Adicionalmente se presentan cambios en los procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje. La edad social: relacionada con los significados de la vejez, diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura y su organización social. propia velocidad, el grado de deterioro varía de acuerdo con el tipo celular.²⁵

5.1.2 Cambios fisiológicos en el adulto mayor

Con la edad suelen presentarse cambios en el patrón de la marcha, tales como inestabilidad, ensanchamiento de la base de apoyo, paso lento, postura encorvada, disminución de la movilidad de los brazos. Esto puede ocasionar caídas con graves consecuencias en las personas adultas mayores.

La disminución de la masa corporal magra (sarcopenia) lleva a la pérdida de la fuerza muscular constituyendo una muestra inequívoca de envejecimiento, paralelo a esto se observa aumento en la distribución de la grasa, descenso del contenido de agua, disminución de células y reducción mineral del hueso.

En corazón y pulmones se observa disminución en sus funciones llevándolos incluso a la insuficiencia funcional de estos órganos debido a las arritmias cardíacas, disminución de la elasticidad pulmonar, rigidez de la pared torácica y disminución de la elasticidad de las grandes arterias.

Se manifiestan algunos cambios cerebrales, que no está demostrado tengan relación con la capacidad intelectual, pero son cambios crónico-degenerativos que pueden ocasionar algún tipo de demencia.

Existen cambios en los procesos homeostáticos que limitan la respuesta del organismo al estrés, haciéndolo más frágil. La regulación del volumen líquido se ve alterada por la disminución de la función renal aproximadamente el 10% por cada década a partir de los 40 años.

De igual manera se manifiestan algunas alteraciones de los sentidos que pueden llevar a las personas adultos mayores a un terreno de fragilidad, con disminución

de la calidad de vida como son: disminución de la visión (catarata), de la audición (sordera), que repercute en su vida familiar y en sus actividades sociales, desequilibrio que se manifiesta por crisis vertiginosas que pueden ocasionar caídas.

Cabe señalar que aún hay mucho por conocer y que es necesario realizar mayor número de investigaciones para dar respuesta a muchas incógnitas. El enfoque preventivo es esencial para hacer frente a los problemas de las personas adultas mayores a fin de prevenir y retrasar el deterioro funcional.²⁶

Se ha dado una visión muy panorámica de cambios estructurales y funcionales del organismo que explican por qué se pierde la funcionalidad, y cómo estos cambios producen un impacto en el estilo de vida de los ancianos y de sus familias.

Modificaciones en las funciones Cognitivas

- Estabilidad intelectual: Los conocimientos adquiridos en la vida, propicia compensar la lentitud de respuesta.
 - Enlentecimiento o lentitud: Fatiga intelectual, pérdida de interés, pérdida de atención y dificultad en concentración.
 - Pérdida de capacidad intelectual: No existe respuesta y es lo menos común.
- Inteligencia fluida: Relación con aprendizaje (creatividad, comportamiento innovador, y resolución de problemas nuevos)
- Inteligencia cristalizada: Relacionada con experiencia y reflexión. (vinculada a aspectos culturales, educacional y experimentación).
- Razonamiento verbal: No modificada o ligera pérdida, para conceptualizar o flexibilidad mental.
- Agilidad mental: En declive, para coordinación de movimientos influenciado por la vista y el oído.
- Pérdida de memoria reciente o anterógrada: Sufren de pequeños olvidos, dificultad de retener información, organizar y sintetizar información.

- Memoria auditiva: Se pierde más pronto que la visual o relación temporo-espacial.
- Memoria visual: Tarda más tiempo en ser perdida en relación con la auditiva.
- Memoria de largo plazo o retrograda: Bien conservada, evoca detalles y más lo significativo.

Permite recordar vocabulario y experiencias

- Situaciones poco precisas, decisiones difíciles, limitante el tiempo.
- Soluciones tácticas y valiosas: Pone en práctica sus experiencias y su sabiduría.
- Creatividad: Pueden descubrir su potencial a través de nuevas experiencias o actividades
- Logro de reconocimiento: Acompañado de entusiasmo.

5.1.3 Cambios psicológicos y sociales en el adulto mayor.

Los aspectos psicológicos del envejecimiento se dan de manera normal o patológica en las funciones mentales superiores, donde la persona debe adaptarse a esta situación, considerando sus procesos de conocimiento, personalidad, vida afectiva y espiritual, y la interacción con el medio social y cultural. El uso de estereotipos se conoce como “viejismo”, el cual consiste en definir a la persona de edad avanzada a través de una serie de calificativos negativos que resumen no solamente las actitudes negativas, sino las reacciones hostiles del individuo de cualquier edad, pero que se imputan al viejo, a la vejez o al envejecimiento. Lo anterior no es más que un reflejo del desconocimiento que existe en torno a esta etapa de la vida.

Los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y la autoestima en personas mayores, se puede destacar que un 15-25% de la población general padece algún trastorno de carácter psicopatológico²⁴.⁴

Existe una mayor comorbilidad, con deterioro cognoscitivo, suicidio, incremento de las tasas de mortalidad, otros trastornos mentales y, en definitiva, un empobrecimiento de la calidad de vida y la presencia de ansiedad o depresión en los adultos mayores que favorece la aparición de otros efectos como:

- Descenso de la calidad de vida.
- Aumento de las enfermedades físicas.
- Disminución de la esperanza de vida.
- No aceptación de la nueva situación de dependencia. Esta es la más importante, al dejar de realizar las actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria.

Es común que la salud psicológica en los adultos mayores se vea deteriorada, y se refleja a través de la presencia de síntomas depresivos como frustración, tristeza, y sensación de inutilidad, lo cual genera dependencia funcional.

La función cognitiva es otro problema de salud psíquica que aunado a la depresión, afecta de manera directa la calidad de vida de los adultos mayores^{25 5}.

El deterioro de la salud psicológica en los adultos mayores puede deberse a que es una etapa de vida de pérdidas, como el cese de la actividad productiva, la separación de los hijos, la muerte o separación del conyugue, cambio involuntario de residencia y, en general, la ausencia del bienestar. Todas estas situaciones pueden predisponer al estrés hasta una depresión.

El estado de ánimo define el estado interior en el que se encuentra una persona desde el punto de vista emocional. Mientras que el sentimiento y la emoción son más cambiantes, más intensos y surgen en función del momento, por el contrario, el estado de ánimo es menos intenso, más duradero y prolongado.

Robert E. Thayer define un estado de ánimo como un *sentimiento de fondo que persiste en el tiempo*. Sus investigaciones afirman que los estados de ánimo surgen de la energía y la tensión y que éstos pueden entenderse a partir de cuatro estados básicos que dependen del espectro energía-tensión:

- ✓ Calma-energía. Es el estado donde el sujeto se siente a gusto, en confianza y optimista. Es el estado ideal para realizar actividades como el trabajo y estudio puesto que se presenta con alta energía y tensión baja. Regularmente suele presentarse en las mañanas.
- ✓ Calma-cansancio. Es la sensación previa al sueño en el que el sujeto alcanza un punto donde no hay energía ni tensión.
- ✓ Tensión-energía. Es la sensación que experimenta el sujeto cuando se le ha acabado el tiempo para cumplir alguna actividad sea entregar un trabajo, pagar un servicio, atender una cita, etc. La sensación de urgencia genera una frecuencia cardíaca elevada porque el cuerpo está liberando adrenalina, lo que ocasiona que se presenten altos niveles de energía y tensión.
- ✓ Tensión-cansancio. Es el estado que se origina cuando existe agotamiento. En este punto existen pensamientos negativos debido a que existe cansancio físico acompañado de ansiedad nerviosa. Es un estado de baja energía y alta tensión que comúnmente acontece durante las tardes.

5.1.4 Cambios sociales en el adulto mayor

El envejecimiento no es algo en la naturaleza sino un producto de la civilización y desarrollo propio de la especie humana. Con la edad se producen cambios propios del proceso de envejecimiento que aumentan la probabilidad de sufrir problemas de salud.

El hombre es presa de sus propios éxitos, donde la edad se usa para darle sentido a las necesidades sociales (por ejemplo, votar) sería mejor que la edad no fuera una de las bases de la atribución del estatus y una de las dimensiones subyacentes de acuerdo con la cual se regula la interacción social.

Lo anterior establece normas y sanciones implícitas y explícitas, que sustentan la preocupación de un comportamiento adecuado para las diversas edades. A medida que el individuo envejece se vuelve más consciente de las

discriminaciones cometidas debido a su edad y de la forma en que se juzgan sus comportamientos^{26,6}

La sociedad le arrebatata todo a los adultos mayores: primero la confianza en sí mismos, luego su trabajo, y al final su propia identidad, sienten inseguridad y angustia por el aspecto físico y el mercado de trabajo, por lo que representa tener capacidades deterioradas o deficientes.

La repercusión social del envejecimiento que los mayores temores de la persona al envejecer son la dependencia de otros, la soledad y el dolor (la muerte no figura de manera central, pero es una constante); y de forma gradual el adulto mayor comienza a ver como pérdidas las conquistas sociales. La jubilación lo que hace verse más viejos, al margen de la edad y capacidades personales. El envejecimiento no es un problema, esto se vuelve cuando se acompaña de pobreza, enfermedad, discapacidad y aislamiento. La vejez no debe percibirse como un problema de economía y desarrollo, sino en un marco de ética y el estilo de vida.

Todos estos acontecimientos, factores o diferentes estilos de vida nos llevan o son motivos para que el adulto mayor pueda tener ansiedad durante esta etapa final de vida.

5.1.5 Acontecimientos sociales con repercusión en la sociedad.

En la sociedad actual existe una serie de perjuicios sobre la vejez, como son la de no tener vida productiva, no tener experiencias ni necesidades sexuales, ser inútil, trasnochado y dependiente. sin embargo, la experiencia, la capacidad de relativizar las cosas, saber juzgar objetivamente, la sabiduría procedente de la experiencia, etc., podría permitir a los adultos mayores mantener un rol social importante^{27,7}

En el texto Genero y pobreza: determinantes de la salud en la vejez, de las autoras Nelly Salgado y Rebeca Wong, señalan que la vejez es un constructo social que involucra la asignación de roles de acuerdo con la edad, en cuanto a la

participación en actividades económicas y sociales, según el género y las normas económicas, pero para mí la vejez es un proceso individual que se vive en un contexto y en una sociabilidad determinada. No es lo mismo ser un hombre anciano que una mujer anciana, no es lo mismo tener recursos económicos o no tenerlos, tener o no tener acceso a la cultura, estas y otras variables dibujan una vejez distinta que depende de muchos factores diferentes.

El Género es un aspecto determinante en la sociedad ya que el hombre y la mujer se valoraran diferente, la mujer enfocada al culto de la belleza, juventud y reproducción, al momento de perder estas características que son marcadas biológicamente por hechos como la menopausia; por otra parte los hombres sufren una gran presión social y también se sometidos a comportamientos y consecuencias impuestas; se dice que los hombres tienen poco control sobre su vida y sus emociones están condicionadas por convencionalismos y sufren una gran presión por ser diferentes respecto a su propia expresión emocional²⁸.⁸

En cuanto a seguridad social y económica se observa lo siguiente, en México se realizó un estudio nacional con dos cohortes de adultos mayores. De acuerdo con datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2001 (ENASEM), Wong, Espinoza y Palloni, reportan que 45% de los hombres de 60 años y más que viven en zonas urbanas cuenta con ingresos por jubilación o pensión, mientras que, en las zonas rurales, sólo 16% recibe este beneficio. La proporción de mujeres que recibe este tipo de ingresos se reduce considerablemente a 26% en zonas urbanas y a 10% en rurales. El mismo estudio revela que las mujeres, más que los hombres, reciben ayuda económica de sus hijos. En las áreas rurales, por ejemplo, 72% de las mujeres de 60 años y más reciben ayuda económica de sus hijos, en comparación con 58% de los hombres²⁹.⁹

Estimaciones de la OMS sugieren que las mujeres, tanto de países desarrollados como en desarrollo, pueden esperar vivir más años de vida con discapacidad y limitaciones funcionales que los hombres, una diversidad de determinantes,

influyen en la manera en que las mujeres envejecen con consecuencias inimaginables para su salud y calidad de vida

Los estilos de vida que adoptaron a lo largo de su existencia, debido a su rol social como proveedor económico de la familia, así como a su actividad más intensa en el mercado laboral, los hombres en general pueden estar sujetos a mayores presiones físicas y mentales que ponen en riesgo su organismo, la mujer, por su rol reproductivo, larga carrera de labor doméstica y otro tipo de presiones asociadas con su rol de cuidadora de la unidad familiar, tiene necesariamente un marco epidemiológico muy distinto al del hombre. Así, la carga de la enfermedad en la vejez refleja grandes divergencias por sexo, que van de acuerdo con la acumulación de riesgos asociados a los papeles sociales desempeñados a lo largo de la vida^{30, 10}

Ahora bien, los servicios de atención a la salud están determinado por la participación en el mercado laboral en el sector formal, y los hombres en México tendrán mayor aseguro puesto al ritmo y cultura de vida, pero, más adelante la población de mayor edad tiende a tener cobertura, no solamente por su propia derechohabencia relacionada con la actividad laboral, sino también por ser padres dependientes de algún asegurado. Las mujeres usan los servicios de salud con mayor frecuencia que los hombres a lo largo de su vida, a edad avanzada, cuando la salud requiere mayor atención, las mujeres pueden estar más familiarizadas con el manejo de su propia enfermedad que los hombres.

Hoy en día debemos de tener más apertura en el ámbito social y romper con los estereotipos que se encuentran en nuestro país acerca del adulto mayor, que pueden desencadenar múltiples problemas geriátricos. Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte, que, aunque es de miedo para algunas personas, lo más importante es la comprensión y la concientización de esta etapa

de la vida en la que tarde o temprano todos estaremos. La conciencia de estar vivo supone la aceptación de los límites temporales de ser humano y el conocimiento de que el cuerpo puede envejecer o enfermar porque no habitamos una máquina perfecta. Descubrir la vida es asumir la vejez y la muerte^{31, 11}

Algunos autores diferencian la angustia de la ansiedad, haciendo referencia al término de angustia a la parte más física o vegetativa y el término de ansiedad componente más cognitivo.

5.2 Valoración geriátrica integral

La valoración del estado de salud del adulto mayor es uno de los retos del profesional de enfermería especialista en cuidado geronto-geriátrico la geriatría, se requiere de una perspectiva distinta de la que se usa en la valoración de individuos más jóvenes. Se denomina valoración geriátrica al proceso estructurado, diagnóstico multidimensional y multidisciplinario, en el que se detectan, describen y determinan los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socioambientales que el paciente adulto mayor presenta, investiga atributos y alteraciones importantes de la esfera médica, funcional, mental y social de las personas adultas mayores.

Su objetivo es elaborar un plan terapéutico coordinado que permita recuperar la función y mantener la independencia, mejorar la precisión diagnóstica, la ubicación del paciente, el estado funcional, el estado cognitivo y afectivo, evitar la polifarmacia, reducir el ingreso a hospitales, evitar la institucionalización, reducir el costo médico, prolongar la expectativa de vida para determinar su capacidad de vivir independiente en su medio ambiente, prevenir su discapacidad y fomentar su independencia.

El uso de instrumentos y escalas de valoración permite al personal multidisciplinario identificar alteraciones, medir de forma objetiva la capacidad del usuario y mejorar la sensibilidad diagnóstica, facilita el lenguaje entre los diferentes profesionistas, permite la identificación de situaciones socioeconómicas

y ambientales capaces de condicionar la evolución clínica o funcional de las personas adultas mayores permitiendo planificar la utilización de los recursos para el mantenimiento o mejora de su calidad de vida.

5.2.1 Escalas de Valoración geriátrica integral

- Escala Geriátrica de Ansiedad (GAS 1) de Segal y Payne
- Escala de Hamilton de ansiedad
- Test de depresión geriátrico (GDS) corto y largo
- Escala de Folstein: Valoración del estado mental
- Escala de Pfeiffer: Evaluación de la función cognitiva
- Escala de Katz: Actividades básicas de la vida diaria
- Escala de Barthel: Actividades de la vida cotidiana
- Escala de Lawton y Brody: Actividades instrumentales de la vida diaria
- Escala de Tinetti: Evaluación de marcha y equilibrio
- Examen mínimo del estado nutricional Mini Nutritional Assessment – MNA
- Escala de Riesgos de Caídas (Downton).

5.3 La ansiedad en el adulto mayor

Con respecto a la ansiedad hacia el envejecimiento, se ha caracterizado como una combinación de anticipación de pérdidas y preocupación hacia el futuro centrados alrededor del proceso de envejecimiento. A diferencia de otras características que pueden dar como resultado una actitud de discriminación, como raza o género, el envejecimiento es un proceso biológico que resulta común a todos y produce una modificación en la clasificación del rol social, desde ser joven a ser adulto mayor. La ansiedad hacia el envejecimiento es conceptualmente diferente de otros tipos de ansiedad como ansiedad estado o ansiedad hacia la muerte y se superpone en parte con los conceptos de bienestar psicológico y actitudes hacia el envejecimiento ^{32, 12}

La ansiedad es un estado afectivo psicológico que consiste en una sensación difusa de aprensión, desagradable y vaga, de aparición aguda y transitoria que se acompaña de una activación del sistema nervioso autónomo. Éste estado actúa

como mecanismo de alerta ante una situación amenazante o percibida como una potencial amenaza para la actividad física o psíquica del individuo, permitiendo una adaptación a la situación desencadenante con el fin de prevenir la amenaza o reducir sus consecuencias^{33, 13}.

En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad).

Los trastornos psiquiátricos, cobran cada vez más importancia en la práctica diaria. Según algunos estudios, la prevalencia oscila entre un 15 y un 20%, donde la depresión y la ansiedad tienen un rango considerable^{34, 14}.

5.3.1 Etiología

Los tres neurotransmisores implicados en la ansiedad son la noradrenalina, la serotonina y el ácido γ -aminobutírico (GABA). Existen factores psicológicos y factores biológicos que predisponen al trastorno de ansiedad. Se ha demostrado la influencia de factores genéticos, ya que entre familiares de primer grado se observa una incidencia mayor.

En el pasado, los trastornos de ansiedad solían considerarse relacionados exclusivamente con conflictos intrapsíquicos. Actualmente se acepta que en su origen participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas; sin embargo, es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología.

- Factores biológicos

Predisposición genética: Vulnerabilidad biológica primaria condicionada genéticamente se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno.

- Factores psicosociales

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicos y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada.

- Factores traumáticos

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático.

- Factores psicodinámicos

La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan). La ansiedad como señal de alarma provoca que el "yo" adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contiene, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos, y obsesivo compulsivos (Kaplan).

Se ha visto que los pacientes con trastornos de ansiedad, previo a la primera crisis, presentan conflictos por amenaza o pérdida de una relación afectiva y que a la vez se asocia al antecedente de separación de sus padres en la infancia (Vásquez-Barquero).

- Factores cognitivos y conductuales

Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. Pacientes con sistemas cognitivos negativos desencadenan ataques de pánico interpretando una palpitación precordial como el aviso de estar a punto de morir de un infarto del miocardio; también, por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás. En un caso concreto tenemos a una niña que con frecuencia observa a su madre que experimenta miedo subirse al ascensor (a raíz de haberse quedado encerrada al faltar el fluido eléctrico) y prefiere utilizar las gradas, aprende a tener fobia a los ascensores.

Por eso, los estados de ansiedad en el anciano son una de las afecciones psiquiátricas más frecuentes y sin embargo, siguen estando entre las menos estudiadas dentro del campo de la psicogeriatría.

El hecho de que existan otros trastornos mentales más específicos y graves en la edad geriátrica, como son la depresión y la demencia, han llegado a considerar los trastornos de ansiedad como “psicología ligera” y, por tanto, a no considerar las posibles repercusiones sobre la calidad de vida del paciente anciano.

Los estados de ansiedad generan un fuerte impacto en la calidad de vida del sujeto, afectan de forma importante a la funcionalidad del individuo, condicionan una mayor utilización de los recursos sanitarios, determinan situaciones de dependencia precoz, aumenta la carga asistencial de la comunidad y se asocian

con un mayor riesgo de mortalidad, generalmente a causa de patología cardiovascular, o por causas no naturales, como accidentes y/o suicidio.

Los síntomas de ansiedad en la edad geriátrica aparecen con más frecuencia de lo que tradicionalmente se ha creído, ya que la ansiedad lleva asociada múltiples situaciones vitales y morbosas que generan o se asocian a la manifestación de síntomas ansiosos han estimado una frecuencia de aparición de casi el doble para los síntomas ansiosos frente a los depresivos en este grupo de población. Además, son múltiples los estudios que surgieron de que tanto los trastornos de ansiedad como los síntomas ansiosos son muy frecuentes en el paciente anciano.

La ansiedad en el paciente anciano no se encuentra exenta de controversia; así, algunos autores han cuestionado la naturaleza de la ansiedad en la edad tardía, su comorbilidad con la depresión y la difícil adecuación a los criterios diagnósticos actuales, sugiriendo diferencias cualitativas con respecto a personas más jóvenes.

Cuando existe una alteración de este mecanismo de alerta se produce una activación del sistema nervioso autónomo de forma injustificada o bien de forma desproporcionada, en virtud de su intensidad y duración, ante la percepción de un estímulo, constituyendo un estado de ansiedad patológico.

Antes de adentrarnos en el tema que nos concierne, es interesante aclarar términos que pueden acarrear cierta confusión en el día a día de los clínicos no psiquiatras. La ansiedad, la angustia, el miedo y la neurosis son términos que en ocasiones los clínicos utilizamos de forma sinónima e indistinta y, sin embargo, hacen referencia a conceptos muy diferentes.

5.3.2 Fisiopatología

Bajo condiciones normales los síntomas de la ansiedad son imperceptibles, pero cuando es intensa, el individuo experimenta una sensación de inquietud y aprehensión que se acompaña de un aumento de vigilancia del entorno.

Mediante los nervios aferentes se recibe la información del ambiente externo y se realiza un envío de señales nerviosas. Y aunque no existe una región única encargada de la integración de la ansiedad, de acuerdo con diversos estudios realizados se ha demostrado que la mayor parte de los centros nerviosos que participan en la producción y modulación de la ansiedad pertenecen al sistema límbico. El sistema límbico también se conoce como “cerebro emocional”, ya que desempeña un papel fundamental en una amplia gama de emociones como el dolor, el placer, la docilidad, el afecto y la ira. También está relacionado con el olfato y con la memoria.

Los principales componentes del sistema límbico son los siguientes:

- El lóbulo límbico es un reborde en la superficie media de la corteza cerebral de cada hemisferio. Incluye el surco del cíngulo, que se encuentra sobre el cuerpo calloso, y el giro para hipocampo, que se halla en el lóbulo temporal, hacia abajo. El hipocampo es una porción del giro parahipocampal que se extiende sobre el piso del ventrículo lateral.
- El giro dentado se halla entre el hipocampo y el giro parahipocampal.
- La amígdala está compuesta por varios grupos neuronales localizados cerca de la cola del núcleo caudado.
- Los núcleos septales se localizan dentro del área septal formada por la región inferior del cuerpo calloso y el giro paraterminal (un giro cerebral).
- Los tubérculos mamilares del hipotálamo son dos masas redondeadas, próximas a la línea media y cercanas a los pedúnculos cerebrales.
- Dos núcleos del tálamo, el núcleo anterior y el núcleo medial, participan en los circuitos límbicos.
- Los bulbos olfatorios son cuerpos aplanados de la vía olfatoria, que descansan sobre la lámina cribosa del etmoides.

- El fórnix, la estría terminal, la estría medular, el fascículo tecto-encefálico medial y el tracto mamilotalámico están vinculados por haces de axones mielínicos de interconexión.

Para la producción y modulación de la ansiedad la estructura del sistema límbico que más participa es la amígdala, su principal función es el procesamiento y almacenamiento de reacciones emocionales que se vuelven fundamentales para cualquier individuo. Al ser activada dicha estructura, se realiza una liberación de neurotransmisores como respuesta, los cuales son la Noradrenalina (NA), Dopamina (DA), Ácido gamma aminobutírico (GABA).

En el envejecimiento existe una hipertrofia de las neuronas y se produce secuencialmente una pérdida de ramificaciones de su árbol dendrítico, además de presentar una degeneración lenta y progresiva. Debido a lo anterior el procesamiento de la información merma, a velocidad de conducción de la información nerviosa disminuye, deterioro del funcionamiento de córtex prefrontal lo que genera una hipoactividad de la corteza, la cual es fundamental en la conducta, la personalidad y respuestas emocionales.

Al someter al organismo a un estrés constante que genere ansiedad, la Amígdala se mantiene hiperactiva debido a una sobreestimulación.

Dado que hay una hipoactividad de la corteza frontal y una hiperactividad de la amígdala, la ansiedad que presenta el paciente se prolonga y si no es controlada, se convierte en un padecimiento crónico genera cambios en el SNC en las estructuras implicadas en el producción y modulación de la ansiedad y esto aumenta el riesgo de desarrollar depresión, demencia, deterioro cognitivo, etc.

La historia clínica es un factor clave, muchas enfermedades y medicamentos pueden producir ansiedad o depresión.

Problemas de salud que presentan frecuentemente síntomas de ansiedad:

- a) Cardiovasculares: Infarto Agudo Miocárdio, Arritmias.

- b) Endocrinos metabólicos: Insulinoma, alteraciones inmunológicas, menopausia, hiper/hipotiroidismo.
- c) Fármacos: Anticolinérgicos, antihipertensivos, digital, síndrome de abstinencia (alcohol, benzodiazepinas).
- d) Problemas de salud que presentan frecuentemente síntomas depresivos
- e) Endocrino metabólicas: Hipotiroidismo, desequilibrios electrolíticos, hipoglucemias.
- f) Neurológicas: Enfermedad del Alzheimer, demencia multiinfarto, enfermedad del Parkinson, traumatismos craneoencefálicos.
- g) Nutricionales: Anemia, alcoholismo, déficits vitamínicos.

En el campo de la psiquiatría ha sido motivo de controversia y confusión los términos ansiedad y angustia, estrés y ansiedad, ansiedad y miedo y la utilización en psicopatología del vocablo ansiedad como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad.

Ansiedad y angustia de acuerdo con las raíces lingüísticas y a su uso idiomático tienen un mismo significado. Ansiedad se deriva del latín “*anxietas*” que significa “estado de agitación inquietud o zozobra del ánimo”; mientras que angustia procede del atín “angor”, que incluye los significados como “angostura, dificultad, aflicción, congoja, temor opresivo sin causa precisa, estrechez del lugar o del tiempo”¹⁹.

En la actualidad el concepto de ansiedad conlleva un componente cognitivo y un componente somático, clínicamente, se afirma que las personas adultas mayores, a menudo, prestan más atención a los síntomas somáticos, minimizando los aspectos cognitivos y, a que, los adultos mayores sufren más enfermedades médicas que las personas más jóvenes, su acento en los síntomas somáticos puede causar dificultades en el diagnóstico diferencial de estos trastornos de ansiedad, especialmente en los centros de atención primaria.

La tasa de prevalencia para los trastornos ansiosos en población adulta mayor es muy variable, en la mayoría de los estudios las tasas son mayores al 10%, cifra

que se eleva al 30% en estudios de población de atención primaria. La frecuencia de aparición de trastornos de ansiedad presenta diferencias por sexo, la frecuencia de 2 a 6.5 veces es superiores en mujeres^{36, 15}

Hay que diferenciarla del miedo, ya que este es la reacción desencadenada por una amenaza real y conocida mientras la ansiedad teme a lo desconocido. El sistema límbico es el responsable de las emociones y de las estrategias asociadas a la sobrevivencia. Entre estas emociones se encuentran: el miedo, la furia, las sensaciones ligadas al sexo o al placer y también al dolor y a la angustia.

De forma cotidiana experimentamos una serie de emociones como la ira, la alegría, la tristeza y la ansiedad. Esta última está presente en nuestras vivencias diarias y desempeña un papel importante en la adaptación y defensa ante situaciones de tensión o amenaza. Existe un nivel de ansiedad que se considera normal e incluso útil, se le denomina umbral emocional y permite mejorar el rendimiento y la actividad, sin embargo, cuando la ansiedad rebasa ciertos límites, aparece un deterioro de la actividad cotidiana. En este caso, a mayor ansiedad, habrá un menor rendimiento. Los trastornos por ansiedad son frecuentes y su presencia tiende a incrementarse debido a factores estresantes ambientales y a los experimentalmente El estrés crónico, disminuye los niveles cerebrales del ácido gamma-aminobutírico (GABA) en el hipocampo estado ansioso y depresivo, en quienes se encuentran niveles disminuidos de GABA en el líquido cefalorraquídeo

Los acontecimientos que frecuentemente se asocian con psicopatología ansiosa en la vejez, son los duelos por pérdida de un familiar, pérdida de la independencia, la jubilación y la institucionalización. Los factores de riesgo asociados con una mayor probabilidad de tener ansiedad en la edad adulta son: género mujer, enfermedades médicas crónicas, vivir solo o divorciado, baja escolaridad, eventos estresantes a lo largo de la vida, limitación física en actividades de la vida diaria, de igual manera, los contactos sociales escasos y la soledad son los factores de mayor peso que predisponen a ansiedad.

5.3.3 Causas de la ansiedad en el proceso de envejecimiento

En la tercera edad se experimenta diversos cambios vitales como:

- La jubilación: Disponer de demasiado tiempo libre y tener que aprender a ocuparlo, genera ansiedad en algunas personas. Existen más factores de riesgo que pueden generar ansiedad en el adulto mayor, estos son algunos de ellos.
- Descenso de la autonomía: Tardar más tiempo en desempeñar algunas actividades, descenso de movilidad o pérdida de reflejos y de fuerza, son algunos de los ejemplos que puede provocar este declive y que pueden hacer que la persona requiera ayuda en situaciones que antes no lo hacía.
- Problemas económicos: Contar con una cantidad de dinero menor a la obtenida durante la adultez es descrito también como fuente de estrés para algunas personas.
- Proximidad a la muerte: Algunas personas mayores consideran que el final de la vida está cerca, este pensamiento puede generar altos niveles de ansiedad, ocasionando tanatofobia en los casos en los que la obsesión por la muerte, domina el pensamiento.
- Deterioro del estado de salud/ incapacidad física. Con el envejecimiento, además del deterioro visible, por ejemplo, de la piel, las funciones físicas y cognitivas también se ven afectadas y ocasionan, en algunas situaciones, incapacidad que priva a algunas personas del desarrollo de su ritmo de vida.
- Aislamiento social: La suma de diferentes circunstancias problemáticas puede conllevar deterioro del estado de ánimo y esto, a su vez, que las personas que lo sufren no quieran salir de casa ni relacionarse.

- Soledad. Pérdidas de amigos, familiares, compañeros sentimentales, sentirse distanciado de los seres queridos, son algunas de las situaciones que provocan falta de compañía.
- Padecimiento de otra enfermedad: Sufrir otro tipo de enfermedad como, por ejemplo, la hipertensión, la artrosis o la depresión es considerado otro de los motivos que pueden hacer que los ancianos experimenten síntomas de ansiedad.
- Incomprensión familiar: Sentirse incomprendidos por parte de los seres queridos hace que en algunos casos se traduzca en angustia, frustración, inquietud y malestar.

5.3.4 Complicaciones de la ansiedad en el adulto mayor

Fisiológico: la modificación del sistema nervioso (sudoración, sequedad de boca, mareos, hiperventilación, palpitaciones, taquicardias, etc.).

- Cognitivo: Implica los problemas relacionados con procesos mentales (preocupación excesiva, sensación de agobio, problemas de memoria, anticipaciones amenazantes, pensamientos intrusivos, evaluación del riesgo, obsesiones, etcétera).
- Conductual: Hace alusión a aquellas alteraciones que aparecen en la conducta (agresividad, evitación de situaciones que provocan el malestar asociado a la ansiedad, hipoactividad, hiperactividad, etc.).

La manifestación clínica de la ansiedad viene determinada por tres componentes:

- Cognitivo que incluye la sensación subjetiva del nerviosismo, aceleración, temor, peligro, aprensión, preocupación, inseguridad, descontrol y anticipación de los daños imaginados, etc.

- Conductual o motor (objetivo) que incluye un estado de inquietud, hiperactividad, evitación, tensión motora, temblor, etc.
- Somático, como expresión de la hiperactividad autonómica, con taquicardia, hiperventilación, opresión torácica, vértigos, náuseas y otras alteraciones digestivas, polaquiuria, sudoración, parestesias, cefaleas, sequedad de boca, etc.

Lo singular del adulto mayor y que potencia el cuadro ansioso es el miedo a la enfermedad física severa con el consecuente deterioro, a la propia muerte, a las intervenciones quirúrgicas, los postoperatorios y las discapacidades. Generalmente, los trastornos de ansiedad primarios de la vejez son crónicos y han persistido desde la juventud o adultez. El estado ansioso se presenta como "un estado subjetivo de expectación o aprehensión disfórica", acompañado por una combinación variada de alguno/s síntomas. Es frecuente que los pacientes hagan mayor hincapié en estos aspectos asociados más que en el estado de ansiedad en sí mismo, lo que da por resultado que se lleven a cabo extensas evaluaciones médicas antes de arribar a un diagnóstico correcto^{37, 16}

Síntomas del estado ansioso ¹⁷

1. Tensión Motora: Estremecimientos, sacudimientos, sensación de temblor, tensión muscular, dolores, parestesias, desasosiego y fatiga.
2. Hiperactividad autonómica: Respiración entrecortada o sensación de sofocación, palpitaciones o taquicardia, sudoración o manos húmedas, frías y viscosas, boca seca, vértigo o mareos, náuseas, diarrea, vómitos u otra molestia abdominal, acaloramiento (accesos calientes) o escalofríos, rubor o palidez, micción imperiosa y frecuentes problemas para tragar o sensación de "nudo en la garganta", cefaleas y disfunción sexual.
3. Vigilancia y registro: Sensación de excitación o impaciencia, respuesta sobre exaltada o exagerada, dificultad de concentración o "mente en

blanco” por ansiedad, dificultad para dormir o mantener el sueño e irritabilidad.

En situaciones de crisis o descompensación, el anciano suele presentar conductas de evitación, principalmente a la exposición al miedo y a la angustia. Puede presentar principalmente fobias a salir a la calle, a entrar en lugares públicos, a sufrir caídas y al traslado a instituciones, estas evitaciones suelen aparecer ocultas por quejas referentes a limitaciones físicas. Los adultos mayores, principalmente por su particular situación biológica, psicológica, social y cultural, necesitan un tratamiento distinto al de sujetos de otros grupos etáreos. El envejecimiento como tal, aun cuando no se presenten enfermedades complejas, desestabiliza en algún momento a la persona produciéndole, en el mejor de los casos una crisis vital³⁸.

5.3.5 Comorbilidad

La depresión: es el principal problema comórbido en la ansiedad, influye de forma negativa y se asocia con el peor pronóstico.

Consumo de alcohol y benzodiazepinas: las sustancias de abuso o dependencia más frecuentes en ancianos son los fármacos hipnosedantes, los analgésicos y el alcohol, siendo poco habitual el uso de otro tipo de sustancia.

Demencia: los síntomas de ansiedad a menudo están presentes en personas con demencia y con más frecuencia se presentan asociados a depresión que en formas puras.

Enfermedades médicas: la crisis de pánico puede manifestarse como una respuesta emocional ante la enfermedad física o bien como una expresión directa de algunas patologías orgánicas conocidas.

Insomnio: las alteraciones del sueño pueden aparecer como consecuencia de los trastornos de ansiedad. Frecuente en trastornos de pánico y estrés postraumático.

5.3.6 Epidemiología en los trastornos de ansiedad en el adulto mayor

La epidemiología de los trastornos de ansiedad en el anciano es poco conocida pues existen muy pocos estudios publicados y diseñados para tal fin, y los que existen presentan limitaciones en su validez. En general, se reconoce que los estudios epidemiológicos llevados a cabo con muestras seleccionadas a nivel comunitario nos aportan datos más precisos respecto a la extensión de los trastornos de ansiedad en el anciano. Durante los últimos años de la década de los 70 se realizó en 5 universidades de los Estados Unidos un estudio para valorar la incidencia y prevalencia de los distintos trastornos psiquiátricos en unos 20.000 habitantes residentes en las áreas correspondientes a dichas universidades e incluyendo pacientes institucionalizados. Utilizaron una entrevista estructurada, la Diagnostic Interview Schedule (DIS) que sigue los criterios del DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª edición). Dicho estudio es conocido como estudio (NIMH) ECA (National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area). En el estudio muestra la prevalencia de trastornos de ansiedad en personas mayores de 65 años fue del 5,5%. Con mucho el diagnóstico más frecuente fue el de fobia (4,8%). En general, la prevalencia de trastornos de ansiedad en el anciano fue menor que la del resto de la población. En pocos casos los trastornos de ansiedad comenzaron después que la persona cumpliera los 65 años. La prevalencia del trastorno por ataques de pánico en los ancianos era muy baja (0,1%) y la prevalencia durante un año del trastorno por ansiedad generalizada estaba entre el 1-2.2%. En general, las mujeres padecían más trastornos de ansiedad que los varones.

Flint y colaboradores publicaron en 1994 un artículo de revisión sobre todos los estudios epidemiológicos realizados desde 1970 e incluidos en el boletín bibliográfico *Índex Medicus*. Identificaron 8 estudios comunitarios en los cuales se estudiaban los trastornos de ansiedad en personas mayores de 60 años. La mayoría de los estudios mostró que los trastornos de ansiedad son menos frecuentes en los ancianos que en adultos más jóvenes. Las fobias y el trastorno de ansiedad generalizada son los trastornos de ansiedad más frecuentes en edades avanzadas; los trastornos de pánico son raros (especialmente su debut en

la 3ª edad). La agorafobia y el trastorno obsesivo-compulsivo (especialmente en las mujeres) pueden debutar en estas edades tardías, mientras que las fobias simples, los ataques de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo en los varones suelen haber debutado en la juventud o ser consecuencia de otros trastornos médicos o psiquiátricos. Hay una considerable comorbilidad entre las depresiones mayores y la ansiedad generalizada y las fobias en la tercera edad. Muchas de estas depresiones son interpretadas como estados de ansiedad y son inadecuadamente tratadas únicamente con benzodiazepinas.

Aunque la mayoría de los estudios llevados a cabo a nivel ambulatorio detectan una menor prevalencia de trastornos de ansiedad (TA) en la población geriátrica que, en el adulto joven, existe cierta discrepancia respecto a la verdadera prevalencia de estos, ya que en el anciano pueden presentarse de forma diferente -principalmente en forma de somatizaciones-. Las fobias y la ansiedad generalizada son los TA más frecuentes en el anciano. La ansiedad se puede manifestar con síntomas cognitivo-emocionales, conductuales o somáticos.

El hecho de que el paciente afecto de la enfermedad de Alzheimer (EA) sufra un progresivo deterioro cognitivo hace que se cuestione el que dichos pacientes puedan sufrir trastornos de ansiedad fuera de los primeros estadios. Sin embargo, autores como Cohen creen que se sobrevalora el componente cognitivo y se infravalora el componente conductual y somático de la ansiedad, pensando que la frecuencia y situaciones en las cuales se pueden presentar TA en la Enfermedad de Alzheimer es mucho mayor de la que hasta fechas recientes se pensaba. El tratamiento de los TA en individuos afectados de demencia senil exige un enfoque integral e individualizado. Los neurolépticos o benzodiazepinas a utilizar han de seleccionarse de forma cuidadosa teniendo en cuenta aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos, evitando los fármacos con marcados efectos anticolinérgicos o arritmógenos e intentando evitar la aparición de efectos secundarios Extrapiramidales. Con frecuencia, se infravaloran ciertas medidas no farmacológicas que contribuyen al bienestar y mejoría de estos pacientes.

5.3.7 Prevalencia de los trastornos de ansiedad

Los trastornos por ansiedad ocupan el primer lugar en la prevalencia de las enfermedades mentales con un 17%, y el riesgo a tenerlos en cualquier momento de la vida aumenta a un 25%, siendo más frecuentes en mujeres que en hombres en una proporción de 2:1 (Kessler). Del 5 al 12% de los pacientes atendidos en atención primaria (Kessler) y entre 25 a 40% de los pacientes hospitalizados (Costa Silva) tienen algún tipo de trastorno de ansiedad.

En relación con el trastorno de estrés postraumático, en poblaciones de riesgo se encuentra una prevalencia entre un 3 a un 58% (DSM-IV). En el caso de trastorno de estrés agudo no se tienen estadísticas y lo referente al trastorno de adaptación de tipo ansioso se sabe que corresponde al 13.5% del total de trastornos psiquiátricos atendidos en atención primaria.

5.4 Valoración de la ansiedad

Exploración de todos los antecedentes físicos y psiquiátricos, tratamientos médicos y psiquiátricos, así como consumo de tóxicos, ingesta de productos sin receta, de herbolarios, homeopáticos e infusiones de uso extendido en esta población; valorar estado funcional basal, grado de dependencia y de apoyo a la dependencia que presenta; valorar relaciones con su entorno y su familia e indagar sobre posibles factores desencadenantes de la clínica; habilidades de afrontamiento, factores de apoyo socio-familiar y económico.

5.4.1 Identificación del trastorno de ansiedad

Para poder reconocer los trastornos de ansiedad es que el profesional de salud considere los siguientes aspectos:

1. Que los tenga presente ya que son muy frecuentes en atención primaria: al menos uno de cada diez pacientes que asisten a consulta médica tienen un algún tipo de trastorno de ansiedad.

2. Que la queja más frecuente de presentarse un trastorno de ansiedad o un trastorno depresivo es el síntoma dolor, especialmente el de espalda, rodillas, cadera, de cabeza, abdominal y torácico.

3. Que los síndromes funcionales (ej. Colon irritable, fibromialgias, dispepsias, fatiga crónica) tienen más probabilidad de tener subyacente un trastorno ansioso o depresivo.

5.4.6 Sintomatología

Las quejas con que suelen consultar con más frecuencia son las somáticas:

- Dolor de cabeza de predominio occipital y dolorimiento y tensión muscular difusa en otras áreas del cuerpo.
- Molestias torácicas como opresión precordial, ahogo, palpitaciones y taquicardia.
- Molestias digestivas: Sensación de estorbo al tragar, náuseas, meteorismo, diarrea y dolores abdominales.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Mareos.
- Sudoración.

También pueden presentar las siguientes quejas psíquicas:

- Preocupación excesiva.
- Dificultad para concentrarse, problemas para memorizar, olvidos.
- Irritabilidad.
- Temor a que algo grave esté por sucederle (enfermarse, morir, enloquecerse o perder el control).
- Nerviosismo, sobresaltos.

Para realizar un buen diagnóstico de la ansiedad es necesario considerar algunos aspectos como:

- 1 - Escuchar: Conceder al paciente el tiempo necesario para que describa los síntomas, las circunstancias en que aparecen, los factores que la

agravan, la evolución y lo que él cree que le está pasando. Se sabe que el médico de atención primaria solo concede al paciente un promedio de 18 segundos antes de interrumpirle la entrevista, pero también se conoce que si se le deja hablar libremente al paciente su intervención no dura más de 5 minutos.

2. Preguntar: En la primera parte ya ha podido detectar síntomas somáticos que se describe en forma difusa, pero con mucha aprensión. Una vez que ha escuchado al paciente y generado sus primeras hipótesis, obtenga información adicional. "Cuénteme un poco más sobre las molestias del pecho y del estómago".

- "¿En qué circunstancias se le agravan o disminuyen?"
- "¿Está afrontando problemas, familiares, académicos, laborales o económicos?",
- "¿Ha sido visto por otros médicos por lo mismo?", "¿Que medicamentos toma?"
- "¿Estos síntomas son continuos o vienen en forma de crisis sin causa aparente?"
- "¿Tiene algún familiar cercano padezca de lo mismo o parecido a lo que usted tiene?"
- Recordar que el paciente deja temas importantes cuando ha logrado tener confianza con el médico, así que no deberá olvidar hacer las siguientes preguntas:
- "¿Hay alguna cosa más que me quiera comentar?"
- "¿Que cree usted que le está pasando?"

Es recomendable para establecer un tratamiento adecuado considerar las siguientes acciones:

1 - Establecer una buena relación médico-paciente

A) Una forma eficaz de iniciar una excelente relación médico-paciente es el saludo y la presentación.: "Buenos días, soy la Dra. Alicia Paz". "¿Tiene la amabilidad de decirme su nombre?" En seguida le pregunta: "¿En qué puedo servirle?". B) Escuchar las quejas con atención y sin interrupción,

como también permitir expresar sus emociones (llanto, enojo). Hay que recordar que el paciente además de sus dolencias lleva a la consulta sus temores y los sinsabores de trámites administrativos y de largas horas de espera. C) Considerar la finalización de la consulta como un acto muy importante ya que es el momento en que vuelve a acrecentarse los temores en el paciente y en la familia.

2 - Establecer una alianza terapéutica

La alianza terapéutica se basa en la confianza y comprensión. Para ello pueden utilizarse las siguientes estrategias de valoración:

- Antecedentes: ¿Que está pasando en su vida?
- Afecto: ¿Cómo se siente acerca de esto?, ¿Cómo está su estado de ánimo?
- Problemas: ¿Qué es lo que más le aflige de esta situación?
- Afrontamiento: ¿Cómo está afrontando su situación?
- Comprensión: Esto debe ser muy difícil para usted.

3 - Proporcionar psicoeducación

Es importante dar explicaciones sencillas de lo que el paciente tiene, los factores biológicos y psicosociales que han intervenido y que se espera del tratamiento (incluso los posibles efectos secundarios). Evite siempre decirle "No tiene nada".

4 - Técnicas de relajación

Una forma sencilla de relajarse es a través de la respiración. Enséñele a inspirar lentamente por la nariz, contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5. La inspiración debe provocar que el abdomen se infle como un globo. Luego se expira el aire lentamente por la boca contando mentalmente 1, 2, 3, 4,

5 - Realizar psicoterapia

Todo médico se convierte en psicoterapeuta al establecer una buena relación médico paciente y una buena alianza terapéutica. Escuchar, explicar y atender las preocupaciones y sentimientos de los pacientes son los componentes esenciales de cualquier psicoterapia.

El médico puede realizar una psicoterapia de apoyo fortaleciendo la capacidad de afrontar la situación difícil que presentan los pacientes, ayudarlos a entender sus reacciones emocionales ante los problemas y a que obtenga conocimientos prácticos para la resolución de estos. Otra técnica al alcance del médico es el entrenamiento en la resolución de problemas, la cual consta de los siguientes pasos: a. Identificación de los factores desencadenantes de la preocupación excesiva. b. Conocer las acciones que está realizando el paciente para enfrentarlos. c. Reforzar las cosas que está haciendo con éxito. d. Planificar tareas que el paciente puede hacer en el transcurso de las próximas semanas para resolver las situaciones estresantes.

6 - Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico debe considerarse como parte de un plan terapéutico. Una vez realizado el diagnóstico específico del trastorno de ansiedad se debe considerar el empleo de medicamentos ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores de humor y neurolepticos.

7 - Remisión al especialista en psiquiatría

En el caso que el paciente presente comorbilidad psiquiátrica, haya refractar edad al tratamiento, intolerancia a los psicofármacos, riesgo de suicidio, riesgo de abuso de sustancias o requiera atención por conflictos psicológicos especiales, el médico general tiene la oportunidad de solicitar una interconsulta con un especialista en psiquiatría.

5.5 Terapias farmacológicas ansiolíticas

El tratamiento farmacológico debe realizarse con precaución teniendo en cuenta los cambios en la farmacocinética y farmacodinamia asociada al envejecimiento, así como el riesgo aumentado de padecer efectos indeseables e interacciones farmacológicas con repercusiones clínicas, asociada a la situación de pluripatología y polifarmacia de muchos pacientes geriátricos. Es importante valorar el cociente riesgo/beneficio, iniciado el tratamiento farmacológico de forma paulatina, utilizando la menor dosis posible, pero sin utilizar dosis infra terapéuticas y durante el menor tiempo posible.

Benzodiazepinas: son los fármacos más prescritos en el anciano, su eficacia se basa en una acción gabaérgica. Son muy eficaces en el tratamiento de la ansiedad a corto plazo y su uso de forma crónica es controvertido en el paciente anciano. Su uso se asocia con sedación excesiva, confusión, ataxia, fallos mnesicos, riesgo de caídas y fracturas. En caso de utilizarse se recomienda las benzodiazepinas de vida media corta como lo son el oxazepam y el lorazepam. Las benzodiazepinas de acción ultracorta (triazolam) puede provocar mayor deterioro cognitivo, disfunción cerebelosa, amnesia, confusión y agitación.

Antidepresivos: los nuevos grupos antidepresivos, por su perfil de tolerabilidad y seguridad, son considerados tratamientos de primera elección para la ansiedad crónica del anciano. Los inhibidores selectivos para la receptación de serotonina (ISRS) son considerados de primera elección, sobre todo los de perfil más ansiolítico y con menor potencial de interacciones como la paroxetina, la sertralina o el citalopram. El inicio del tratamiento siempre se debe hacer con dosis bajas y de forma escalonada hasta alcanzar dosis terapéuticas.

Antipsicóticos: actualmente no es considerado un tratamiento de elección de primera línea, pero si es una opción válida para el tratamiento de la ansiedad geriátrica el marco de trastornos orgánicos cerebrales, demencias y casos de especial gravedad.

VI. RESULTADOS

6.1 Valoración de enfermería

Datos De identificación

Iniciales: RRDL **Edad:** 93 años **Sexo:** Hombre

Paciente adulto mayor, con edad aparente a la cronológica, de constitución media que se encuentra internado en área de medicina interna, con limitación en la movilidad debido a alteración de la visión, disminución del equilibrio postural por desgaste muscular, deterioro en músculos de la base de sustentación, existe proporción entre los tejidos, con escala Glasgow de 13 puntos, responde ocularmente a la orden verbal, Desorientado en tiempo, habla coherente, localiza el dolor, somnoliento, inquieto y no cooperador al manejo. Con antecedente quirúrgico de próstata, padecer Diabetes mellitus tipo II, e hipertensión arterial, desconoce el tiempo, sin tratamiento.

6.1.1 Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

1. Patrón Percepción manejo de la salud
<ul style="list-style-type: none">✓ Percibe su salud como regular.✓ Antecedentes de tabaquismo desde los 14 años, diabetes mellitus e hipertensión arterial desconoce el tiempo, sin tratamiento.✓ Antecedente quirúrgico de próstata.✓ Presenta una caída de su propia altura en su casa hace como un mes, se resbalo.✓ Trasfusiones negadas.✓ Esquema de vacunación completo.✓ Medicamentos: FINASTERIDA TAB DE 5MG VO C/24 HRS TALMULOSINA TAB 0,4 mg VO C/24 HRS
2. Patrón Nutricional metabólico
<ul style="list-style-type: none">⊙ Dermis frágil⊙ Coloración rosado pálido

- ⊙ Piel deshidratada
- ⊙ Turgencia disminuida
- ⊙ Ojos secos, palidez de conjuntiva
- ⊙ Ingiere poca agua durante el día menos de 500 ml
- ⊙ Presencia de bolsas malares pronunciadas
- ⊙ Cerumen en ambos oídos
- ⊙ Adoncia parcial
- ⊙ Lesiones de tipo maculas en el mentón
- ⊙ Ruidos peristálticos 3 por minuto
- ⊙ Piel fría al tacto
- ⊙ Edema en escala de Godet grado I en fascias plantares
- ⊙ La escala Lawton nutricional obtuvo una puntuación de 3 puntos: Riesgo moderado de desnutrición.
- ⊙ Ingesta insuficiente de fibra
- ⊙ Escala de Braden: Total= 14 riesgo moderado.
- ⊙ Eutermia 36.4°C parámetro normal en adulto mayor: 36.1- 37.2°C

3. Patrón Actividad Ejercicio

Disminución del equilibrio postural

Disminución de la fuerza muscular: Daniels de 2 puntos en miembros inferiores, movimientos lentos que no vencen la gravedad

Downton presentan 5 puntos, alto riesgo de presentar caídas

- ✓ Índice Katz: Actividades básicas de la vida diaria es dependiente en todas las funciones en la hospitalización.
- ✓ Necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo y para entrar y salir de la ducha.
- ✓ No se viste por sí mismo.
- ✓ Usa pañal, no se limpia solo ni se arregla la ropa solo.
- ✓ Requiere ayuda para posicionarse dentro y fuera de la cama.
 - ✓ Distonía oro mandibular (Movimientos del músculo mandibular y de la lengua repetitivos).

- ✓ Escala Lawton y Brody
Dependiente durante la hospitalización.
- ✓ Escala de Tinetti no valorable.
- ✓ Escala Woodside Health Center para la detección de ancianos frágiles, se establece una puntuación de 8, siendo "Anciano en alto riesgo".

SIGNOS VITALES	RESULTADO
Tensión arterial	Normo tenso 118/58 mmHg
Frecuencia Cardiaca	Taquicardia 102 lpm
Frecuencia Respiratoria	Taquipnea 22 rpm.
Saturación de oxígeno	Normo saturación 92% spO2

4. Patrón Eliminación

- ⊙ Incontinencia urinaria mixta: de esfuerzo y de urgencia, pues a veces se moja antes de llegar al baño o cuando estornuda o tose.
- ⊙ Ahorita en la hospitalización utiliza pañal y refiere ardor al orinar.
- ⊙ Oliguria.
- ⊙ Una semana antes y durante la hospitalización orina frecuentemente en pocas cantidades.
- ⊙ Coloración oscura de orina.
- ⊙ Uso de laxantes para defecar cuando esta estreñado, desconoce el nombre.
- ⊙ Escala brístol clasificada tipo 6 (fragmentos pastosos, con bordes irregulares).

5. Patrón Sueño descanso

- ⊙ Insomnio, duerme por horas durante la noche y se despierta fácilmente.
- ⊙ Expresa necesidad de tomar siestas frecuentes durante el día, pero no acostumbra a tomarlas.
- ⊙ El ruido del hospital no lo deja dormir.

6. Patrón Cognitivo/Perceptual

- ⊙ Con escala Glasgow de 13 puntos.
- ⊙ Escala de Pfeifer: Deterioro cognitivo leve.

<ul style="list-style-type: none">⊙ Responde a la orden verbal.⊙ Orientado en persona y espacio, desorientado en tiempo, habla coherente, localiza el dolor.⊙ EVA de 5: Dolor al tacto en pecho izquierdo, dolor en hipogastrio y fosa iliaca izquierda, dolor en parte proximal de miembro superior izquierdo al movimiento⊙ Pupilas con reacción lenta al estímulo de la luz.⊙ Glaucoma periférico a la córnea, en ojo izquierdo: Alteración visual (justificado con valoración de mini mental folstein)⊙ Alteraciones auditivas: Hipoacusia bilateral.⊙ Siente frío todo el tiempo.⊙ Escala mini mental folstein no fue valorable.
7. Patrón Autopercepción/ autoconcepto
<ul style="list-style-type: none">⊙ No está satisfecho con su vida, pues piensa que todos nacimos para ir hacia el mismo lugar.⊙ Se siente aburrido y con sueño.⊙ Siente miedo estar hospitalizado, por lo que le pueda pasar.⊙ Que no se siente feliz, no se siente lleno de energía y siente que las personas están mejor que él.⊙ Escala de depresión geriátrica Yasevage: depresión moderada.
8. Patrón Rol/relaciones
<ul style="list-style-type: none">⊙ Durante la hospitalización Su hijo lo visita, es el cuidador principal.⊙ Refiera disminución de la interacción social, expresa irritación, fatiga, disgusto estando hospitalizado.
9. Patrón Sexual reproductivo
<ul style="list-style-type: none">⊙ El adulto mayor, es viudo, tubo un hijo con su pareja sentimental y actualmente toma medicamentos para la hiperplasia prostática benigna, desde hace 10 años.
10. Patrón Adaptación tolerancia al estrés
<ul style="list-style-type: none">⊙ El paciente percibe su ambiente estresante, debido a sentir miedo a lo que

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIATRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

<p>le pueda pasar dentro del hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Se observa con inquietud y movimientos en extremidades superiores. ⊙ Refiere que esta situación le causan inseguridad y desconfianza porque muy pocas veces a frecuentado el hospital.
11. Patrón Valores creencias
<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Se considera una persona católica, aunque no va a misa. Piensa que parte de la espiritualidad le ayudado a tener un equilibrio a través de sus creencias.

6.1.2 Medicamentos

Medicamento	Indiicacion medica	Efectos adversos	Cuidados de enfermería
FINASTERIDA TAB DE 5MG VO C/24 HRS	Síntomas de la HBP, como la micción frecuente y difícil. Puede reducir la posibilidad de que se produzca una retención urinaria aguda (incapacidad repentina para orinar). Puede disminuir la posibilidad de que sea necesaria una cirugia de próstata	Incapacidad para tener o mantener una erección, disminución del deseo sexual, problemas de eyaculación (incluyendo la disminución del volumen de la eyaculación), dolor de los testículos, depresión	Vigilancia de horas de sueño Vigilancia del patrón sueño-descanso Vigilancia y acompañamiento para signos de depresión
TALMULOSIN A TAB 0,4 mg VO C/24 HRS	Síntomas de tracto urinario inferior (STUI) asociado con hiperplasia benigna de próstata (HBP)	Mareo, alteraciones de la eyaculación, incluyendo eyaculación retrógrada e insuficiencia eyaculatoria.	Vigilar mareos y nauseas persistentes en el adulto mayor.

6.2 Diagnóstico de enfermería

Racimos	Inferencia	Dominio/ clase	Enunciado diagnóstico
<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Movimientos del músculo mandibular y de la lengua ⊙ Repetitivos Dolor y opresión en el pecho al tacto. ⊙ Siente frío todo el tiempo. ⊙ Frio al tacto. ⊙ Disminución de la interacción social por irritación. 	<p>Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia</p>	<p>ETIQUETA: ANSIEDAD DOMINIO: 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés. CLASE 2: Respuestas de afrontamiento</p>	<p>Ansiedad r/c situación desconocida m/p opresión en el pecho, extremidades frías y agitación psicomotriz (movimientos del músculo mandibular y de la lengua repetitivos).</p>
<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Refiere insomnio ⊙ Ansiedad ⊙ Toma siestas frecuentes durante el día ⊙ Expresa no haber dormido bien. 	<p>Incapacidad para iniciar o mantener el sueño, lo que afecta el funcionamiento.</p>	<p>DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 1 Sueño/Reposo</p>	<p>Insomnio r/c ansiedad m/p expresa necesidad de tomar siestas frecuentes durante el día y expresa insatisfacción con el sueño</p>

<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Fuerza muscular disminuida ⊙ Índice Katz: 1. Necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo y para entrar y salir de la ducha. 2. No se viste por sí mismo. 3. No se arregla la ropa solo. 	<p>Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta a los individuos más ancianos que experimentan deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que conlleva un aumento en la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.</p>	<p>ETIQUETA: Síndrome de fragilidad del anciano DOMINIO: 1 Promoción de la salud CLASE: 2 Gestión de la salud</p>	<p>Síndrome de fragilidad del anciano r/c disminución de la fuerza muscular m/p déficit de autocuidado: uso del sanitario, déficit de autocuidado: vestido y déficit de autocuidado: baño</p>
<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Turgencia disminuida ⊙ Ojos hundidos ⊙ Ingiere poca agua durante el día ⊙ Piel seca 	<p>Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.</p>	<p>ETIQUETA: Déficit de volumen de líquidos. DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 5 Hidratación</p>	<p>Déficit de volumen de líquidos r/c ingesta insuficiente de líquidos m/p alteración en la turgencia de la piel, sequedad de la piel y ojos hundidos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Micción escasa y frecuente. 	<p>Disfunción en la eliminación urinaria</p>	<p>ETIQUETA: Deterioro de la eliminación urinaria DOMINIO: 3 Eliminación e</p>	<p>Deterioro de la eliminación urinaria r/c relajación involuntaria del esfínter m/p</p>

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIATRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

		Intercambio CLASE: 1 Función urinaria	incontinencia urinaria, micciones frecuentes y urgencia urinaria
⊙ Ingesta insuficiente de fibra	DEFINICIÓN: Susceptible a una defecación infrecuente o dificultosa de heces, que puede comprometer la salud.	DOMINIO: 3 Eliminación e Intercambio CLASE: 2 Función gastrointestinal	Riesgo de estreñimiento r/c ingesta insuficiente de fibra.
⊙ Actividad peristáltica disminuida. ⊙ No se moviliza totalmente para estimular el tracto intestinal.	Susceptible a un aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el tracto gastrointestinal que puede comprometer la salud.	DOMINIO: 3 Eliminación e Intercambio CLASE: 2 Función gastrointestinal	Riesgo de motilidad gastrointestinal r/c estilo de vida sedentario.
⊙ Uso de silla de ruedas sin manipulación. ⊙ Resistencia muscular deficiente.	Limitación de la manipulación independiente de la silla de ruedas en el entorno.	DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 2 Actividad/Ejercicio	Deterioro en silla de ruedas r/c resistencia física insuficiente m/p Dificultad para operar la silla de ruedas hacia adelante y dificultad para plegar y desplegar la silla de ruedas.
⊙ Movimiento en la	Limitación del movimiento	DOMINIO:	Deterioro de la movilidad en la

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIATRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

<p>cama limitado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Requiere apoyo para sentarse en el borde de la cama. ⊙ Dificultad para girarse de un lado a otro. 	<p>independiente para cambiar de postura en la cama.</p>	<p>4 Actividad/Reposo CLASE: 2 Actividad/Ejercicio</p>	<p>cama r/c deterioro del equilibrio postural m/p dificultad para sentarse en el borde de la cama y dificultad para girarse de un lado a otro.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Movilidad deficiente ⊙ Inestabilidad postural ⊙ No ambulante ⊙ Movimientos lentos 	<p>Limitación del movimiento del cuerpo o de una o más extremidades.</p>	<p>DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 2 Actividad/Ejercicio</p>	<p>Deterioro de la movilidad física r/c resistencia física insuficiente m/p inestabilidad postural, dificultad para girarse y movimientos lentos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ⊙ Glaucoma periférico a la córnea, en ojo izquierdo 	<p>Susceptible a una infección o lesión inflamatoria en el tejido corneal que puede afectar a las capas superficiales o profundas y que puede comprometer la salud.</p>	<p>DOMINIO: 11 Seguridad/Protección CLASE: 2 Lesión física</p>	<p>Riesgo de lesión corneal r/c glaucoma corneal periférico.</p>

6.3 Priorización de diagnósticos por valores profesionales

Valores Profesionales	Diagnósticos de enfermería
Protección a la vida	
Prevención y alivio del sufrimiento	<p>[00146] Ansiedad r/c situación desconocida m/p opresión en el pecho, extremidades frías y agitación psicomotriz (movimientos del músculo mandibular y de la lengua repetitivos).</p> <p>[00095] Insomnio r/c ansiedad m/p expresa necesidad de tomar siestas frecuentes durante el día y expresa insatisfacción con el sueño</p>
Prevención y corrección de disfunciones	<p>[[00257] Síndrome de fragilidad del anciano r/c disminución de la fuerza muscular m/p déficit de autocuidado: uso del sanitario, déficit de autocuidado: vestido y déficit de autocuidado: baño 00016] Deterioro de la eliminación urinaria r/c relajación involuntaria del esfínter m/p incontinencia urinaria, micciones frecuentes y urgencia urinaria</p> <p>[00303] Riesgo de caídas en adultos f/r Adulto mayor de 65 años</p>
Búsqueda del bienestar	<p>[00085] Deterioro de la movilidad física r/c resistencia física insuficiente m/p inestabilidad postural, dificultad para girarse y movimientos lentos.</p>

6.4 Planes de cuidado de enfermería

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS		
<p>NANDA [00146] Ansiedad</p> <p>DEFINICIÓN: Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia.</p> <p>DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés</p> <p>CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento</p> <p>DIAGNÓSTICO: Ansiedad r/c situación desconocida m/p opresión en el pecho, extremidades frías y agitación psicomotriz (movimientos del músculo mandibular y de la lengua repetitivos).</p>	CUIDADOS		
	RESULTADOS NOC	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
	<p>NOC [1211] Nivel de ansiedad</p> <p>DEFINICIÓN: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada.</p> <p>DOMINIO: 3 Salud psicosocial</p> <p>CLASE: M Bienestar psicológico</p>	<p>[121105] Inquietud</p> <p>[121138] Dolor</p> <p>[121108] Irritabilidad</p> <p>[121129] Trastorno del sueño</p>	<p>ESCALA:</p> <p>Grado de deterioro de la salud o el bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. Grave • 2. Sustancial • 3. Moderado • 4. Leve • 5. Ninguno

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIATRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

Intervenciones NIC	
Dominio: 3 Conductual. Clase: T Fomento de la comodidad psicológica. Intervención: [5820] Disminución de la ansiedad.	
Actividades	Fundamentación
Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.	Conocer y determinar el grado de las alteraciones en las capacidades cognitivo-sociales, como la empatía, es esencial para optimizar el tratamiento de rehabilitación, y la mejora consecuente del funcionamiento diario, la salud mental y la satisfacción con la calidad de vida.
Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. (taquipnea, piel fría al tacto, movimientos repetitivos oro mandibulares, fatiga, irritación, opresión en el pecho).	Es importante ya que se valora la intensidad de los síntomas y si estos logran comprometer aún más el estado de salud del paciente, por lo que una vigilancia de los signos y síntomas nos da pauta en detectar si aumenta o disminuyen, y así establecer nuevas estrategias o mejorar las que se tienen.
Crear un ambiente que facilite la confianza. Controlar los estímulos de las necesidades del paciente, según corresponda.	Es importante mantener una correcta comunicación y promover un ambiente tranquilo con el paciente, por lo que el analizarlo y enseñarlo a hacerlo, permite que se identifique la necesidad y con ende apoyarlo en su funcionamiento para mayor comodidad y satisfacción de sus necesidades.
Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.	Al tener un mismo entorno diario y pasarla dentro de ahí siempre, la ansiedad llega y afecta principalmente su estado de ánimo. La distracción en estas situaciones es de gran importancia/apoyo, si desplazamos esa atención hacia un estímulo neutro o positivo será mucho más fácil.
Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.	Estas sustancias ayudan principalmente a aliviar los signos y síntomas de ansiedad que genera el paciente, la ansiedad es un estado de hiperactividad, por lo que aplicar fármacos ayudan a mantener tranquilo al paciente y brindarle un mejor confort.

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIATRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

Intervenciones NIC	
DOMINIO: 1 Fisiológico: Básico	
CLASE: E Fomento de la comodidad física	
NIC [6482] Manejo ambiental: confort	
Actividades	Fundamentación
Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación).	Es importante que el paciente sea independiente en todas las actividades de la vida diaria, por lo que estimular y ayudar al autocuidado es esencial para un correcto estado de salud.
Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente.	Aplicar actividades que le agraden al paciente y no sean de tono agresivo o de sobre estimulación que pueda alterar el estado mental, por lo que se recomienda un ambiente tranquilo, con actividades cómodas y relajantes, como ver la tv, colorear, dibujar, etc.
Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información y toma de decisiones).	Es muy importante que la función cognitiva se encuentre integra, ya que se encarga de facilitar la respuesta eficaz (rápida y precisa) ante estímulos relevantes, así como de la asignación de recursos atencionales a lo largo del desarrollo de la tarea, manteniendo las metas y decisiones en la calidad de vida, buscando que el paciente sea independiente.
Tratar de incorporarlo a las actividades básicas de la vida diaria.	Tener una vida lo más parecida posible a la que tenía antes de desarrollar la enfermedad, y fomentar su independencia; evitando riesgo a desarrollar otros síndromes geriátricos como: inmovilidad, estreñimiento, polifarmacia, etc.

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIATRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso						
Evaluación inicial			Aumentar a			
Puntuación		Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
		1	2	3	4	5
I N D I C A D O R E	[121105] Inquietud	1	2	3	4	5
	[121108] Irritabilidad	1	2	3	4	5
	[121138] Dolor	1	2	3	4	5
	[121129] Trastorno del sueño	1	2	3	4	5

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS		
<p>NANDA [00016] Deterioro de la eliminación urinaria CÓDIGO: 00016</p> <p>DEFINICIÓN: Disfunción en la eliminación urinaria.</p> <p>DOMINIO: 3 Eliminación e Intercambio</p> <p>CLASE: 1 Función urinaria</p> <p>DIAGNÓSTICO: Deterioro de la eliminación urinaria r/c relajación involuntaria del esfínter m/p incontinencia urinaria, micciones frecuentes y urgencia urinaria.</p>	CUIDADOS		
	RESULTADOS NOC	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
	<p>NOC [0503] Eliminación urinaria CÓDIGO: 0503 RESULTADO: Eliminación urinaria</p> <p>DEFINICIÓN: Recogida y eliminación de la orina.</p> <p>DOMINIO: 2 Salud fisiológica CLASE: F Eliminación</p>	<p>[50303] Cantidad de orina</p> <p>[50304] Color de la orina</p> <p>[50311] Urgencia para orinar</p> <p>[50331] Micción frecuente</p> <p>[50309] Dolor al orinar</p>	<p>ESCALA: Grado de deterioro de la salud o el bienestar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC			
<p>NIC [2300] Administración de medicación CÓDIGO: 2300 INTERVENCIÓN: Administración de medicación</p>			

DEFINICIÓN: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

DOMINIO: 2 Fisiológico: Complejo

CLASE: H Control de fármacos

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- ⊙ Mantener la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.
- ⊙ Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.
- ⊙ Seguir las diez reglas de la administración correcta de medicación.

NIC [1804] Ayuda con el autocuidado: micción/defecación

CÓDIGO: 1804

INTERVENCIÓN: Ayuda con el autocuidado: micción/defecación

DEFINICIÓN: Ayudar a otra persona en las eliminaciones.

DOMINIO: 1 Fisiológico: Básico

CLASE: B Control de la eliminación

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- ⊙ Facilitar la higiene tras miccionar/defecar después de terminar con la eliminación.
- ⊙ Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación.
- ⊙ Controlar la integridad cutánea del paciente.
- ⊙ Proporcionar dispositivo absorbente

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS		
<p>DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS</p> <p>ETIQUETA: Déficit de volumen de líquidos. DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 5 Hidratación DEFINICIÓN: Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio</p> <p>DIAGNÓSTICO: Déficit de volumen de líquidos r/c ingesta insuficiente de líquidos m/p alteración en la turgencia de la piel, sequedad de la piel y ojos hundidos.</p>	CUIDADOS		
	RESULTADOS NOC	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
	<p>NOC [0602] Hidratación CÓDIGO: 0602</p> <p>RESULTADO: Hidratación</p> <p>DEFINICIÓN: Agua adecuada en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.</p> <p>DOMINIO: 2 Salud fisiológica CLASE: G Líquidos y electrolitos</p>	<p>[60201] Turgencia cutánea</p> <p>[60208] Globos oculares hundidos</p> <p>[60215] Ingesta de líquidos</p>	<p>ESCALA: Grado de deterioro de la salud o el bienestar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC

NIC [4120] Manejo de líquidos

CÓDIGO: 4120

INTERVENCIÓN: Manejo de líquidos

DEFINICIÓN: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.

DOMINIO: 2 Fisiológico: Complejo

CLASE: N Control de la perfusión tisular

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- ⊙ Vigilar el estado de hidratación
- ⊙ Evaluar la ubicación y extensión del edema
- ⊙ Favorecer la ingesta oral (proporcionar un popote para beber, ofrecer líquidos entre las comidas y ofrecerle colaciones líquidas)

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS		
RIESGO DE MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL.	CUIDADOS		
	RESULTADOS NOC	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
	<p>DIAGNÓSTICO: Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional</p> <p>DEFINICIÓN: Susceptible a un aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el tracto gastrointestinal que puede comprometer la salud.</p> <p>DOMINIO: 3 Eliminación e Intercambio</p> <p>CLASE: 2 Función gastrointestinal</p> <p>Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional r/c estilo de vida sedentario</p>	<p>NOC [0501] Eliminación intestinal CÓDIGO: 0501</p> <p>RESULTADO: Eliminación intestinal</p> <p>DEFINICIÓN: Formación y evacuación de heces.</p> <p>DOMINIO: 2 Salud fisiológica CLASE: F Eliminación</p>	<p>[50101] Patrón de eliminación</p> <p>[50105] Heces blandas y formadas</p> <p>[50123] Abuso de ayuda para la eliminación</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC

NIC [6650] Vigilancia

INTERVENCIÓN: Vigilancia

DEFINICIÓN: Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.

DOMINIO: 4 Seguridad

CLASE: V Control de riesgos

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- ⊙ Determinar los riesgos de salud del paciente
- ⊙ Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales
- ⊙ Comprobar la función gastrointestinal
- ⊙ Vigilar el patrón de eliminación

DIAGNÓSTICO	RESULTADOS		
NANDA [00085] Deterioro de la movilidad física.	CUIDADOS		
	RESULTADOS NOC	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
	DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 2 Actividad/Ejercicio Deterioro de la movilidad física r/c resistencia física insuficiente m/p inestabilidad postural, dificultad para girarse y movimientos lentos.	NOC [0207] Movimiento articular: pasivo CÓDIGO: 0207 RESULTADO: Movimiento articular: pasivo DEFINICIÓN: Movimiento articular con ayuda. DOMINIO: 1 Salud funcional CLASE: C Movilidad	[20716] Rodilla (izquierda) [20715] Rodilla (derecha) [20714] Tobillo (izquierdo) [20713] Tobillo (derecho) [20707] Muñeca (derecha) [20708] Muñeca (izquierda)
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC			
NIC [0200] Fomento del ejercicio INTERVENCIÓN: Fomento del ejercicio DEFINICIÓN: Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.			

DOMINIO: 1 Fisiológico: Básico

CLASE: A Control de actividad y ejercicio

ACTIVIDADES REALIZADAS:

- ⊙ Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el fisioterapeuta.
- ⊙ Realizar los ejercicios con el paciente.
- ⊙ Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.

VII. CONCLUSIONES

Ansiedad un estado patológico que afecta a la mayoría de los adultos mayores sin darnos cuenta de que es lo que pasa con ellos y se confunde clínicamente con otras patologías que son secundarias a este principal problema, lo cual ocasiona confusión con el diagnóstico real el cual es incorrecto y se toman medidas farmacológicas que no atacan el problema principal.

Es cierto que el estudio sobre el problema de ansiedad consta de información limitada, si bien la información que actualmente se tiene disponible ofrece un campo de oportunidades para conocer y explorar lo que sucede en el adulto mayor, el cual es víctima de esta situación; tradicionalmente la ansiedad tiene un valor adaptativo y se manifiesta con conjunto de señales que alertan a la persona de acontecimientos dañinos o un peligro, mejor dicho es un sistema de alarma, por lo que esta proposición puede considerarse desadaptada cuando se manifiesta de una manera exagera; ya que la ansiedad se manifiesta con un conjunto de síntomas cognitivos (preocupación, miedo, sudoración, temor, alerta, desconfianza), conductuales (evitación, tensión muscular, rigidez de espalda) y fisiológicos (taquicardia, taquipnea) lo cual puede detonarse por preocupaciones cotidianas y comunes sobre familia, estado de salud y perspectiva de la persona.

Dada la necesidad de reconocer el problema de adultos mayores como prioridad para brindar cuidados de calidad de enfermería se necesita contar con un acercamiento hacia esta patología abriendo el campo de exploración diagnóstica y ejecución de actividades de enfermería que ayuden a mejorar el bienestar de estos mismos; un problema que se tiene que manejar de manera interdependiente el cual en su mayoría compete a enfermería referir, ya que es el profesional que se encuentra al cien por ciento con el paciente, siendo quien lo valora e identifica sus problemas principales.

Enfermería es la ciencia y humanidad relacionada que se encarga del cuidado integral del paciente y/o usuario trabajando directamente con las personas para mejorar o establecer un contacto en el cual el paciente mejora su estado físico, mental, espiritual tratando de recuperar la funcionalidad o detener los síndromes geriátricos que los adultos mayores padecen.

Es importante erradicar este tipo de problemas psicológicos en las personas mayores, hemos presenciado lo que se vive hoy en día. Por eso es indispensable tomar medidas drásticas y específicas en toda la sociedad, dando a conocer la existencia de problemas psicológicos, como la depresión y la ansiedad; para que no lleguen a ser víctima de maltrato psicológico o físico. Nuestro compromiso es comportarnos siempre con profesionalidad, sentido común, empatía y paciencia.

Apoyar psicológicamente al viejo y a todo su entorno familiar, ayudar a entender etapas de la vida y de la realidad en el viejo, no delegar ni inculcar actividades a hombres y mujeres por separado sino al contrario.

Fomento del servicio de salud en cada estado a modo de prevención para la vida de calidad no solo al final cuando se sea viejo, si no desde la primera etapa de la vida.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá. (Citado 20 de octubre de 2023) Disponible en: https://www.inec.gob.pa/redpan/sid/glosario/WebHelp/La_transicion_demografica.htm
2. Organización Panamericana de la Salud. Perspectivas demográficas del envejecimiento poblacional en la Región de las Américas. 2023 (Citado, 20 de octubre de 2023). Disponible en: [chrome-https://iris.paho.org/handle/10665.2/57333](https://iris.paho.org/handle/10665.2/57333)
3. Ochoa Vázquez J. Cruz Ortiz M. Pérez Rodríguez MC. Cuevas Guerrero E. El envejecimiento: una mirada a la transición demográfica y sus implicaciones para el cuidado de la salud. Revista Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (2018) Sitio de internet (Citada 20 de octubre de 2023);26(4); 273-80. Disponible en. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85065>
4. Naciones Unidas. Situación social en el mundo, 2023: no dejar a nadie atrás en un mundo que envejece. Asamblea General Julio de 2023. (citado 20 de octubre de 2023) Disponible en <https://iberoamericamayores.org/2023/02/18/onu-informe-social-mundial-2023-no-dejar-a-nadie-atras-en-un-mundo-que-envejece/>
5. Noticias ONU. Una Población que envejece exige más pensiones y más salud. Organización de las Naciones Unidas. (Citado 20 de octubre de 2023) Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2023/01/1517857>
6. Organización de las Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Envejecimiento en América Latina y el Caribe. 2022 (Citado, 20 de octubre de 2023). Disponible en. <https://mexico.un.org/es/212598-envejecimiento-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-inclusi%C3%B3n-y-derechos-de-las-personas-mayores>

7. Instituto Nacional de Geografía e Informática. Censo de población y vivienda 2020. (Citado 20 de octubre de 2023). Disponible en: https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryD atos.asp?#Regreso&c=
8. Gong, J., Wang, G., Wang, Y., Chen, X., Chen, Y., Meng, Q., Yang, P., Yao, Y., & Zhao, Y. Nowcasting and forecasting the care needs of the older population in China: analysis of data from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *The Lancet. Public health* [internet] 2022 [citado 20 de octubre de 2023]; 7(12): p 1005-1013. Disponible en: DOI: [10.1016/S2468-2667\(22\)00203-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00203-1)
9. Gao, L., Wang, B., Yang, X., Pan, Y., Feng, W., Pei, X., Fan, Y., & Liu, B. Can the organization of health resource integration be analyzed in terms of the current state of unmet demand for health services? take the health needs of the elderly in a place in zhejiang province, china, as an example. *BMC primary care*, [Internet] 2022 [Citado 20 de octubre de 2023]: 23(1): p288. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01893-7>
10. Briede-Westermeyer, J. C., Radici Fraga, P. G., Schilling-Norman, M. J., & Pérez-Villalobos, C. Identifying the Needs of Older Adults Associated with Daily Activities: A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*. [internet] 2023 [Citado el 20 de octubre de 2023]; 20(5): p4257. Disponible en: DOI: [10.3390/ijerph20054257](https://doi.org/10.3390/ijerph20054257)
11. Estrada-Brizuela Y, Quiroga-Meriño L, García-Barreto R, Hernández-Agüero M, Gómez-Agüero E, Rosa-Torres G. Comportamiento de la mortalidad en el adulto mayor según grupos de enfermedades. **Archivo Médico Camagüey** [Internet]. 2021 [citado 23 Oct 2023]; 25 (3) :[aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7794>
12. Imenez, D. E., Park, M., Rosen, D., Joo, J. H., Garza, D. M., Weinstein, E. R., Conner, K., Silva, C., & Okereke, O. Centering Culture in Mental Health: Differences in Diagnosis, Treatment, and Access to Care Among Older People of Color. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. [internet] 2022 [citado

- 23 de octubre de 2023] 30(11), 1234–1251. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2022.07.00>
13. Ishaikh, U., Sheik, R., Saeed, R. K. M., Chivese, T., & Alsayed Hassan, D. Barriers and facilitators of older adults for professional mental health help-seeking: a systematic review. *BMC geriatrics* [internet] 2023 [citado 23 de octubre de 2023]: 23(1), 516,. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04229-x>
14. Kammar-García, A., Ramírez-Aldana, R., Roa-Rojas, P., Lozano-Juárez, L. R., Sánchez-García, S., Tella-Vega, P., & García-Peña, C. Association of loneliness and social isolation with all-cause mortality among older Mexican adults in the Mexican health and aging study: a retrospective observational study. *BMC geriatrics*. [Internet] 2023 [citado 23 de octubre de 2023]: 23(1), 45. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03750-3>
15. Magnon, V., Dutheil, F., & Vallet, G. T. Benefits from one session of deep and slow breathing on vagal tone and anxiety in young and older adults. *Scientific reports* [internet] 2021 [citado 23 de octubre de 2023]; 11(1), 19267. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-98736-9>
16. Frost, R., Nair, P., Aw, S., Gould, R. L., Kharicha, K., Buszewicz, M., & Walters, K. Supporting frail older people with depression and anxiety: a qualitative study. *Aging & mental health* [internet] 2020 [citado el 23 de octubre de 2023], 24(12), 1977–1984. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1647132>
17. Johansson-Pajala, R. M., Alam, M., Gusdal, A., Heideken Wågert, P. V., Löwenmark, A., Boström, A. M., & Hammar, L. M. Anxiety and loneliness among older people living in residential care facilities or receiving home care services in Sweden during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional study. *BMC geriatrics* [Internet] 2022 [Citado el 23 de octubre de 2023], 22(1), 927. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03544-z>
18. Chlapecka, A., Wolfová, K., Fryčová, B., & Cermakova, P. Educational attainment and anxiety in middle-aged and older Europeans. *Scientific*

- reports [Internet] 2023 [citado 23 de octubre de 2023]: 13(1), 13314. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-40196-4>
19. Gao, X., Geng, T., Jiang, M., Huang, N., Zheng, Y., Belsky, D. W., & Huang, T. Accelerated biological aging and risk of depression and anxiety: evidence from 424,299 UK Biobank participants. Nature communications [Internet] 2023 [citado 23 de octubre de 2023]; 14(1), 2277. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41467-023-38013-7>
20. Yang, K. L., Detroyer, E., Van Grootven, B., Tuand, K., Zhao, D. N., Rex, S., & Milisen, K.. Association between preoperative anxiety and postoperative delirium in older patients: a systematic review and meta-analysis. BMC geriatrics [Internet] 2023 [Citado el 23 de octubre de 2023]: 23(1), 198. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03923-0>
21. Duran-Badillo T, Benítez - Rodríguez VA, Martínez - Aguilar M de la L, Gutiérrez-Sánchez G, Herrera-Herrera JL, Salazar-Barajas M. Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. Enf Global [Internet]. 1 de enero de 2021 [citado 24 de octubre de 2023];20(1):267-84. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/422641>
22. Sepulveda M. Bizama K. Navarro D. Salinas D, Snachez C. Niveles de ansiedad de y depresión en adultos mayores hospitalizados en medicina del Hospital Padre Hurtado. Revista presencia, salud mental, investigación y humanidades. [internet] 2018 [Citado 23 de octubre de 2023]: 28(1): disponible en: <http://ciberindex.com/c/p/e11555>
23. D'Hyver C, Gutiérrez Robledo LM. Geriatria. 3° ed. México: El manual moderno;2014
24. Abizanda Soler P. y Cano Gutiérrez C. (2021). Medicina geriátrica: Una aproximación basada en problemas. (2ªed) Barcelona, España: Elsevier.
25. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. Who.int. [citado el 20 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

26. Trastornos de ansiedad [Internet]. MayoClinic.org. 2021 [citado el 18 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>
27. García RR. Modelos de Atención Gerontológica. VIVA MEJOR; 2022
28. Atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales, El Proceso de Envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales, editorial McGraw-Hill, Módulos online, (citado enero 1/2021) disponible en línea. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:az1ZOZgFQakJ:ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/unidad-2/tema3.-cambios-psicologicos-y-sociales-y-familiares+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx>
29. Duran-Badillo T., Aguilar R. M., Martínez M. L., Rodríguez T. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Enferm. Univ [revista en la internet]. 2013 Abr 10(2):36-42. (citado Marzo/13/20); <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1665-70632013000200002&lng=es>
30. Borda P. Anaya T, Pertuz R, Romero de León L, et al, Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo, Salud Amínarte. Barranquilla (Col.) 2013; 29 (1): 64-73, (citado Noviembre/12/2014) disponible en línea http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n1/v29n1a08_revisado_10/03/13
31. Rodríguez Martín Marta. La soledad en el anciano. Gerokomos [revista en Internet]. 2009 Dic; 20(4): 159-166. [citado Noviembre 1/2014] disponible en línea: <http://scielo.iscili.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es>
32. Transparencia de la vejez y sociedad del espectáculo: pensar a partir de Simone de Beauvoir. Investigaciones Feministas. Bernárdez Rodal Asunción. vol 0 29-46. 2009. Disponible en: http://eprints.sim.ucm.es/10664/1/beauvoir_vejez.pdf

33. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud Pública de Mexico. Salgado Nelly, Wong Rebeca. México, 2007.
34. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud Pública de Mexico. Salgado Nelly, Wong Rebeca. México, 2007
35. RODRIGUEZ García R, Practica De La geriatría: McGraw- Hill, 2007.
36. Izal M, Montorio I. Intervención psicológica en la vejez. Síntesis 3 gerontológica: España: Madrid: editorial síntesis;2007.
37. Abizanda Soler P, Alabada Trueba J, Álamo González C, et al. Tratado de Neuropsicogeriatría; Pedro Gil Gregorio; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2010.
38. Rodriguez Mrtin Marta. La soledad en el anciano. Gerokomos [revista en a Internet]. 2009 Dic; 20(4): 159-166. [citado Noviembre 1/2014]disponible en línea: http://scielo.iscili.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es
39. Transparencia de la vejez y sociedad del espectáculo: pensar a partir de Simone de Beauvoir. Investigaciones Feministas. Bernárdez Rodal Asunción. vol 0 29-46. 2009. Disponible en: http://eprints.sim.ucm.es/10664/1/beauvoir_vejez.pdf
40. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud Pública de Mexico. Salgado Nelly, Wong Rebeca. México, 2007
41. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud Pública de Mexico. Salgado Nelly, Wong Rebeca. México, 2007.
42. RODRIGUEZ García R, Practica De La geriatría: McGraw- Hill, 2007.

VIII. ANEXOS

Anexo No. 1: Escala Geriátrica de Ansiedad (GAS 1) de Segal y Payne

A continuación, encontrará una lista de síntomas comunes de la ansiedad o el estrés. Por favor lea cuidadosamente cada una de las frases. Indique cada cuanto ha experimentado estos síntomas

DURANTE LA SEMANA PASADA INCLUYENDO HOY marcando con una X la respuesta correspondiente.

0 Nada 1 Algunas veces 2 La mayor parte del tiempo 3 Todo el tiempo

Mi corazón se ha acelerado o latido más fuertemente	0	1	2	3
Mi respiración ha sido más corta	0	1	2	3
He tenido malestar estomacal	0	1	2	3
He sentido que las cosas no son reales o como si estuviera fuera de mi cuerpo	0	1	2	3
He sentido que he perdido el control	0	1	2	3
He tenido miedo de ser juzgado por otros	0	1	2	3
He tenido miedo de ser humillado o avergonzado	0	1	2	3
He tenido problemas para dormirme	0	1	2	3
He tenido problemas para permanecer dormido	0	1	2	3
He estado irritable	0	1	2	3
He tenido estallidos de enojo	0	1	2	3
He tenido problemas para concentrarme	0	1	2	3
He estado fácilmente molesto o sobresaltado	0	1	2	3
He tenido menor interés en hacer cosas que por lo general disfruto	0	1	2	3
Me he sentido separado o aislado de las demás personas	0	1	2	3
Me he sentido aturdido, como en otro mundo	0	1	2	3
Se me ha dificultado quedarme quieto	0	1	2	3
Me he preocupado mucho	0	1	2	3

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIATRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

No he podido controlar mi preocupación	0	1	2	3
Me he sentido inquieto, sobresaltado	0	1	2	3
Me he sentido cansado	0	1	2	3
Mis músculos han estado tensos	0	1	2	3
He tenido dolor de espalda, del cuello o con calambres	0	1	2	3
He sentido que no tengo control sobre mi vida	0	1	2	3
He sentido que algo terrible está por sucederme	0	1	2	3
He estado preocupado por mis finanzas	0	1	2	3
He estado preocupado por mi salud	0	1	2	3
He estado preocupado por mis hijos	0	1	2	3
He tenido miedo de morirme	0	1	2	3
He estado preocupado por mis finanzas	0	1	2	3
He tenido miedo de convertirme en una carga para mi familia o mis hijos	0	1	2	3

ASEGURESE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Anexo No. 2: Índice de Katz

1. ÍNDICE DE KATZ		INDICES
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA		
1. LAVARSE		<p>A: Independiente para todas las funciones. Normal.</p> <p>B: Independiente para todas menos una cualquiera. Requiere ayuda.</p> <p>C: Independiente para todas menos baño y otra cualquiera. Requiere ayuda.</p> <p>D: Independiente para todas menos baño, vestido y otra cualquiera. Requiere ayuda.</p> <p>E: Independiente para todas menos baño, vestido, uso WC y otra cualquiera. Requiere ayuda.</p> <p>F: Independiente para todas menos baño, vestido, uso WC, movilidad y otra cualquiera. Requiere ayuda.</p> <p>G: Dependiente en todas las funciones. Dependiente total.</p> <p>OTRAS. Dependiente en al menos 2 funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.</p>
independiente:	Se baña enteramente solo, o bien requiere ayuda solo en alguna zona concreta: ej. espalda.	
dependiente:	Necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera.	
2. VESTIRSE		
independiente:	Escoge la ropa y se la pone él solo, puede abrocharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse las medias).	
dependiente:	No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente vestido.	
3. IR AL BAÑO		
independiente:	Va al WC solo, se arregla la ropa, se limpia él solo.	
dependiente:	Precisa ayuda para ir al WC y/o para limpiarse.	
4. MOVILIZACIÓN		
independiente:	Se levanta y se acuesta de la cama él solo, se levanta y se sienta en una silla él solo, se desplaza solo.	
dependiente:	Necesita ayuda para levantarse y/o acostarse, en la cama o silla. Necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza.	
5. CONTINENCIA		
independiente:	Control completo de la micción y defecación.	
dependiente:	Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. ALIMENTACIÓN		
independiente:	Come solo, lleva alimento desde el plato a la boca (se excluye cortar los alimentos).	
dependiente:	Necesita ayuda para comer, no come solo o requiere alimentación enteral.	

Anexo No. 3: Escala de Lawton y Brody

2. ESCALA DE LAWTON Y BRODY
(ÍNDICE DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)

	MUJER	VARÓN
UTILIZAR EL TELÉFONO POR INICIATIVA PROPIA	1	1
ES CAPAZ DE MARCAR BIEN ALGUNOS NÚMEROS FAMILIARES	1	1
ES CAPAZ DE CONTESTAR EL TELÉFONO PERO NO MARCAR	1	1
NO UTILIZA EL TELÉFONO	0	0
HACER COMPRAS		
REALIZA TODAS LAS COMPRAS NECESARIAS INDEPENDIENTEMENTE	1	1
REALIZA INDEPENDIENTEMENTE PEQUEÑAS COMPRAS	0	0
NECESITA IR ACOMPAÑADO PARA REALIZAR CUALQUIER COMPRA	0	0
TOTALMENTE INCAPAZ DE COMPRAR	0	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA		
ORGANIZA, PREPARA Y SIRVE LAS COMIDAS POR SÍ SOLO ADECUADAMENTE	1	1
PREPARA, ADECUADAMENTE LAS COMIDAS SI SE LE PROPORCIONAN LOS INGREDIENTES	0	0
PREPARA, CALIENTA Y SIRVE LAS COMIDAS PERO NO SIGUEN UNA DIETA ADECUADA	0	0
NECESITA QUE LE PREPAREN Y SIRVAN LAS COMIDAS	0	0
CUIDADO DE LA CASA		
MANTIENE LIMPIA LA CASA SOLO CON AYUDA OCASIONAL (PARA TRABAJOS PESADOS)	1	1
REALIZA TAREAS LIGERAS COMO LAVAR PLATOS O HACER LAS CAMAS	1	1
REALIZA TAREAS LIGERAS, PERO NO PUEDE MANTENER UN ADECUADO NIVEL DE LIMPIEZA	1	1

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIATRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

NECESITA AYUDA EN TODAS LAS LABORES DE LA CASA	1	1
NO PARTICIPA EN NINGUNA LABOR DE LA CASA	0	0
LAVADO DE ROPA		
LAVA POR SÍ SOLO TODA SU ROPA	1	1
LAVA POR SÍ SOLO PEQUEÑAS PRENDAS	1	1
TODO EL LAVADO DE ROPA DEBE SER REALIZADO POR OTRO	0	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE		
¿VIAJA SOLO EN TRANSPORTE PÚBLICO O CONDUCE SU PROPIO COCHE?	1	1
ES CAPAZ DE TOMAR UN TAXI, PERO NO USA OTRO MEDIO DE TRANSPORTE	1	1
VIAJA EN TRANSPORTE PÚBLICO CUANDO VA ACOMPAÑADO POR OTRA PERSONA	1	0
UTILIZA EL TAXI O EL AUTOMÓVIL SOLO CON AYUDA DE OTROS	0	0
NO VIAJA EN ABSOLUTO	0	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN		
ES CAPAZ DE TOMAR SU MEDICACIÓN A LA HORA Y DOSIS CORRECTA	1	1
TOMA SU MEDICACIÓN SI LA DOSIS ES PREPARADA PREVIAMENTE	0	0
NO ES CAPAZ DE ADMINISTRARSE SU MEDICACIÓN	0	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS		
SE ENCARGA DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS POR SÍ SOLO	1	1
REALIZA LAS COMPRAS DE CADA DÍA, PERO NECESITA AYUDA EN LAS GRANDES COMPRAS Y EN LOS BANCOS	1	1
INCAPAZ DE MANEJAR DINERO	0	0

Calificación:

0= Dependiente

6= Semiindependiente

8= Independiente

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIÁTRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

Anexo No. 4: Escala de Barthel

3. ESCALA DE BARTHEL	
EVALÚA LA SITUACIÓN FUNCIONAL DE LA PERSONA MEDIANTE UNA ESCALA QUE MIDE LAS AVD (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA)	
COMER	
(10)	INDEPENDIENTE. CAPAZ DE COMER POR SÍ SOLO Y EN TIEMPO RAZONABLE. LA COMIDA PUEDE SER COCINADA Y SERVIDA POR OTRA PERSONA
(5)	NECESITA AYUDA PARA CORTAR LA CARNE O EL PAN, PERO ES CAPAZ DE COMER SOLO
(0)	DEPENDIENTE. NECESITA SER ALIMENTADO POR OTRA PERSONA
VESTIRSE	
(10)	INDEPENDIENTE. CAPAZ DE PONERSE Y QUITARSE LA ROPA SIN AYUDA
(5)	NECESITA AYUDA, REALIZA SOLO AL MENOS LA MITAD DE LAS TAREAS EN UN TIEMPO RAZONABLE
(0)	DEPENDIENTE
ARREGLARSE	
(5)	INDEPENDIENTE. REALIZA TODAS LAS ACTIVIDADES PERSONALES SIN NINGUNA AYUDA. LOS COMPLEMENTOS NECESARIOS PUEDEN SER PROVISTOS POR OTRA PERSONA
(0)	DEPENDIENTE. NECESITA ALGUNA AYUDA
DEPOSICIÓN	
(10)	CONTINENTE. NINGÚN EPISODIO DE INCONTINENCIA.
(5)	ACCIDENTE OCASIONAL. MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA O NECESITA AYUDA, ENIMAS O SUPOSITORIOS
(0)	INCONTINENTE
DEAMBULACIÓN	
(15)	INDEPENDIENTE. PUEDE ANDAR 50 M, O SU EQUIVALENTE EN CASA, SIN AYUDA O SUPERVISIÓN DE OTRA PERSONA. PUEDE USAR AYUDAS INSTRUMENTALES (BASTÓN, MULETAS) EXCEPTO ANDADOR. SI UTILIZA PRÓTESIS, DEBE SER CAPAZ DE PONÉRSELA Y QUITÁRSELA SOLO
(10)	NECESITA AYUDA. NECESITA SUPERVISIÓN O UNA PEQUEÑA AYUDA FÍSICA POR OTRA PERSONA. PRECISA UTILIZAR ANDADOR
(5)	INDEPENDIENTE. (EN SILLA DE RUEDAS) EN 50 METROS. NO REQUIERE AYUDA NI SUPERVISIÓN
(0)	DEPENDIENTE. REQUIERE SER EMPUJADO POR OTRO
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
(10)	INDEPENDIENTE. CAPAZ DE SUBIR Y BAJAR UN PISO SIN LA AYUDA NI SUPERVISIÓN DE OTRA PERSONA
(5)	NECESITA AYUDA
(0)	DEPENDIENTE. INCAPAZ DE SALTAR ESCALONES

20: DEPENDENCIA TOTAL; 20-40=DEPENDENCIA GRAVE;
45-55=MODERADA; 60 o MÁS=LEVE
PUNTUACIÓN: SE PUNTÚA CADA ACTIVIDAD DE 5 EN 5 (0,5,10, 15).
LA PUNTUACIÓN MÁXIMA SERÁ DE 100, E INDICA INDEPENDENCIA PARA LOS CUIDADOS PERSONALES, PERO NO QUIERE DECIR QUE EL PACIENTE PUEDA VIVIR SOLO

MISIÓN (VALORAR LA SEMANA ANTERIOR)	
(10)	CONTINENTE. NINGÚN EPISODIO DE INCONTINENCIA. CAPAZ DE USAR CUALQUIER DISPOSITIVO POR SÍ SOLO
(5)	ACCIDENTE OCASIONAL. MÁXIMO UN EPISODIO DE INCONTINENCIA EN 24 HORAS INCLUYE NECESITAR AYUDA EN LA MANIPULACIÓN DE SONDAS U OTROS DISPOSITIVOS
(0)	INCONTINENTE
IR AL RETRATE	
(10)	INDEPENDIENTE. ENTRA Y SALE SOLO Y NO NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA
(5)	NECESITA AYUDA. CAPAZ DE MANEJARSE CON UNA PEQUEÑA AYUDA. ES CAPAZ DE USAR EL CUARTO DE BAÑO. PUEDE LIMPIARSE SOLO
(0)	DEPENDIENTE. INCAPAZ DE MANEJARSE SIN UNA AYUDA MAYOR
TRASLADO SILLÓN/CAMA (TRANSFERENCIAS)	
(15)	INDEPENDIENTE. NO PRECISA AYUDA
(10)	MÍNIMA AYUDA. INCLUYE SUPERVISIÓN VERBAL O PEQUEÑA AYUDA FÍSICA
(5)	GRAN AYUDA. PRECISA LA AYUDA DE UNA PERSONA FUERTE O ENTRENADA
(0)	DEPENDIENTE. NECESITA GRUÁ O ALZAMIENTO POR DOS PERSONAS; INCAPAZ DE PERMANECER SENTADO

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIATRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

Anexo No. 5: Escala de Tinetti marcha

4. ESCALA DE TINETTI MARCHA

EL PACIENTE SE PONE DE PIE, CAMINA A LO LARGO DEL CUARTO, PRIMERO A SU PASO, DESPUÉS (PRECAUCIÓN), USANDO SU APOYO HABITUAL (BASTÓN, ETC.), SILLA SIN DESCANSABRAZOS. EL SUJETO COMO EL EXAMINADOR CAMINA A SU PASO HABITUAL

1. INICIO DE LA MARCHA (DECIRLE CAMINA)	0
DUDA O INTENTA ARRANCAR MÁS DE UNA VEZ	1
NO TITUBEA	1
2. LONGITUD Y ELEVACIÓN DEL PASO	
BALANCE DERECHO	
NO REBASA AL PIE DERECHO	0
REBASA EL PIE DERECHO	1
EL PIE DERECHO NO DEJA EL PISO	0
DEJA EN PISO EL PIE DERECHO	1
BALANCE IZQUIERDO	1
NO REBASA AL PIE IZQUIERDO	0
REBASA EL PIE IZQUIERDO	1
EL PIE IZQUIERDO NO DEJA EL PISO	0
DEJA EN PISO EL PIE IZQUIERDO	1
3. SIMETRÍA EN LOS PASOS	
DESIGUAL	0
UNIFORME	1

4. CONTINUIDAD EN LOS PASOS	
DISCONTINUOS	0
PARECEN CONTINUOS	1
5. RUMBO	
MARCADA DESVIACIÓN	0
DESVIACIÓN MODERADA O SE APOYA	1
DERECHO SIN AUXILIO	2
6. TRONCO	
MARCADO BALANCEO	0
NO BALANCEA PERO FLEXIONA RODILLAS O SEPARA LOS BRAZOS	1
NO BALANCEO, NO FLEXIÓN	2
7. BASE DE SUSTENTACIÓN	
TALONES SEPARADOS	0
TALONES SE TOCAN AL CAMINAR	1

EQUILIBRIO _____ /16 MARCHA _____ /12 TOTAL _____ /28

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIÁTRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

Anexo No 6. Escala de Tinetti Equilibrio

5. ESCALA DE TINETTI EQUILIBRIO	
1. BALANCE SENTADO	0
SE VA DE LADO O RESBALA	0
FIRME Y SEGURO	1
2. LEVANTARSE	
INCAPAZ SIN AYUDA	0
CAPAZ EN MÁS DE UN INTENTO	1
CAPAZ A LA PRIMERA	2
3. INTENTOS PARA LEVANTARSE	1
INCAPAZ SIN AYUDA	0
CAPAZ EN MÁS DE UN INTENTO	1
CAPAZ A LA PRIMERA	2
4. BALANCE INMEDIATO AL LEVANTARSE	
INESTABLE VACILA, MUEVE LOS PIES	0
ESTABLE PERO USA APOYO FÍSICO	2
ESTABLE SIN APOYO	3
5. BALANCE DEL PIE	
INESTABLE	0
ESTABLE PERO CON AMPLIA BASE DE SUSTENTACIÓN	1
ESTABLE CON BASE MENOR DE 10 CMS	2
6. EMPLIACIÓN (DE PIE, PIES JUNTOS, EN ESTERNÓN 3 EMPUJES)	
COMIENZA A CAER	0
SE TAMBALEA PERO SE RECUPERA	1
7. CÍOS CERRADOS MISMA POSICIÓN Y EMPUJE	
INESTABLE	0
ESTABLE	1
8. GIRO DE 360 GRADOS	
PASOS IRREGULARES	0
PASOS UNIFORMES	1
9. AL SENTARSE	
INSEGURO (SE DEJA CAER)	0
USA LOS BRAZOS O ESTÁ SEGURO	1
SEGURO BAJA CON SUAVIDAD	2

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIÁTRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

Anexo No 7. Escala Mini mental Folstein

6. ESCALA MINI MENTAL FOLSTEIN

(NO SABE LEER NI ESCRIBIR, AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN)	PUNTOS
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO	
¿QUÉ FECHA ES HOY? ¿CUÁL ES EL AÑO, MES, DÍA, LA ESTACIÓN?	0 - 5
¿DÓNDE ESTAMOS?: HOSPITAL, PISO, CIUDAD/POBLACIÓN, ESTADO, PAÍS	0 - 5
FIJACIÓN	
"REPITA ESTAS PALABRAS: CABALLO, PESO, MANZANA". (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA DIFERENCIA SEA CORRECTA AUNQUE LA ANTERIOR FUERA INCORRECTA MÁX. 5 PTS.)	0 - 3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
"SI TIENE 30 PESOS Y ME LOS DA DE TRES EN TRES, ¿CUÁNTOS LE QUEDAN?"	0 - 5
REPITA 3-9-2 HASTA QUE SE LO APRENDA. AHORA DÉGALO AL REVÉS EMPEZANDO POR LA ÚLTIMA CIFRA, LUEGO LA PENÚLTIMA Y FINALMENTE LA PRIMERA.	0 - 3
MEMORIA	0
¿RECUERDA USTED LAS TRES PALABRAS QUE LE DUE ANTES? DÉGALAS	0 - 3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
¿QUÉ ES ESTO? (MOSTRAR UN RELOJ) ¿Y ESTO? (MOSTRAR UN BOLÍGRAFO)	0 - 2

REPITA LA SIGUIENTE FRASE: EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS	0 - 1
SI UNA MANZANA Y UNA PERA SON FRUTAS, EL ROJO Y EL VERDE ¿QUÉ SON?, ¿Y UN PERRO Y UN GATO?	0 - 2
TOME EL PAPEL CON LA MANO IZQUIERDA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO EN EL SUELO	0 - 3
LEA ESTO Y HAGA LO QUE DICE "CIERRE LOS OJOS"	0 - 1
ESCRIBA UNA FRASE COMO SI ESTUVIERA CONTANDO ALGO EN UNA CARTA	0 - 1
COPIE ESTE DIBUJO (0-1 PUNTOS)	



(CADA PENTÁGONO DEBE TENER 5 LADOS Y 5 VÉRTICES Y LA INTERSECCIÓN FORMA UN DIAMANTE)

NOTA: TANTO LA FRASE COMO LOS PENTÁGONOS CONVIENE TENERLOS EN TAMAÑO SUFICIENTE PARA PODER SER LEÍDOS CON FACILIDAD. EL PACIENTE DEBERÁ UTILIZAR ANTEOJOS SI LOS NECESITA HABITUALMENTE.

TOTAL...
(NIVEL DE CONCIENCIA: 1=ALERTA, 2=OBNIBULADO)

PUNTO DE CORTE : 23/24
GRADO DE DETERIORO COGNITIVO: 19-23=LEVE; 14-18=MODERADO; >14=GRAVE

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIATRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

Anexo No 7. Woodside health center cuestionario postal para la detección de ancianos frágiles en la comunidad.

**7. WOODSIDE HEALTH CENTER,
CUESTIONARIO POSTAL (BABER, ET AL)
PARA LA DETECCIÓN DE ANCIANOS FRÁGILES
EN LA COMUNIDAD**

	SI	NO
1. VIVE SOLO		
2. SE ENCUENTRA SIN NADIE A QUIEN ACUDIR SI NECESITA AYUDA		
3. MÁS DE DOS DÍAS A LA SEMANA COME FRÍOS SUS ALIMENTOS*		
4. NECESITA DE ALGUIEN QUE LE AYUDE A MENUDO		
5. SU SALUD LE IMPIDE SALIR A LA CALLE*		
6. TIENE CON FRECUENCIA PROBLEMAS DE SALUD QUE LE IMPIDE VALERSE POR SÍ MISMO*		
7. TIENE DIFICULTAD DE VISIÓN QUE LE IMPIDE REALIZAR SUS TAREAS HABITUALES		
8. TIENE DIFICULTAD PARA SEGUIR UNA CONVERSACIÓN POR QUE OYE MAL*		
9. HA ESTADO INTERNADO EN EL HOSPITAL DURANTE EL ÚLTIMO AÑO		

SI HAY UNA O MÁS RESPUESTAS POSITIVAS O NO DEVUELVE EL CUESTIONARIO, ESTO EQUIVALE A "ANCIANO EN RIESGO"

- ÍTEMS
- MÁS DISCRIMINATIVOS SEGÚN TAYLOR Y FORD (IDENTIFICAN UN 83% DE LOS CASOS DE RIESGO REDUCIENDO AL 37% DE LA POBLACIÓN DE ANCIANOS SELECCIONADOS PARA ULTERIOR VALORACIÓN)

Anexo No. 8 Escala de Downton (Riesgo de caídas)

8. ESCALA DE JH DOWNTON (RIESGO DE CAÍDAS)
(SUMAR UN PUNTO POR CADA ÍTEM CON ASTERISCO)

CAÍDAS PREVIAS	NO / SÍ*
MEDICAMENTOS	NINGUNO TRANQUILIZANTES-SEDANTES* DIURÉTICOS* HIPOTENSORES (OTROS QUE NO SON DIURÉTICOS)* ANTIPARKINSONIANOS* OTROS MEDICAMENTOS
DÉFICIT SENSORIALES	NINGUNO ALTERACIONES VISUALES* ALTERACIONES AUDITIVAS* EN MIEMBROS (ICTUS, NEUROPATÍAS...)*
ESTADO MENTAL	ORIENTADO CONFUSO (T. HODGKINSON 7/10)/*
MARCHA	NORMAL SEGURA CON AYUDAS INSEGURA CON/SIN AYUDAS* IMPOSIBLE

*TRES O MÁS PUNTOS INDICA RIESGO DE CAÍDAS

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIATRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

Anexo No. 9 Escala de Lawton valoración nutricional

9. ESCALA LAWTON VALORACIÓN NUTRICIONAL CUESTIONARIO DE SALUD NUTRICIONAL	
AFIRMACIÓN	SI
HE TENIDO UNA ENFERMEDAD O AFECCIÓN QUE ME HA HECHO CAMBIAR TIPO Y/O CANTIDAD DE ALIMENTO QUE COMO	2
TOMO MENOS DE DOS COMIDAS AL DÍA	3
COMO Poca FRUTA, VEGETALES O PRODUCTOS LÁCTEOS	2
TOMO MÁS DE TRES VASOS DE CERVEZA, LICOR O VINO, CASI A DIARIO	2
TENGO PROBLEMAS DENTALES QUE HACEN DIFÍCIL COMER	2
NO SIEMPRE TENGO SUFICIENTE DINERO PARA COMPRAR LA COMIDA QUE NECESITO	4
COMO SOLO LA MAYORÍA DE LAS VECES	1
TOMO A DIARIO TRES O MÁS FÁRMACOS RECETADOS O POR MI CUENTA	1
SIN QUERERLO, HE PERDIDO O GANADO 5 KG DE PESO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES	2
NO SIEMPRE PUEDO COMPRAR, COCINAR Y/O COMER POR MÍ MISMO POR PROBLEMAS FÍSICOS	2

SI LA PUNTUACIÓN TOTAL ES:

- 0 A 2 - BUENO, REEVALUAR LA PUNTUACIÓN NUTRICIONAL EN SEIS MESES
- 3 A 5 - RIESGO NUTRICIONAL MODERADO. TOMAR MEDIDAS PARA MEJORAR LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EL ESTILO DE VIDA. REEVALUAR EN TRES MESES
- 6 O MÁS - RIESGO NUTRICIONAL ALTO. LLEVE EL CUESTIONARIO A SU MÉDICO, ESPECIALISTA EN DIETÉTICA U OTROS PROFESIONALES DE SALUD CALIFICADOS Y PIDA AYUDA PARA MEJORAR SU ESTADO NUTRICIONAL

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIATRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

Anexo No. 10 Escala de Norton para la evaluación del riesgo de desarrollar úlceras por presión

10. ESCALA DE NORTON PARA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLAR ÚLCERAS POR PRESIÓN

CONDICIÓN FÍSICA GENERAL	NIVEL DE CONCIENCIA	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA URINARIA/FECAL	NUTRICIÓN
4: BUENA	4: ALERTA	4: CAMINA	4: COMPLETA	4: NINGUNA	BUENA
3: REGULAR	3: LETÁRGICO	3: CAMINA CON AYUDA	3: LIGERAMENTE LIMITADA	3: OCASIONAL HASTA 2 EPISODIOS 24 HORAS	REGULAR
2: POBRE	2: SEMICOMATOSO	2: LÍMITADO A SILLA	2: MUY LÍMITADA	2: INCONTINENCIA URINARIA HABITUAL	MALA
1: MUY MALA	1: COMATOSO	1: CONFINADO A LA CAMA	1: INMÓVIL	1: INCONTINENCIA FECAL Y URINARIA	POBRE

PUNTUACIÓN: 8 o MÁS PUNTOS, PACIENTE DE RIESGO

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIATRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

Anexo No. 11 Escala de Yesavage de depresión (versión corta).

11. ESCALA DE YESAVAGE DE DEPRESIÓN (VERSIÓN REDUCIDA)

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

PUNTUACIÓN TOTAL:

INTERPRETACIÓN:
 0 a 5 NORMAL
 6 a 9 DEPRESIÓN LEVE
 ≥10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA

12. ESCALA DE ZARITT, DE CARGA DEL CUIDADOR

CALIFICA:
 (0) NUNCA (1) RARO (2) A VECES (3) A MENUDO (4) SIEMPRE

1. SIENTE QUE SU SALUD HA SUFRIDO POR CUIDAR A SU PACIENTE
2. SIENTE QUE NO TIENE TANTA PRIVACIA COMO DESEARÍA
3. SIENTE QUE SU VIDA SOCIAL HA SUFRIDO POR CUIDAR A SU PACIENTE
4. SIENTE O HA SENTIDO QUE NO PODRÁ CUIDAR A SU PACIENTE POR MUCHO TIEMPO
5. SIENTE QUE HA PERDIDO EL CONTROL DE SU VIDA DESDE QUE ES CUIDADOR
6. DESEA USTED DEJARLE EL CUIDADO DE SU PACIENTE A OTRA PERSONA
7. SE SIENTE ALGUNA VEZ SOBRECARGADO POR CUIDAR A SU PACIENTE

¿QUÉ TANTO SE ALTERAN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES POR CUIDAR A SU PACIENTE?

(1) NADA (2) UN POCO (3) MUCHO

1. SUEÑO
2. PREPARACIÓN DE LA COMIDA
3. TIEMPO DE RECREO
4. LABORES DEL HOGAR

PUNTO DE CORTE (7)

CABE MENCIONAR QUE NO NECESARIAMENTE LOS QUE REPORTAN MÁS CARGA ESTÁN COLAPSADOS.

PROCESO DE ENFERMERIA EN PACIENTE GERIATRICO: ANSIEDAD ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN
