

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN ADULTOS MAYORES CON
SÍNDROMA DE SOLEDAD EN EL PUESTO DE SALUD TABLADA
ALTA, ABANCAY; APURÍMAC - 2019**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD
MENTAL**

MELITÓN RIVERA CÓRDOVA

**Callao - 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE PRESIDENTE
- MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES SECRETARIO
- DR. SANDY DORIAN ISLA ALCOSER VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 141-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 21 de Agosto del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes de estudio	9
2.1.1 Internacionales	9
2.1.2 Nacionales.....	12
2.1.3 Regionales y/o locales.....	13
2.2 Bases teóricas	13
2.2.1 Teorías del envejecimiento.....	13
2.2.2 Teoría Adleriana.....	18
2.2.3 La teoría de Carl Jung.....	20
2.2.4 Teoría de las Relaciones Objetales.....	21
2.2.5 Terapia basada en la mentalización	22
2.2.6 Terapia basada en la transferencia	24
2.3 Teórico conceptual	25
2.3.1 Definición.....	25
2.3.2 Tipos de la soledad	25
2.3.3 Factores que causan la soledad.....	26
2.3.3 Señales comunes de la soledad.....	31
2.3.4 Tratamiento	34
2.3.5 Prevención	37
2.4 Definición de términos básicos	38
CAPÍTULO III: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	39
3.1 Valoración.....	39

3.1.1 Datos de filiación	39
3.1.2 Motivo de consulta.....	39
3.1.3 Antecedentes	39
3.1.4 Examen	40
3.1.5 Valoración según dominios	43
3.1.6 Esquema de valoración.....	48
3.2 Diagnóstico.....	49
3.2.1 Lista de hallazgos significativos	49
3.2.2 Diagnósticos de enfermería según datos significativos.....	50
3.2.3 Esquema de diagnóstico de enfermería	50
3.3 Planificación	51
3.3.1 Esquema de planificación.....	51
3.4 Ejecución	56
3.5 Evaluación	57
3.5.1 Registro de enfermería SOAPIE	57
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS.....	68
Anexo 1	69
Anexo 2	70
Anexo 3	71
Anexo 4	72
Anexo 5	73
Anexo 6	74
Anexo 7	75

INTRODUCCIÓN

Los humanos son seres sociales y difícilmente pueden sobrevivir solos (Rokach, 2011). Casi el 80 por ciento de las horas de vigilia se pasa con otros, donde el tiempo compartido con su cónyuge, amigos, familiares, hijos y compañeros de trabajo se considera más gratificante que el tiempo que pasa solo (Hawkley y Cacioppo, 2010). Sin embargo, cuando se percibe que están socialmente aisladas, las personas se sienten solas y la soledad tiene graves consecuencias para la cognición, la emoción, el comportamiento y la salud si no se atiende (Hawkley y Cacioppo, 2010). La soledad es un fenómeno social frecuente (Rokach, 2011), común entre las personas mayores de 65 años (Luanaigh y Lawlor, 2008), y especialmente entre las personas mayores de 80 años, donde alrededor del 40 al 50 por ciento informan que se sienten solos a menudo (Dykstra, 2009). La influencia de la soledad en la morbilidad y la mortalidad en la vejez es bien conocida (Luo, Hawkley, Waite y Cacioppo, 2012; Valtorta y Hanratty, 2012), donde la asociación recíproca entre la soledad y la depresión parece ser relevante (Luanaigh y Lawlor, 2008). Además, la soledad predice una disminución en el bienestar, así como la disminución del bienestar es un predictor de soledad (VanderWeele, Hawkley y Cacioppo, 2012).

La soledad es una sensación de ser subjetiva y usualmente insoportable y perturbadora. psicossocialmente aislado (Weiss, Riesman y Bowlby, 1973).

La soledad es una no deseada y una disposición subjetiva, porque lo que

un individuo considera soledad puede ser apreciado por otro como un episodio maravilloso. Algunos adultos mayores han experimentado soledad mientras personas a su alrededor, mientras que otros no. Además, vivir solo para algunos adultos mayores es un catalizador para soledad, mientras que para otros es muy productiva y mejora su sensación de satisfacción (Routasalo y Pitkala, 2003; Grenade & Boldy, 2008).

La soledad puede verse exacerbada por la falta de un sistema de apoyo familiar y las pérdidas acumuladas. incluida la pérdida de finanzas, salud, amigos y estado económico, y lo más importante, la pérdida de un cónyuge (Akinbohun y Quartaroli, 2012). La vejez se asocia con la soledad debido a las diversas pérdidas experimentadas por adultos mayores (Aebischer, 2008).

Debido a la mejora en los estilos de vida y la tecnología avanzada en el cuidado de la salud, los adultos mayores los adultos viven más que nunca. Irónicamente, viven más tiempo con un rango creciente de enfermedades crónicas que resultan en una mayor necesidad de servicios e instalaciones de atención a largo plazo en algún punto en sus trayectorias de vida (Steele, 1986). En el Perú y Abancay no es ajeno la soledad en adultas(os) mayores debido por las mismas características de sucesos que ocurre a mayor edad.

CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Según informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud 2015 OMS, hay datos que respaldan el uso de intervenciones para enfrentar los problemas de soledad y aislamiento social, aunque estas intervenciones no pueden centrarse solo en un aspecto de la compleja red que conecta a estas características únicas sin considerar su papel e impacto en otras características. Dada la prevalencia de la soledad y el aislamiento social, puede que sea importante identificar a las personas en riesgo, como las que recién se han jubilado o han sufrido una pérdida. Identificar a las personas, mediante los servicios de salud servicios sociales, resulta más directo que responder a la pregunta de cómo asistir a las personas mayores que se encuentran solas o socialmente aisladas. Las investigaciones en este campo son escasas, pero han permitido reconocer los siguientes principios de intervenciones eficaces (Dickens AP. 2011, Cattan M, 2011 y Health Quality Ontario 2008) y citado (1). Salamanca España 2009. Sánchez (2), tesis doctoral y una de las conclusiones: la prevalencia de la soledad es alta en las personas mayores españolas. La soledad es más frecuente entre las personas muy mayores, sin pareja, que viven solas, con un estado de salud deteriorado, que no pertenecen a asociaciones y que no acuden a centros sociales como bares y cafeterías.

Huancayo 2014. De la Cruz y Fernández (3), tesis pregrado y una de las conclusiones: el sentimiento de soledad de los adultos mayores del

Hogar "San Vicente de Paul", presentan un sentimiento de soledad de nivel alto. Arequipa 2013. Flores y Vásquez (4), tesis pregrado parte del resumen: los adultos mayores del Albergue "Buen Jesús" presentan nivel de soledad social alto; en relación a la edad se encuentra de 78 a más, sexo masculino, con procedencia de otras ciudades con conformación de familiares esposa e hijos con estado civil casado. El nivel de soledad social más frecuente en los adultos mayores del Albergue "Buen Jesús" es el nivel alto y los adultos mayores del Albergue "Buen Jesús" presentan un mayor nivel de soledad social en el género masculino.

Según Agencia Peruana de Noticias 2018 (5), la depresión puede venir de la viudez, la soledad, el abandono, el hecho de estar enfermo, no recibir asistencia, estar olvidado o postrado en una parte de su casa. Todas estas situaciones aumentan las posibilidades de depresión, que pueden empujar al suicidio. El 10% de la población peruana cometen el suicidio entre los 60 y 85 años, pero el mayor número de casos se presenta entre los 60 y 70 años. Redacción periodística 2017 (6), la municipalidad de San Isidro Lima presentó el plan piloto de su programa de apoyo social denominado "Mi amigo mayor", que tiene por finalidad combatir la soledad en la que se encuentran algunos vecinos adultos mayores del distrito, anunció la comuna edil. De esta manera, un grupo de 15 jóvenes voluntarios vienen ya desde hace más de 8 meses compartiendo parte de sus tiempos y visitando periódicamente a 20

vecinos, cuyos casos fueron identificados y evaluados por la comuna. La finalidad de este programa piloto es mitigar la soledad de estas personas adultas mayores que se encuentren viviendo solas, a través de una compañía que les ofrezca la oportunidad de contar con gratos momentos y la posibilidad de intercambiar experiencias generacionales. Aunque la relación se inicia con solo visitas periódicas y fijadas por agenda, por lo general se convierte en un vínculo de amistad y de rutina. La sensibilidad y empatía son características comunes de estos voluntarios.

Redacción periodística 2015 (7), según el MINSA, entre el 2012 y 2013, se reportaron a nivel nacional 1.200 ancianos en situación de abandono. Una encuesta entre transeúntes de Lince, refleja que la mayoría no dejaría a sus ancianos en asilos, aunque la realidad señale lo contrario. Las cifras, 40 de cada 100 hogares en el país tiene como miembro al menos a un adulto mayor. El 9,6% de la población tiene 65 años o más. Esta cifra supera los 2 millones 900 mil personas y el 7,5% de adultos mayores del país vive en Arequipa; el 7,3%, en Lima; el 7,3%, en Moquegua y el 7,2%, en el Callao. Redacción periodística 2014 (8), En Lima la soledad es una de las situaciones más tristes que afronta una persona adulta mayor en alguna etapa de su vida. Aunque este estado de ánimo suele darse a cualquier edad, este sector adulto de la población es el que más lo sufre. Se pueden atribuir muchas razones por las que una persona adulta mayor pueda sentirse sola, una de ellas es cuando los hijos se van del hogar para conformar nuevas familias y las visitas se

vuelven esporádicas; otra es por viudez, ante la partida de la pareja de toda la vida; y otra, más lamentable, todavía, es por abandono de la propia familia. En un contexto de soledad, la persona se vuelve vulnerable e indefensa para afrontar las necesidades básicas de dependencia, intimidad y relación con otros. Este estado emocional puede afectar su autoestima, al extremo de abandonarse a sí mismo y socialmente, y perder toda motivación ante la vida.

Dirección Sub Regional de Salud Chanka – Andahuaylas Análisis de Situación de Salud 2017 (población total por edades) y citado (9), la población (mayor de 60 años) 12.229 y equivalente a 8.13% del total de 150.492 de la población DISA Apurímac II (p.21). Distrito San Antonio de Cachi Microred Huancaray Andahuaylas (INEI 2017) y citado (10), población 65 a más 268 cuya distribución: PS. San Antonio de Cachi 115, PS. Chullizana 72, PS. Tanquiyaurecc 32 y PS. San Juan de Cula 49 (p.15). Distrito de Kaquiabamba Microred Pacucha 2017 (11), la población de adulto mayor 60 a más años total 380 distribuidos: 194 varones y 186 mujeres (p.14). Distrito de Huancaray Microred Huancaray (INEI 2017) y citado (12), las personas de 65 años a más total 414 distribuidos: CS. Huancaray 161, PS. Mollepata 100, PS. Ccanccayllo 58 y PS. Occocho 95. Por las consideraciones citadas sean datos epidemiológicos, teóricos y empíricos requiere ser abordado a manera de trabajo académico.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudio

2.1.1 Internacionales

Díaz y Monar 2019. Informe de tesis y el objetivo: determinar de qué manera las intervenciones de enfermería previene los trastornos psicológicos, en adultos mayores centro gerontológico del Buen Vivir Babahoyo Los Ríos octubre 2018 abril 2019”, como metodología de investigación se determinó que es una investigación Histórico Lógico, Inductivo – Deductivo Para la obtención de la información se aplicó la encuesta como una técnica y como instrumento el cuestionario; en el cual se obtuvo los siguientes resultados en base a 100 adultos mayores tomados como muestra, como resultado de la investigación se encontró que el 100% de las personas adultas mayores del centro gerontológico del Buen Vivir sufren un cuadro de depresión, esta cantidad se divide de la siguiente manera un 15% se encuentra en un cuadro de depresión moderada y el 85% con depresión severa de acuerdo a la valoración de la escala geriátrica de depresión yesavage. Como conclusión se puede manifestar que la intervención de enfermería es un pilar fundamental para la prevención de los trastornos psicológicos que sufren los adultos mayores en el centro gerontológico como recomendación ampliar los conocimientos sobre rol de enfermería en la prevención de los

trastornos psicológicos ya que con esto disminuiría la cantidad de adultos mayores con depresión. (13)

Chaparro y Arias 2019, artículo de revista y el objetivo: integrar los hallazgos sobre la soledad en el adulto mayor e identificar los aspectos en la misma. Materiales y Métodos: Se realizó una revisión sistemática de alcance integrativo. La búsqueda de información se realizó en 9 bases de datos, durante el periodo 2007 al 2018, se incluyeron en la revisión 36 estudios. Resultados: De acuerdo con la información encontrada emergieron 4 temas: características de la soledad en el adulto mayor, causas de la soledad, consecuencias de la soledad y factores que disminuyen los sentimientos de soledad. Discusión: La literatura indica que la soledad se relaciona principalmente con el aislamiento social, debido a la falta de interacción con otras personas y el desapego familiar lo que genera baja calidad de vida y riesgo de padecer enfermedades crónicas, es por esta situación que los profesionales de la salud deben prestar atención a una valoración holística del adulto mayor. Conclusiones: los estudios muestran que existen varios aspectos que influyen en el proceso de soledad del adulto mayor, así como las principales acciones que puede realizar el profesional de la salud para intervenir este fenómeno. (14)

García 2017, informe de tesis y el objetivo: conocer cuáles son los trastornos psicológicos más importantes que pueden aparecer en el paciente anciano. El envejecimiento de la población es un fenómeno observado hoy en día en muchos países y que se encuentra en constante evolución. Estos países necesitan de un abastecimiento suficiente de personal sanitario y, en concreto, profesionales de enfermería para cubrir las necesidades de esta creciente población anciana. Los profesionales sanitarios y, en especial, el personal de enfermería debe estar preparado para atender a este grupo de población de la mejor manera posible. Para ello, debe ser conocedor de los cuidados necesarios para cubrir, no solo los aspectos físicos, sino también los psicológicos. El enfermero tiene que valorar el estado mental del paciente y saber realizar unos cuidados de calidad. Con ello, se conseguirá una reducción de sentimientos y situaciones negativas causas principales de trastornos psicológicos que presentan las personas mayores como son la depresión, ansiedad, alteraciones del sueño e incluso, el suicidio. La ansiedad es uno de los trastornos que más se presenta en estos pacientes, pero de los menos diagnosticados. Desde enfermería debemos detectar y actuar ante este diagnóstico. Para ello, es necesario que la enfermera conozca el plan de cuidados a llevar a cabo ante un paciente afectado. De este modo, el paciente podrá mejorar su calidad de

vida y, en caso de hospitalización, mejorar también su estancia.

(15)

2.1.2 Nacionales

Condeña 2017, informe de tesis y el objetivo: Conocer cuál es la importancia del profesional de enfermería en el cuidado integral del adulto mayor en el asilo de anciano Santa Ana y San Joaquín del distrito de Grocio Prado de la provincia de Chincha, en el año 2016. Los asilos de ancianos del distrito de Grocio Prado; Santa Ana y San Joaquín son una institución que alberga a adultos mayores, que al cuidado de profesionales de salud reciben los cuidados básicos, como el aseo, alimentación, confort, entre otros. El profesional de enfermería que trabaja en las entidades son participes del impulso y conservación de la salud, prevención de enfermedades y motivación de autocuidado de los adultos mayores, basándose en la recuperación y el desarrollo de un mejor nivel de funcionamiento, psicológico, físico y social, ofreciéndole la comodidad digna. Este presenta trabajo de investigación tiene como objetivo conocer cuál es la importancia del profesional de enfermería en el cuidado integral del adulto mayor en el asilo de anciano Santa Ana y San Joaquín del distrito de Grocio Prado de la provincia de Chincha, en el año 2016. El propósito es describir los cuidados que requiere cualquier adulto mayor, aplicados por el enfermero(a) dentro de la institución.

Concluyendo que este principio debe ser aplicado a las necesidades básicas humanas que servirá de orientación, tanto para fomentar la concientización y la implementación del cuidado al adulto mayor en la prestación del servicio de atención. Resultados: La mayoría de los adultos mayores manifiestan que se sienten a gusto con el profesional de enfermería, pero que no cuentan con el suficiente personal para que se les atienda de forma oportuna y precisa cuando tienen alguna necesidad. (16)

2.1.3 Regionales y/o locales

No se encuentra en los repositorios de las universidades.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Teorías del envejecimiento

a) Teorías sociológicas. El cambio de roles, relaciones, categoría social y las características del grupo generacional afectan a la capacidad de adaptación de la persona de edad avanzada. Son las siguientes:

- Actividad. Es necesario seguir ocupado y participar en actividades para lograr una vida satisfactoria.
- Desconexión. La desvinculación gradual de la sociedad y las relaciones permite mantener un equilibrio social y favorece la reflexión interna.

- Subcultura. Las personas mayores prefieren separarse de la sociedad en una subcultura, compartiendo la pérdida de posición social y la consideración negativa de la vejez. La salud y la movilidad son determinantes de la posición social.
- Continuidad. La personalidad influye en la satisfacción vital y permanece constante durante toda la vida. Los modelos de afrontamiento del pasado se repiten cuando el adulto que envejece debe adaptarse al declive físico, económico y social, y reflexionar sobre la muerte. Las tareas principales son la identificación con las personas del mismo grupo, la localización de una residencia compatible con sus propias limitaciones, y el aprendizaje de nuevos roles después de la jubilación.
- Estratificación por edades. La sociedad está estratificada por grupos de edad, que son la base para adquirir recursos, roles, posición y respeto de los demás. Las cohortes por edad están influidas por su contexto histórico y comparten similares experiencias, creencias, actitudes y expectativas sobre las transiciones del curso vital.
- Adaptación del individuo a su ambiente. La función depende de la fuerza del yo, la movilidad, la salud, el conocimiento, la percepción sensorial y el ambiente. Las

aptitudes personales cambian la capacidad del individuo para adaptarse a las necesidades ambientales.

- Gerotranscendencia. Los mayores evolucionan desde una perspectiva materialista y racional a la integridad con el universo. Una transformación satisfactoria incluye la exteriorización, aceptando la muerte inminente, las relaciones importantes, la conexión intergeneracional, y la unidad con el universo. (17)

b) Teorías psicológicas. Explica el envejecimiento en términos de procesos mentales, emociones, actitudes, motivación, y desarrollo de la personalidad, que se caracteriza por las transiciones de las fases vitales. Son las siguientes:

- Necesidades humanas. Cinco necesidades vitales motivan la conducta humana durante toda la vida hacia la satisfacción de las necesidades.
- Individualismo. La personalidad está constituida por el yo y el inconsciente personal y colectivo, que considera la vida desde una perspectiva personal o externa. Las personas de edad avanzada buscan el sentido a la vida y se adaptan a las pérdidas funcionales y sociales.
- Fases del desarrollo de la personalidad. La personalidad se desarrolla en ocho fases secuenciales con sus correspondientes tareas vitales. La fase octava, de

integridad frente a desesperación, se caracteriza por la evaluación de los logros vitales; las luchas interiores incluyen la indiferencia, la aceptación de los cuidados, el desapego, y el deterioro físico y mental.

- Desarrollo del curso vital. Las fases vitales son predecibles y se estructuran mediante roles, relaciones, valores y objetivos. Las personas se adaptan al cambio de roles y de relaciones. Las normas y características del grupo de edad son parte importante del curso vital.
- Optimización selectiva con compensación. Los individuos afrontan las pérdidas que causa la vejez a través de la selección de actividades y roles, la optimización y la compensación. Los puntos vitales críticos son morbilidad, mortalidad y calidad de vida. La optimización selectiva con compensación facilita una vejez satisfactoria. (17)

c) Teorías biológicas.

- Teorías estocásticas. Se basa en sucesos aleatorios que causan lesión celular, que se acumula en el organismo a medida que envejece. Son las siguientes:
 - Teoría de los radicales libres. Los radicales libres lesionan las membranas, los ácidos nucleicos y las proteínas, causando daños celulares y envejecimiento.

- Teoría de Orgel o de los errores. Durante el envejecimiento se producen errores en la síntesis de DNA y RNA.
- Teoría del desgaste y la rotura. Las células se desgastan y no pueden funcionar al envejecer.
- Teoría del tejido conjuntivo o de los enlaces cruzados. Con el envejecimiento, las proteínas impiden los procesos metabólicos, causando problemas para llevar nutrientes a las células y retirar los productos de desecho.
- Teorías no estocásticas. Se basa en sucesos programados genéticamente, que provocan lesión celular que acelera el envejecimiento del organismo. Son las siguientes:
 - Teoría de la muerte programada. Cuando una persona envejece, gran parte de sus células comienzan a «decidir» suicidarse o dejar de dividirse.
 - Teoría génica o del reloj biológico. Las células se dividen hasta que ya no pueden hacerlo más, desencadenando la apoptosis o muerte celular.
 - Teoría neuroendocrina. Las células tienen un código de envejecimiento programado genéticamente. Los problemas en el sistema de retroalimentación de

hipotálamo-hipófiso-suprarrenal provocan enfermedades; el aumento del factor de crecimiento similar a la insulina acelera el envejecimiento.

- Teoría inmunitaria. El envejecimiento se debe a un defecto en la función inmunitaria, que está vinculado al bienestar general. (17)

d) Teorías de enfermería (envejecimiento). Son las siguientes:

- Teoría de las consecuencias funcionales. Las consecuencias ambientales y biopsicosociales afectan al funcionamiento. El rol del profesional enfermero es reducir los riesgos para minimizar la discapacidad asociada a la edad, con el fin de aumentar la seguridad y la calidad de vida.
- Teoría del desarrollo y el crecimiento óptimos. El retraso del desarrollo se produce por la discordancia entre el individuo y su ambiente o relaciones. Los profesionales identifican los factores que contribuyen a la falta de armonía entre estos elementos. (17)

2.2.2 Teoría Adleriana

Alfred Adler es el fundador de la psicología individual, que forma parte de una de las tres psicologías profundas, en las que se incluyen a Freud y Jung (Oberst, 1998). Adler concibe al ser humano como una unidad psicológica, en donde está presente la

cognición, la emoción, lo somático y la conducta, guiadas hacia una misma finalidad (Oberst, 1998). Para Adler, la persona es un individuo que tiene una personalidad única e integradora, la misma que está guiada por los objetivos y metas que pretende alcanzar, aunque no sea tan consciente de ellas, por lo que para entenderlo hace falta conocer sus objetivos de vida, más que su conducta (Oberst, 1998). La salud mental de toda persona y de toda sociedad, está relacionada íntimamente con el sentimiento de comunidad, la misma que supone del desarrollo de la capacidad de colaboración (Oberst, 1998). Según Adler, todos los problemas de la vida están relacionados con la falta de colaboración e identifica tres problemas primordiales y comunes en todo ser humano como lo es: la ocupación, el amor y las relaciones sociales (Oberst, Ibarz & León, 2004).

La teoría Adleriana tiene su modelo de conflicto psicológico, que no es intra psíquico, sino más bien centrado en la dificultad y oposición entre el estilo personal de vida y el interés social; entre la persona y sus relaciones con los demás, es decir, el conflicto es más interpersonal y surge de la construcción negativa que tiene el sujeto sobre determinada situación y las compensaciones que el sujeto tiene hacia tal situación (Oberst, 1998). Cuando estas compensaciones se rigen por metas personales y son ajenas a las reglas de cooperación, convivencia e interés común, es donde

aparecen los trastornos emocionales (Oberst & Ruiz, 2007). Otro de los aspectos importantes a los que hace referencia la psicología Adleriana es sobre la responsabilidad y libre albedrío de todo ser humano, es decir es un ser proactivo y constituyente de su propio destino, a pesar de las influencias de la educación, de experiencias negativas o de un entorno que no pudo haber sido favorable (Oberst & Ruiz, 2007). Lo más importante frente a cualquier experiencia humana, es la elección de la interpretación que el individuo da a la misma, siendo esta una reacción correctiva o así también una evaluación negativa de su entorno y de los sucesos. Desde esta visión, cada persona es responsable y dueño de sus actos, de su vida, de las decisiones, y la dirección que elija hacia el logro de sus metas y objetivos (Oberst, Ibarz & León, 2004) y citado (18)

2.2.3 La teoría de Carl Jung

Examinó las áreas de la mente que constituyen la psique y la forma en que se influenciaron entre sí. Distinguió la persona, o la imagen de nosotros mismos que presentamos al mundo, de nuestra sombra, que puede estar compuesta de ansiedades ocultas y pensamientos reprimidos. Jung también notó la relación entre nuestro inconsciente personal, que contiene las memorias e ideas personales de un individuo, y un inconsciente colectivo, un conjunto de recuerdos e ideas que se comparte entre toda la

humanidad. Conceptos compartidos, que Jung describió como arquetipos., impregnan el inconsciente colectivo y emergen como temas y personajes en nuestros sueños y emergen en nuestra cultura, en mitos, libros, películas y pinturas, por ejemplo. Jung sintió que la desunión entre los pensamientos en el subconsciente personal y el consciente podría crear conflictos internos que podrían conducir a rasgos o ansiedades particulares de la personalidad. Tales conflictos internos podrían resolverse, afirmó Jung, al permitir que las ideas reprimidas emerjan en la conciencia y acomodarlas (en lugar de destruirlas), creando así un estado de armonía interna, a través de un proceso conocido como individualización. (19)

2.2.4 Teoría de las Relaciones Objetales

Uno de los aportes relevantes para el entendimiento de la estructura psíquica del sujeto es la Teoría de las Relaciones Objetales planteada por Klein, en la cual nos indica que lo psíquico nace de lo instintivo, fundamentalmente del instinto de muerte y todo su bagaje, y para comprenderlo es necesario conocer las fantasías que revelan las relaciones que el Yo infantil ha establecido con sus objetos internos y a partir del cual determinarían en mayor o menor grado la relación con los objetos externos. Como el papel de la fantasía tiene un carácter destructivo por la influencia de la pulsión de muerte y de un Super

yo muy sádico, se da paso a una intensa ansiedad que el Yo, como medida de protección crea especiales defensas, esto indica Klein permite el establecimiento de peculiares relaciones objetales interna y externamente que marcan dos posiciones la esquizoparanoide y la depresiva, esto permite el apareamiento de dos núcleos importantes en el psiquismo humano dependiendo del accionar del niño en la resolución de cada posición, y de su habilidad caracterial y conductual para controlar y manejar las ansiedades que se presentarán en dichas posiciones. La acción de un Super yo precoz permite la aparición de la angustia, por las recriminaciones de los deseos sádicos que forman parte de las fantasías, permiten la creación de defensas ante esos deseos por parte del Yo. La ansiedad según Klein por el temor a la retaliación (ojo por ojo, diente por diente), y por el sadismo infantil se considera que los objetos atacados se transforman en objetos vengadores que proceden desde fuera como un objeto externo malo y desde dentro como un objeto interno malo que es el primer núcleo del Super yo, procesos que han aparecido según Klein desde el nacimiento a pesar de ser precoces. (20)

2.2.5 Terapia basada en la mentalización

La psicoterapia basada en la mentalización, formalizada por Peter Fonagy y Anthony Bateman (2004, 2006), a partir de los desarrollos teóricos en torno a la función reflexiva o mentalización

(Allen, Fonagy, 2006; Allen, Fonagy, Bateman, 2008; Fonagy et al., 2002), se aplicó inicialmente al tratamiento de pacientes borderline, con muy buenos resultados evaluados en estudios de seguimiento rigurosos. Posteriormente su ámbito de aplicación se amplió a pacientes con trastornos de la alimentación, depresivos, adictos, traumatizados, etc. y se utilizó en variados formatos: terapia individual, terapia de pareja, familia y grupo, terapia de niños y adolescentes (Bateman, Fonagy, 2012). En los últimos años se ha expandido de manera notable en Estados Unidos, Europa, Australia y América Latina. En noviembre del 2013 tendrá lugar en Londres el primer congreso internacional dedicado a ese tema específico. La mentalización: podemos caracterizar sucintamente a la mentalización diciendo que consiste en la capacidad para comprender el comportamiento propio y ajeno en términos de estados mentales. Esta capacidad es un determinante clave para la organización del self, la regulación emocional y el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias. Su adquisición tiene lugar en el interior de las relaciones de apego tempranas. Para trazar una semblanza de la misma resulta útil diferenciar en el marco teórico que la sustenta, tres teorías evolutivas y tres funciones o capacidades centrales. Las teorías evolutivas, íntimamente interrelacionadas y basadas en gran parte en la psicología del desarrollo son: la teoría de los

distintos estadios en la constitución del self, la teoría de la constitución de las representaciones secundarias para simbolizar la experiencia emocional, la teoría acerca de la naturaleza de la subjetividad previa al reconocimiento de la mente como agente representacional. (21)

2.2.6 Terapia basada en la transferencia

Propuesto por Kernberg, se trata de un tipo de terapia de gran importancia en el tratamiento de sujetos con trastornos de personalidad como el límite. La teoría que tiene detrás se basa en la teoría de relaciones del objeto para proponer un modelo que exista una focalización tanto en el mundo interno como externo del paciente y que se centra en trabajar a partir de la transferencia de las dificultades internas hacia el terapeuta. En las personas con trastornos severos de la personalidad prima la experiencia de frustración y la incapacidad de regularla, con lo que finalmente la psique llega a escindirse de manera que se produce una difusión de la identidad. Busca promover la integración de las estructuras mentales de los pacientes, reorganizándolas y buscando generar modificaciones que permitan un funcionamiento mental estable en la experiencia subjetiva, la percepción y la conducta vayan de la mano. El contexto, la relación terapéutica y el análisis de las relaciones objetales son fundamentales, analizando los sentimientos que genera la relación con ellos (incluyendo la

relación terapéutica) y la fantasía inconsciente que genera dicha relación, ayudando a entenderlos. (22)

2.3 Teórico conceptual

2.3.1 Definición

La soledad y el aislamiento social son preocupaciones crecientes de salud pública en nuestra sociedad que envejece. (23) La soledad se define por la experiencia subjetiva de si las relaciones sociales de un individuo son "deficientes de alguna manera importante, ya sea cuantitativa o cualitativamente" (Peplau, L. A., et al, 1982) y citado (24) La soledad es la respuesta emocional a la discrepancia que uno siente entre el nivel deseado o el nivel o calidad real del contacto social. Si la "necesidad de pertenecer" humana fundamental no se satisface con la satisfacción de uno, nos sentimos solos. El elemento crítico es cómo se siente un individuo sobre el nivel, la calidad o la intimidad de las relaciones sociales existentes o deseadas. La subjetividad que define la soledad lo distingue del aislamiento social y le da una trayectoria separada de salud física y mental. (24)

2.3.2 Tipos de la soledad

La soledad viene en diferentes formas que requieren diferentes respuestas. Según un marco bien establecido, la "soledad emocional" ocurre cuando alguien siente la falta de relaciones íntimas. La "soledad social" es la falta de contacto satisfactorio

con miembros de la familia, amigos, vecinos u otros miembros de la comunidad. La "soledad colectiva" es el sentimiento de no ser valorado por la comunidad en general. Algunos expertos agregan otra categoría: "soledad existencial", o la sensación de que la vida carece de sentido o propósito. (25)

2.3.3 Factores que causan la soledad

Según Weiss (cit. 1973, en Morales, 2010), la soledad no es solo un deseo de relación, pero la relación correcta, que puede ocurrir simultáneamente con actividades sociales. El autor cree que la soledad resulta de déficits en uno o más tipos de relaciones, que también representan una experiencia psicológica molesto, que se caracteriza por el mantenimiento de las relaciones de habilidades interpersonales incompletas, como se mencionó anteriormente. Es un hecho que la mayoría de las personas mayores muestran una gran falta de afecto, cansancio y dificultades para realizar algunas actividades, lo que a menudo los lleva a depender de terceros. El miedo a la muerte y el duelo experimentado por la pérdida de seres queridos, los seres queridos son temas que, entre otros, merecen y requieren atención en el terapéutico, e intervención desde el punto de vista de la prevención, para reducir el impacto negativo de algunas de estas situaciones. (26)

Se nota que cuando los adultos mayores tienen que lidiar con la muerte de personas que son queridos por ellos, como su cónyuge,

amigos o familiares, es decir, son su apoyo social, la adaptación es necesaria. Cuando lo que es fundamental para ellos, la idea de estar solo, sin nadie, sin aquellos que realmente gusta, cuando pierden esos apoyos fundamentales, una nueva realidad y un nuevo proceso de adaptación tendrá que ser construido, o estar solo. Por lo tanto, es importante mencionar que es visible la fuerte relación de pérdidas, en particular, viudez y soledad en la mayoría. (26)

Según Martin-Matthews (cit. 1987. En Vega y Bueno, 2000), "(...) la viudez es un estado más frecuente a medida que avanza la edad. Supone un intercambio importante en el curso vital y trae consigo profundos cambios y pérdidas, tanto a nivel objetivo como subjetivo". Izal y Montorio (1999) también mencionan que la muerte del cónyuge es un evento de vida que requiere una reorganización diaria. La reacción del impacto emocional en la muerte del cónyuge es extraordinariamente compleja, lo que lleva a veces a sentimientos de ira, negación, alivio e incluso culpa. Debido a viudez, los síntomas depresivos a veces aparecen en los ancianos, síntomas que también puede estar asociado con el desarrollo de procesos graves y mórbidos, que incluso puede conducir a la muerte (Magalhães, 2003) y citado (26)

Según los autores Heinemann y Evans (1990), para enfrentar la viudez más positiva y adaptarse lo mejor posible, la persona debe

comenzar creando inmediatamente un nuevo sentido de identidad y autosuficiencia. La identidad y la autosuficiencia económica y social son predictores de la bien adaptación a la viudez. Las personas que parecen adaptarse mejor también son las que se mantienen ocupados en actividades laborales y sociales (Vega y Bueno, 2000). Según Carrajo (1999), la viudez es más que solo perder a un esposo, significa una pérdida de una identidad separada. Pimentel (2001) también afirma que las pérdidas a nivel interpersonal son muy importantes y tener un impacto en la vida de los adultos mayores, ya que condicionan en muchos casos, todas sus experiencias posteriores, que pueden originar sentimientos de soledad y abandono. Además, puede hacer que la persona se pregunte sobre su existencia misma. Muchas personas mayores ni siquiera quieren participar en actividades de connotación de diversión y recreación, porque para ellos la viudez debe ser acompañado de privación voluntaria o, como máximo, participación pasiva (Magalhães, 2003) y citado (26)

Branco y Gonçalves (2001) también agregan que los adultos mayores son el grupo de población, donde se registran las tasas de pobreza más altas. La evidente pobreza, en que la mayoría de las personas mayores viven hoy debido a las reformas que reciben, conduce, en muchos casos, a la exclusión social. La exclusión social y la pobreza pueden ser la razón de muchos

casos de soledad, los mismos autores (Branco y Gonçalves, 2001) también afirman que "como también sería de esperar, familias monoparentales, ancianos, que viven solos o en pareja (ambos ancianos) y familias extendidas, son las categorías más vulnerables a cualquier tipo de pobreza". (26)

Según Lopes, Lopes y Câmara (2009), la soledad estimula una sensación de vacío interna, con factores psicológicos y sociales que desencadenan problemas emocionales y conductuales negativos como depresión, pena, aislamiento y abandono. Efectivamente y, según Neto (2000), la soledad resulta no solo de factores situacionales y temporales, pero también características individuales, tales como timidez, depresión, autoestima, autoconcepto y habilidades sociales. Ejemplos de situaciones son la disminución del contacto social, el estado social, pérdida relacional, redes sociales desajustadas, nuevas situaciones, obstáculos indirectos al contacto social y al fracaso. El aislamiento también puede aumentar la soledad, aunque es más con aspectos cualitativos Weiss (1973 cit. En Monteiro y Neto, 2008, p. 87) se refiere a la soledad como "un sentimiento que consiste en el aislamiento emocional que resulta del pérdida o inexistencia de lazos íntimos y aislamiento social, con la consiguiente ausencia de una red social con pares ". Por otro lado, los adultos mayores pueden tener una gran red social y sentirse solo si no pertenece

o no responde a sus necesidades (Jong-Gierveld y Raasdschelders, 1982 cit. en Monteiro y Neto, 2008) y citado (26)

Del análisis de varias definiciones de soledad encontradas en la literatura, nos damos cuenta de que están involucrados factores cognitivos, emocionales y sociales. Peplau y Perlman (1982 cit. En Monteiro y Neto, 2008) señalan dos fuertes causas de la soledad: la muerte de alguien que ama y la predisposición de las personas a estar solos. A su vez, Morales y Moya (1996 cit., en Monteiro y Neto, 2008) refieren que la soledad está relacionada con las características de personalidad del individuo, como ser introvertido, tímido, ansioso, propenso a la depresión, características sociodemográficos, como la edad y el estado civil, baja autoestima; con habilidades sociales: comportamiento tímido en relación con los demás, en otras palabras, se puede decir que la soledad resulta de factores situacionales y características personales de la persona, en cuanto a los factores situacionales, podemos incluir la reducción de contactos sociales, el estado social en la disponibilidad, la pérdida de relaciones, redes sociales inadecuadas, nuevos eventos, fallas y factores temporales. Las características personales que pueden conducir al surgimiento de la soledad son la depresión, así como timidez, autoestima, autoconcepto y habilidades sociales (Neto, 2000) y citado (26)

2.3.3 Señales comunes de la soledad

Son los siguientes:

- a) Sueño inquieto. Un estudio ha señalado que existe un vínculo entre la soledad y la eficiencia del sueño: cuanto más sola se siente una persona, más fragmentada se vuelve su sueño.
- b) Aumento de los hábitos de compra. Una investigación de 2013 del Journal of Consumer Research señaló un vínculo entre la soledad y un aumento en los hábitos de gasto. Esto es cuando las personas solitarias tienden a buscar algo que hacer y desplazan este sentimiento a través de las compras, para compensar la falta de conexiones sociales.
- c) Falta de apetito. Las personas mayores pueden experimentar una pérdida de apetito si están solos. Aunque el cambio en el apetito podría ser normal como parte del proceso de envejecimiento, aún vale la pena prestar atención cuando se acompaña de otros signos de soledad.
- d) Menciones de familiares o amigos que las personas mayores no han visto en mucho tiempo. Aunque podría ser una señal de que las personas mayores simplemente extrañan a sus amigos o familiares, también podría considerarse como un signo de soledad. También se debe tener en cuenta la cantidad de veces que las personas mayores que mencionan a sus amigos o familiares. Las frases clave a las que hay que

prestar atención son: "Las extraño", "Cómo les va" y "nunca más me visitan".

- e) Cambio en la frecuencia de las llamadas telefónicas. Se ha demostrado que el comportamiento del teléfono está en estrecha relación con la soledad. Es posible que las personas mayores necesiten comunicarse y hablar con alguien con más frecuencia, como un intento de establecer nuevas conexiones y lidiar con su soledad. Por otro lado, una disminución en la frecuencia de las llamadas telefónicas también puede ser un signo de soledad. Esto es cuando las personas mayores solitarias se adaptan a su situación: han ajustado sus expectativas de apoyo y ya no buscan formar nuevas conexiones. Asegúrese de prestar atención a sus seres queridos y sus patrones telefónicos, ya que cualquier cambio en el patrón podría ser un signo de soledad.
- f) Mayor cantidad de tiempo en el hogar (sin compañía). Quedarse en casa no debe considerarse un signo de soledad por sí solo, pero debe tomarse más en serio si sus seres queridos pasan una cantidad cada vez mayor de tiempo en casa sin la compañía de amigos y familiares. Es notable si cada vez tienen más excusas para quedarse en casa en lugar de asistir a eventos familiares o pasar tiempo con amigos y familiares en general.

- g) Señales verbales. Las personas mayores pueden mencionar que se sienten solos contigo, a veces pueden decir en voz alta que están solos. La mayoría de las veces es posible que necesite buscar pistas sutiles, como cuando sus seres queridos le dicen que realmente no tienen a nadie con quien hablar o que quieren ver amigos con más frecuencia.
- h) Cambios en el comportamiento. La soledad puede hacer que las personas mayores se retraigan y dejen de interactuar con los demás, o puede hacer que anhelan el toque humano y quieran un contacto físico adicional. Si alguno de estos se considera un cambio en el comportamiento normal de sus seres queridos, tómelo como una advertencia de que podrían estar experimentando soledad.
- i) Problemas de salud imaginarios. Sus seres queridos pueden quejarse de sus enfermedades imaginarias o inventar historias sobre su estado de salud para obtener más atención. Si notas que están siendo cada vez más falsos, asegúrate de no confrontarlos para decirte la verdad. Más bien, comprenda su situación y haga un esfuerzo para pasar más tiempo con ellos si ve que esto sucede.
- j) Hacer amistad / interactuar con personas sospechosas. Cuando las personas mayores se sienten solas, pueden comenzar a buscar cualquier conexión que puedan. A veces,

estas conexiones resultan ser personas sospechosas o deshonestas, que intentan estafar a las personas mayores. A medida que internet se ha generalizado, las personas mayores pueden recurrir a los canales de redes sociales o sitios web para buscar amigos, y pueden correr el riesgo de ser estafados en línea. Si descubrió que sus seres queridos pasan mucho tiempo con alguien que no es confiable, trate de discutirlo con ellos y comprender por qué hay en esta situación. Si están involucrados en una estafa, explíqueles de manera tranquila, ya que pueden estar emocionalmente apegados a la situación y necesitan algo de tiempo para darse cuenta de la posición en la que se encuentran. (27)

2.3.4 Tratamiento

Los resultados del estudio identifican diversas características que deben ser tenidas en cuenta por los profesionales sanitarios a la hora de entender, identificar e intervenir el fenómeno de la soledad en los adultos mayores. Los profesionales tienen un papel importante en el cuidado de los adultos mayores, es por ello que al momento de hacer la valoración de las necesidades de la persona se requiere hacer mayor énfasis en aspectos como la cultura y costumbres del adulto mayor, su estructura familiar, su nivel económico y sus redes de apoyo primarias, puesto que la presencia o no de estas características, dará

pistas al profesional sobre el riesgo que tiene la persona de presentar sentimientos de soledad. (14)

Una vez que el profesional realice una valoración inicial donde se vean aspectos relacionados con sentimientos de soledad, se debe proceder a confirmar dicha problemática e identificar si la soledad es de origen emocional o social, ya que los factores desencadenantes y las estrategias de intervención serán diferentes de acuerdo al tipo. Sin embargo, antes de aplicar estrategias de intervención estructuradas, el profesional puede reconocer los desencadenantes de la soledad en el adulto. Si bien algunas causantes son biológicas y no modificables, los aspectos de orden psicosocial pueden ser intervenidos con abordajes poco complejos por parte de los profesionales, como lo puede ser el referenciación a grupos de adultos mayores, gestión de servicios a través de trabajo social entre otros. (14)

Para el abordaje de la soledad en los adultos mayores, es relevante considerar la interacción como elemento angular. Dentro de las intervenciones que reporta la literatura, los profesionales se pueden apoyar en el direccionamiento a grupos de apoyo, visitas domiciliarias, llamadas telefónicas, desarrollo de destrezas y habilidades con

el adulto mayor, reuniones en centros de cuidado diario, ejercicios de actividad física, yoga, acompañamiento con animales. (14)

Determinar el abordaje apropiado para disminuir los sentimientos de soledad en el adulto, es una decisión compleja que dependerá de una adecuada evaluación. Incluso si el paciente no presenta signos de soledad o aislamiento, es imperativo que los profesionales sanitarios establezcan canales de seguimiento a estas personas, puesto que su futuro y las condiciones sociales y familiares pueden cambiar repentinamente. Los adultos mayores en los que se identifiquen muchos aspectos que estén generando los sentimientos de soledad, pueden requerir tratamientos y abordajes mucho más complejos. (14)

En el caso particular de enfermería, se destaca la importancia del abordaje desde el conocimiento disciplinar, por ejemplo, desde la teoría de rango medio de la presencia de enfermería, propuesta por (McMahon y Chistopher 2011) y citado (14), que recomienda presencia a nivel físico desde acciones como ver, toca u oír; a nivel psicológico, con acciones como escuchar, asesorar activamente, aceptar sin juzgar; a nivel terapéutico espiritual, con acciones como conexión y conocimiento intuitivo y en general acciones como contacto visual, toque de las manos, motivación y actividades de confort. Además, también se destaca

que la presencia puede ser directa o cara a cara, proximal o vía telefónica y virtual. (14)

Finalmente, se debe reconocer, no solo por parte de los profesionales sanitarios, sino por la comunidad en general que la prevalencia de sentimientos de soledad en adultos mayores sobre todo en países en desarrollo puede llegar a ser bastante alta, con lo cual el estar atentos a su identificación y tratamiento puede no solo puede mejorar la calidad de vida de estas personas, sino los gastos al sistema de salud debido a las comorbilidades asociadas a la soledad. (14)

2.3.5 Prevención

Neril y Freire (2000) sugieren algunas estrategias que pueden ayudar a los ancianos a prevenir o combatir la soledad. Estos se enumeran a continuación: conocer persona nueva y hacer nuevos amigos, participar en actividades sociales voluntarias, transmitir conocimientos y experiencias a otras personas, encuentre nuevos canales de comunicación entre personas de la misma generación y otras generaciones, participe en grupos culturales, tenga en cuenta su papel como ciudadano en la sociedad y reconozca su derechos y deberes, invierte en ti mismo cuidando la salud física y mental, convéncete de que adaptarte a los cambios naturales de la vejez trae dificultades, pero asegúrese de que no conduzca a la retirada social - la inactividad - aislamiento y depresión,

fomentar el crecimiento espiritual y saber cómo elegir prioridades personales y defender la privacidad. (26)

2.4 Definición de términos básicos

- Adulto mayor. La tercera edad o vejez es un término antropológico que hace referencia a las últimas décadas de la vida, en la que la persona se aproxima a la edad máxima que un ser humano puede vivir. En esta etapa del ciclo vital, se presenta un declive de todas aquellas estructuras que se habían desarrollado en las etapas anteriores, con lo que se dan cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social. (28)
- Soledad. Significa aislamiento o confinamiento, falta de contacto con otras personas. Se puede interpretar la soledad de dos maneras: estar solo o sentirse solo. La definición más común de soledad es la de carencia de compañía. (29)
- Cuidar. “Es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad” (27)
- Cuidados de enfermería. Se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, si no también a la enfermera como transmisora de el (28)

CAPÍTULO III: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1 Valoración

3.1.1 Datos de filiación

Nombre(s) y apellidos	:	Joaquín QUISPE CAHUANA
Sexo	:	Masculino
Edad	:	82 años
Lugar de nacimiento	:	Chapimarca
Lugar de procedencia	:	Chapimarca
Lengua materna	:	Quechua
Nivel de escolaridad	:	Primaria incompleta
Estado civil	:	Viudo
Ocupación	:	Su casa
Religión	:	Católica
Domicilio	:	Tabla Alta
Familia responsable	:	Su hija
Tipo de seguro	:	Sistema Integral de Salud
Fecha de ingreso	:	02/01/2020
Historia clínica	:	057
Diagnóstico médico	:	Soledad
Fecha de valoración	:	02/01/2020

3.1.2 Motivo de consulta

Varón de 82 años, sin antecedentes mórbidos previos, desde hace cuatro meses no concilia sueño, el suceso del hecho fue advertido a la vecina y por consejo y exigencia de la vecina acude al Puesto de Salud Tablada Alta.

3.1.3 Antecedentes

a. Personales. Médicos: cálculo vesicular (2009). Quirúrgicos: no cirugía. Hospitalizaciones: año 2009. Alergias: no. Hábitos: no tabaco y no alcohol.

- b. Familiares. Hipertensión arterial del hermano y en tratamiento.
- c. Socioeconómicos. No trabaja fue agricultor actualmente recibe beneficio de pensión 65 del estado, vivienda de su hija de adobe, no viajes.

3.1.4 Examen

a. Examen físico general

- General. Consciente, lúcido, orientada en espacio, tiempo y persona, marcha acorde a la edad, facies característica preocupado, posición sedestación durante la entrevista.
- Evaluación Nutricional. Constitución ectofórmica, peso 53Kg., talla 150cm.
- Piel. Coloración no patológica, hidratada, de untuosidad y elasticidad conservada, llenado capilar menor a 2 segundos, vello corporal de distribución androide, cabello en cantidad acorde la edad, uñas acordes a la edad, subungueales pálidas, mucosa hidratada, presencia de cicatriz hipocondrio derecho, ganglios no palpables.
- Constantes vitales. Pulso periférico 78 por minuto, tensión arterial 110/80 mmHg., temperatura axilar 36.3°C, respiración 16 por minuto.

b. Examen físico segmentario

- Cabeza. Cabeza/cráneo normocéfalo proporciones normales y simétricas.
- Cara. Líneas de expresión simétricas, cejas simétricas, sin pérdidas de pelo
- Párpados. Simétricos, movilidad conservada, no edema.
- Ojos. Implantación simétrica, movilidad conservada, campo visual conservado, pupilas isocóricas reactivas, escleras enrojecidas, movilidad conservada, campo visual conservado.
- Nariz. Griega, no aleteo nasal, no obstrucciones.
- Oídos. Pabellón auricular implantado simétricamente, lóbulo adherido bilateralmente.
- Labios. Delgados, coloración conservada
- Cavidad bucal. lengua móvil, húmeda y rosada, dentadura incompleta (ausencia de incisivos y caninos maxilares).
- Faringe. Móvil, no disfagia, no lesiones aparentes.
- Cuello. Inspección: cilíndrico y móvil, yugular sin ingurgitación a los 30°, tráquea en línea media. Palpación: flexión y rotación normal, carótidas palpables con ritmo simétrico y regular, tiroides palpable, blanda e

indolora al tacto. Auscultación: carótidas con ritmo regular, sin soplos, murmullo laríngeo-traqueal presente.

- Tórax. General: tórax cilíndrico, diámetro anteroposterior conservado, columna torácica alineada, sin desviación patológica. Pulmonar: inspección: patrón respiratorio regular, sin uso de musculatura accesoria, frecuencia respiratoria de 18 ciclos por minuto, proporción inspiración/expiración 2/3, expansión simétrica de amplitud normal. Palpación: No se perciben aumentos de volumen, dolor al tacto de reborde costal derecho medial a línea clavicular media, expansión conservada, separación de pulgares a nivel basal de 3 cm y a nivel apical de 2 cm., vibraciones vocales presentes, simétricas y de intensidad normal. Percusión: sonoridad simétrica presente globalmente, excursión de bases pulmonares con diferencia entre inspiración y expiración de 4 cm. Auscultación: murmullo pulmonar levemente disminuido en bases pulmonares bilaterales, resto conservado, sin ruidos agregados.
- Corazón. Inspección: no se observa choque de la punta. Palpación: choque de la punta palpable en 5to espacio intercostal y línea medio clavicular izquierda. Auscultación: ritmo regular, no soplo, frémito.

- Abdomen. Inspección: simetría si, cicatrices no, abovedamientos no, móvil con la respiración. Auscultación: ruidos hidroaéreos conservados. Palpación. Blando/depresible, puntos dolorosos no evaluables. Percusión: timpanismo conservado.
- Genitales. Inspección: Acorde al sexo y edad normal
- Miembros. Superiores: simétricos, no tumoración, no cicatrices. Inferiores: simétricos, no tumoración, no cicatrices.

c. Examen neurológico

- Nivel de conciencia. Glasgow 15, evaluación de nervios craneales no alteraciones, funciones motoras conservadas, reflejos osteotendinosos conservados, reflejos cutáneos-mucosos conservados, reflejos patológicos ausentes.

3.1.5 Valoración según dominios

Dominio 1: Promoción de la salud.

Clase 1: Toma de conciencia de la salud. Adulto mayor expresa no presentar ningún problema de salud o alteración que limite su capacidad, física mental, su salud hasta ahora ha sido buena, a veces presenta cefalea, pero no son intensos y sede sin tratamiento.

Clase 2: Gestión de la salud. A la inspección higiene corporal regular y presencia de halitosis.

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión. No problemas para deglutir, abdomen: blando, no doloroso a la palpación, sin presencia de tumoraciones, ruidos intestinales presentes, tipo de dieta normal.

Clase 2: Digestión. Piezas dentarias incompletas, no intolerancia a alimentos.

Clase 3: Absorción. Expresa no alteraciones

Clase 4: Metabolismo. Apetito normal, peso: 57 kg.

Clase 5: Hidratación. Piel reseca, mucosas orales húmedas.

Dominio 3: Eliminación

Clase 1: Función urinaria. No problemas de micción, frecuencia de micciones 3 a 4 veces al día, cantidad no precisa

Clase 2: Función gastrointestinal. No problemas de deposición, normal la consistencia de las heces, a veces estreñimiento, una deposición al día

Clase 3: Función tegumentaria. Características propias a la edad, transpiración no, no lesiones en la piel.

Clase 4: Función respiratoria. No esfuerzo respiratorio

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 1: Sueño/reposo. Sueño. 5 horas, no conciliar sueño desde 8 meses atrás, no medicación para el sueño, muerte de la esposa el factor desencadenante de no conciliar el sueño.

Clase 2: Actividad/ ejercicio. Deambulaci3n con independencia, no ayuda de aparatos, fuerza muscular conservada acorde a la edad, no contracturas.

Clase 3: Equilibrio de la energa. No fatiga al esfuerzo.

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias. Dinámica cardíaca conservada según el valor de tensión arterial, dinámica vascular conservada acorde a la edad, dinámica respiratoria conservada,

Clase 5: Autocuidado. Actividad de cuidado personal de higiene conservada, actividad de cuidado personal vestimenta conservada, descuido de higiene oral hace años.

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 1: Atención. Atento a la entrevista.

Clase 2: Orientación. Tiempo, espacio y persona.

Clase 3: Sensación/percepción. No alteraciones, no deficiencias de los sentidos.

Clase 4: Cognición. Lúcido, funciones mentales pertinentes.

Clase 5: Comunicación. Verbal y corporal pertinente.

Dominio 6: Autopercepción

Clase 1: Autoconcepto. Expresa ser una persona sin esperanzas de conllevar la vida de manera adecuadas, antecedentes de haber sido muy trabajador.

Clase 2: Autoestima. Expresa no quererse a sí mismo.

Clase 3: Imagen corporal. Lo permitido a acorde a la edad.

Dominio 7: Rol/ relaciones

Clase 1: Roles del cuidador. Expresa desamparo de los hijos.

Clase 2: Relaciones familiares. Solitario en casa, restringido en la comunicación con hijos.

Clase 3: Desempeño del rol. Jubilado, dedicación del hogar.

Dominio 8: Sexualidad

Clase 1. Identidad sexual. Se identifica sexualmente como varón.

Clase 2: Función sexual. Ausencia de actividad sexual.

Clase 3: Reproducción. Dos hijos.

Dominio 9: Afrontamiento tolerancia al estrés

Clase 1: Respuesta pos-traumática. Ninguna.

Clase 2: Respuesta de afrontamiento. Manifiesta ansiedad ante ser solitario

Clase 3: Estrés neuro-comportamental. Expresa olvidos esporádicos

Dominio 10: Principios vitales

Clase 1: Valores. Honestidad, respeto, humildad.

Clase 2: Creencias. Religión católica

Clase 3: Congruencia entre valores/creencias. Expresa tener fe ante las adversidades.

Dominio 11: Seguridad protección

Clase 1: Infección. Ausencia de infección

Clase 2: Lesión física. Ausente

Clase 3: Violencia. No refiere

Clase 4: Peligros del entorno. Caminos de herradura

Clase 5: Procesos defensivos. Deambulación cuidadosa

Clase 6: Termorregulación. No alteración

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico. Sensación de bienestar favorable, ausencia del dolor.

Clase 2: Confort del entorno. Sensación de bienestar del medio.

Dominio 13: Crecimiento/desarrollo

Clase 1: Crecimiento. Regresión pronunciada

Clase 2. Desarrollo. Disminución de dimensiones físicas y orgánicas.

3.1.6 Esquema de valoración

Datos relevantes	Dominio	Clase	Base teórica
<u>Subjetivos</u> Adulto mayor refiere no conciliar sueño <u>Objetivos</u> Escleras enrojecidas Desamparo de los hijos	12	3	<u>Confort</u>
	Confort	Confort social	Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social. (30)
		Aislamiento social	<u>Confort social</u> Sensación de bienestar o alivio con la situación social propia. (30) <u>Aislamiento social</u> Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazante e impuesta por otros. (31)
	4	1	<u>Actividad/reposo</u>
	Actividad/reposo	Sueño/reposo	Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía. (30)
		Deprivación De sueño	<u>Sueño/reposo</u> Sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad. (30) <u>Deprivación de sueño</u> Prolongados periodos de tiempo sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia). (31)
	4	1	<u>Actividad/reposo</u>
	Actividad/reposo	Sueño/reposo	Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía. (30)
		Insomnio	<u>Sueño/reposo</u> Sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad. (30) <u>Insomnio</u> Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento. (31)
	6	1	
Autopercepción	Autoconcepto	<u>Autopercepción</u> Conciencia de sí mismo. (30) <u>Autoconcepto</u>	

		Desesperanza	Percepción (percepciones) sobre el yo total. (30) <u>Desesperanza</u> Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho. (31)
	11	3	<u>Seguridad/protección</u> Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección. (30) <u>Violencia</u> Ejecución de fuerza o poder excesivo con la finalidad de causar lesión o abuso. (30) <u>Riesgo de violencia</u> Riesgo de lesión auto inflingida que pone en peligro la vida. (31)
	Seguridad/protección	Violencia Riesgo de suicidio	

3.2 Diagnóstico

3.2.1 Lista de hallazgos significativos

- Adulto mayor refiere no conciliar sueño
- Escleras enrojecidas
- Desamparo de los hijos
- Presencia de halitosis
- Piezas dentarias incompletas

3.2.2 Diagnósticos de enfermería según datos significativos

- Diagnóstico NANDA: 00053 Aislamiento social
- Diagnóstico NANDA: 00095 Insomnio
- Diagnóstico NANDA: 00124 Desesperanza
- Diagnóstico NANDA: 00150 Riesgo de suicidio

3.2.3 Esquema de diagnóstico de enfermería

Diagnóstico de enfermería real			
Problema	Factores relacionados	Características definitorias	
		Objetivas	Subjetivas
00053 Aislamiento social	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del aspecto físico • Conducta socialmente no aceptada • Alteración del bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de personas significativas de soporte: familiares, amigos, grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión de sentimientos de rechazo • Sentimientos de ser distinto de lo demás (32)
00095 Insomnio	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene del sueño inadecuado (habitual) • Duelo • Sueño interrumpido 		<ul style="list-style-type: none"> • Informa dificultad para conciliar sueño • Informa dificultad para permanecer dormido (33)
00124 Desesperanza	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono • Deterioro de estado fisiológico 		<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de las emociones • Falta de iniciativa (34)
Diagnóstico de enfermería riesgo			
Problema	Factores relacionados		
00150 Riesgo de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones: vivir solo, jubilación, inestabilidad económica • Demográficas: ancianidad, varones • Sociales: pérdida de relaciones importantes, soledad, duelo, aislamiento social. (32) 		

3.3 Planificación

3.3.1 Esquema de planificación

Diagnóstico NANDA: 00053 Aislamiento social						
NOC/ Criterios de resultados		NIC 1:		Actividades 1:		
2002 Bienestar personal		5270 Apoyo emocional		<ul style="list-style-type: none"> Comentar la experiencia emocional con el paciente Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias 		
Indicadores						
200201 Satisfacción con realización de las AVD						
1	2	3	4			5
200203 Satisfacción en interacción social						
1	2	3	4			5
200209 Satisfacción con nivel de felicidad						
1	2	3	4	5		
<u>Legenda:</u> (1) No del todo satisfecho (2) Algo satisfecho (3) Moderadamente satisfecho (4) Muy satisfecho (5) Completamente satisfecho						
<hr/>						
NOC/ Criterios de resultados.		NIC 2:		Actividades 2:		
1502 Habilidades en interacción social		5440 Aumentar los sistemas de apoyo		<ul style="list-style-type: none"> Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar. (31) 		
Indicadores						
1500212 Relaciones con los demás						
1	2	3	4			5
150202 Receptividad						
1	2	3	4			5
150205 Uso de asertividad si procede						
1	2	3	4	5		
<u>Legenda:</u> (1) Nunca demostrado (2) Raramente demostrado (3) A veces demostrado (4) Frecuentemente demostrado (5) Siempre demostrado						

Diagnóstico NANDA: 00095 Insomnio						
NOC/ Criterios de resultados	NIC 1: 2300 Administración de la medicación					<u>Actividades 1:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos según necesidades, si procede • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados
0003 Descanso						
Indicadores						
000301 Tiempo de descanso						
1 2 3 4 5						
000303 Calidad de descanso						
1 2 3 4 5						
000306 Consumo de fármacos psicotrópicos	NIC 2: 6480 Manejo ambiental					<u>Actividades 2:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles • Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente • Planificar una reafirmación regular del uso de la relajación, como alabar los esfuerzos y reconocer los resultados positivos conseguidos
1 2 3 4 5						
<u>Leyenda:</u>						
(1) Gravemente comprometido						
(2) Sustancialmente comprometido						
(3) Moderadamente comprometido						
(4) Levemente comprometido						
(5) No comprometido						
NOC/ Criterios de resultados.	NIC 3: 6040 Terapia de relajación simple					<u>Actividades 3:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una cama y un entorno limpio y cómodo • Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, excesos de calefacción o frío • Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible. (31)
1402 Autocontrol de la ansiedad						
Indicadores						
140205 Plantea estrategias para superar situaciones estresantes						
1 2 3 4 5						
140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad						
1 2 3 4 5						
1402017 Controla la respuesta de ansiedad	NIC 3: 6040 Terapia de relajación simple					<u>Actividades 3:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una cama y un entorno limpio y cómodo • Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, excesos de calefacción o frío • Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible. (31)
1 2 3 4 5						
<u>Leyenda:</u>						
(1) Nunca demostrado						
(2) Raramente demostrado						
(3) A veces demostrado						
(4) Frecuentemente demostrado						
(5) Siempre demostrado						

Diagnóstico NANDA: 00124 Desesperanza						
NOC/ Criterios de resultados	NIC 1: 5310 Dar esperanza					<u>Actividades 1:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados • Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente) • Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza en la vida • Proporcional al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo
1201 Esperanza						
Indicadores						
120101 Expresión de una orientación futura positiva						
1 2 3 4 5						
120102 Expresión de confianza						
1 2 3 4 5						
120104 Expresión de razones para vivir						
1 2 3 4 5	NIC 2: 5270 Apoyo emocional					<u>Actividades 2:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional • Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones • Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad
Leyenda:						
(1) Nunca demostrado						
(2) Raramente demostrado						
(3) A veces demostrado	NIC 3: 5440 Aumentar los sistemas de apoyo					<u>Actividades 3:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes • Determinar el grado de apoyo familiar • Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias • Remitir a un grupo de autoayuda si se considera oportuno • Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y apoyo
(4) Frecuentemente demostrado						
(5) Siempre demostrado						
	NIC 4: Prevención de suicidio					<u>Actividades 4:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio • Considerar la hospitalización del paciente si tiene un alto riesgo de conducta suicida • Tratar y controlar la enfermedad psiquiátrica o los síntomas que pueden poner al paciente en riesgo de suicidio (alteraciones del humor, alucinaciones, pánico) • Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y franqueza, y para dar oportunidad al paciente para hablar de sus sentimientos • Animar al paciente a buscar a los cuidadores para hablar, cuando se produzca el deseo de autolesión. (31)

<p>NOC/ Criterios de resultados</p> <p>1206 Deseo de vivir</p> <p>Indicadores</p> <p>120601 Expresión de determinación de vivir</p> <table border="1" data-bbox="304 416 632 443"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>120613 Utilizar tratamientos para prolongar la vida</p> <table border="1" data-bbox="304 528 632 555"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>120609 Utiliza estrategias para mejorar su salud</p> <table border="1" data-bbox="304 618 632 645"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>120615 Pensamientos suicidas</p> <table border="1" data-bbox="304 707 632 734"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	<p>NIC 5: 5340 Presencia</p>	<p><u>Actividades 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar las preocupaciones del paciente • Estar físicamente disponible como elemento de ayuda • Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad
1	2	3	4	5																		
1	2	3	4	5																		
1	2	3	4	5																		
1	2	3	4	5																		
<p><u>Leyenda:</u></p> <p>(1) Gravemente comprometido</p> <p>(2) Sustancialmente comprometido</p> <p>(3) Moderadamente comprometido</p> <p>(4) Levemente comprometido</p> <p>(5) No comprometido</p>	<p>NIC 6: 5330 Control del humor</p>	<p><u>Actividades 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo y de los demás • Remitir al paciente para la evaluación y/o tratamiento de cualquier enfermedad subyacente que puede contribuir a un humor alterado (alteraciones tiroideas, etc.) • Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente • Vigilar y fomentar el cumplimiento de la medicación por parte del paciente 																				
<p>NOC/ Criterios de resultados.</p> <p>1204 Equilibrio emocional</p> <p>Indicadores</p> <p>120401 Muestra un afecto apropiado</p> <table border="1" data-bbox="304 1323 632 1350"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>120415 Muestra interés por lo que le rodea</p> <table border="1" data-bbox="304 1413 632 1440"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>120418 Refiere capacidad para realizar las tareas diarias</p> <table border="1" data-bbox="304 1503 632 1529"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p><u>Leyenda:</u></p> <p>(1) Nunca demostrado</p> <p>(2) Raramente demostrado</p> <p>(3) A veces demostrado</p> <p>(4) Frecuentemente demostrado</p> <p>(5) Siempre demostrado</p>	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	<p>NIC 7: 5240 Asesoramiento</p>	<p><u>Actividades 3:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto • Proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede • Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados • Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un estrés severo. (31) 					
1	2	3	4	5																		
1	2	3	4	5																		
1	2	3	4	5																		

Diagnóstico NANDA: 00150 Riesgo de suicidio					
NOC/ Criterios de resultados 1408 Autocontrol del impulso suicida Indicadores 140802 Expresa sentimientos 1 2 3 4 5 140803 Busca ayuda cuando nota sentimientos autodestructivos 1 2 3 4 5 140804 Verbaliza ideas de suicidio, si existen 1 2 3 4 5 140806 No intenta causarse lesiones graves 1 2 3 4 5		NIC 1: 4420 Acuerdo con el paciente	Actividades 1: <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a determinar objetivos realistas, que puedan conseguirse • Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos • Establecer objetivos en términos positivos • Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos 		
Legenda: (1) Nunca demostrado (2) Raramente demostrado (3) A veces demostrado (4) Frecuentemente demostrado (5) Siempre demostrado		NIC 2: 5330 Control del humor	Actividades 2: <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo o de los demás • Evaluar el humor (signos, síntomas, historia personal inicialmente), sobre un patrón regular, como progreso del tratamiento • Administrar cuestionarios de autoinformación (Beck Depresión Inventory, escalas del estado funcional), si procede • Considerar la posibilidad de hospitalización del paciente con alteraciones del humor que presenta riesgos para la seguridad, que es incapaz de satisfacer las necesidades de autocuidados y/o carece de apoyo social 		
NOC/ Criterios de resultados. 1208 Nivel de depresión Indicadores 1208901 Estado de ánimo deprimido 1 2 3 4 5 120814 Pensamientos recurrentes de muerte y suicidio 1 2 3 4 5 120814 Tristeza 1 2 3 4 5 120817 Desesperación 1 2 3 4 5		NIC 3: 6160 Intervención en casos de crisis	Actividades 3: <ul style="list-style-type: none"> • Disponer un ambiente de apoyo • Determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí mismo o para otros • Tener las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente u otras personas con riesgo de lesiones físicas • Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva 		
Legenda: (1) Grave (2) Sustancial (3) Moderado (4) Leve (5) Ninguno		NIC 4: 6340 Prevención del suicidio	Actividades 4: <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio • Determinar si el paciente dispone de medios para llevar adelante el plan de suicidio • Considerar la hospitalización del paciente que tiene un alto riesgo de conducta suicida • Tratar y controlar la enfermedad psiquiátrica o los síntomas que pueden poner al paciente en riesgo de suicidio (alteraciones del humor, alucinaciones, pánico, abuso de sustancias, aflicción, trastornos de la personalidad, alteraciones orgánicas, crisis). (31) 		

3.4 Ejecución

Las intervenciones de enfermería planeadas se ejecutarán, conforme a los acápites precedentes. La ejecución es la cuarta fase del proceso de cuidados de enfermería, en la fase señalada se pone en marcha el plan de cuidados, inicia una vez que ha finalizado la de planeación, hay ocasiones en que se procede a actuar de forma inmediata (cuando se detecta un problema que se requiere atención urgente). Para poner en práctica el plan, hay que tomar en cuenta que las intervenciones han de ser éticas y seguras. El profesional de enfermería ejecuta planes de cuidados en diversos ambientes de atención sanitaria como hospitales, domicilios, centros de enfermos crónicos, escuelas, etc.

Kozier (1999) señala para ejecutar el plan de cuidados satisfactoriamente se requiere de:

- a) Habilidades cognitivas. Para la solución de problemas, toma de decisiones, para el razonamiento crítico y el pensamiento creativo, el uso de estas habilidades es crucial para proporcionar un cuidado enfermero seguro.
- b) Habilidades interpersonales. Entendidas estas como los recursos que las personas utilizan para comunicarse directamente con otras, incluyen actividades verbales y no verbales, son necesarios para todas las intervenciones de enfermería.
- c) Habilidades técnicas. Son habilidades manuales o psicomotoras para la manipulación de equipo de material, ejemplo: para movilizar

al paciente, etc. Para dicha habilidad se requiere conocimientos y destreza. (36)

3.5 Evaluación

3.5.1 Registro de enfermería SOAPIE

Estructura del registro de enfermería SOAPIE	
"S" (Datos subjetivos): <i>queja principal u otra información que le brinden el paciente o los miembros de la familia.</i>	Refiere sentimientos de rechazo.
"O" (Datos objetivos): <i>datos fácticos y medibles, como signos y síntomas observables.</i>	Persona adulto mayor, durante la entrevista visos de aprehensión.
"A" (Datos de evaluación): <i>conclusiones basadas en datos subjetivos y objetivos, formuladas como problemas del paciente o diagnósticos de enfermería.</i>	Aislamiento social R/C alteraciones del aspecto físico, conducta socialmente no aceptada, alteración del bienestar, falta de personas significativas de soporte: familiares, amigos, grupo M/P expresión de sentimientos de rechazo y sentimientos de ser distinto de lo demás.
"P" (Plan): <i>estrategia para aliviar los problemas del paciente, incluidas acciones a corto y largo plazo.</i>	Mejorar la salud mental
"I" (intervenciones): <i>medidas que ha tomado para lograr los resultados.</i>	Intervenciones de apoyo.
"E" (Evaluación): <i>análisis de la eficacia de sus intervenciones.</i>	Paciente verbaliza que mejora la interacción social.

Tabla Alta, 29 de junio del 2020

Estructura del registro de enfermería SOAPIE	
"S" (Datos subjetivos): <i>queja principal u otra información que le brinden el paciente o los miembros de la familia.</i>	Refiere no conciliar el sueño.
"O" (Datos objetivos): <i>datos fácticos y medibles, como signos y síntomas observables.</i>	Persona adulto mayor, al examen regional: escleras enrojecidas.
"A" (Datos de evaluación): <i>conclusiones basadas en datos subjetivos y objetivos, formuladas como problemas del paciente o diagnósticos de enfermería.</i>	Insomnio R/C higiene del sueño inadecuado (habitual), duelo, sueño interrumpido M/P informa dificultad para conciliar sueño e informa dificultad para permanecer dormido.
"P" (Plan): <i>estrategia para aliviar los problemas del paciente, incluidas acciones a corto y largo plazo.</i>	Mejorar la salud mental
"I" (intervenciones): <i>medidas que ha tomado para lograr los resultados.</i>	Administración de la medicación, manejo ambiental y terapia de relación simple.
"E" (Evaluación): <i>análisis de la eficacia de sus intervenciones.</i>	Paciente expresa franja mejoría de horas de sueño y al examen escleras blancas.

Tabla Alta: 23 de junio del 2020

Meliton Rivera Cordova
Lic. Enfermería
CEP. 30029

Estructura del registro de enfermería SOAPIE	
"S" (Datos subjetivos): <i>queja principal u otra información que le brinden el paciente o los miembros de la familia.</i>	Refiere desilusión.
"O" (Datos objetivos): <i>datos fácticos y medibles, como signos y síntomas observables.</i>	Persona adulto mayor, durante la entrevista textualmente expresa sin anhelo de superar.
"A" (Datos de evaluación): <i>conclusiones basadas en datos subjetivos y objetivos, formuladas como problemas del paciente o diagnósticos de enfermería.</i>	Desesperanza R/C abandono, deterioro de estado fisiológico M/P disminución de las emociones y falta de iniciativa.
"P" (Plan): <i>estrategia para aliviar los problemas del paciente, incluidas acciones a corto y largo plazo.</i>	Mejorar la salud mental
"I" (intervenciones): <i>medidas que ha tomado para lograr los resultados.</i>	Dar esperanza, apoyo emocional, aumentar los sistemas de apoyo, prevención de suicidio, presencia, control de humor y asesoramiento.
"E" (Evaluación): <i>análisis de la eficacia de sus intervenciones.</i>	Paciente expresa tener expectativas por mejorar la salud.

Tabla Alta, 29 de junio del 2020

Meliton Rivera Cordova
Lic. Enfermería
CEP. 30029

Estructura del registro de enfermería SOAPIE	
"S" (Datos subjetivos): <i>queja principal u otra información que le brinden el paciente o los miembros de la familia.</i>	Refiere eventos vitales negativos.
"O" (Datos objetivos): <i>datos fácticos y medibles, como signos y síntomas observables.</i>	Persona adulto mayor, durante la examen físico pretende rehusar al procedimiento.
"A" (Datos de evaluación): <i>conclusiones basadas en datos subjetivos y objetivos, formuladas como problemas del paciente o diagnósticos de enfermería.</i>	Riesgo de suicidio R/C situaciones: vivir solo, jubilación, inestabilidad económica. Demográficas: ancianidad, varones. Sociales: pérdida de relaciones importantes, soledad, duelo, aislamiento social.
"P" (Plan): <i>estrategia para aliviar los problemas del paciente, incluidas acciones a corto y largo plazo.</i>	Mejorar la salud mental
"I" (intervenciones): <i>medidas que ha tomado para lograr los resultados.</i>	Acuerdo con el paciente, control de humor, intervenciones en casos de crisis y prevención de suicidio.
"E" (Evaluación): <i>análisis de la eficacia de sus intervenciones.</i>	Paciente refiere eventos vitales positivos.

Tabla Alta 29 de junio del 2020

 Meliton Rivera Cordova
 Lic. Enfermería
 CEP. 30029

CONCLUSIONES

- La soledad es un problema de salud pública que aqueja a las personas de tercera y cuarta edad, cuya expresión clínica es atípica en la mayoría de los adultos mayores de la jurisdicción sanitaria del Puesto de salud Tablada Alta.
- Los cometidos de la intervención de enfermería se desarrollaron con las cinco etapas del proceso de atención de enfermería del caso de soledad del adulto mayor en el Puesto de Salud Tabla Alta Abancay de, enero a junio del 2020.
- Los resultados esperados fueron logrados en aras de fomentar la salud mental para el caso relevante de soledad del adulto mayor en el Puesto de Salud Tabla Alta Abancay de, enero a junio del 2020.

RECOMENDACIONES

- A las direcciones ejecutivas de la Promoción de la Salud y Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud Apurímac implementar políticas de salud regional del tamizaje del síndrome de soledad en los adultos mayores de la Región de Apurímac y en coordinación con el Ministerio de Salud.
- A estudiantes de pregrado y posgrado de enfermería de la Región de Apurímac realizar estudios descriptivos univariados y bivariados del síndrome de soledad en personas de tercera edad y cuarta edad.
- A la Dirección Ejecutiva de la Promoción de la Salud MINSA generar un instrumento de medición del síndrome de soledad, cuyo instrumento tenga antecedentes de proceso de validez y la consistencia interna fiable. El cual permita desarrollar estudios epidemiológicos y experimentales, a cargo de los establecimientos de salud contexto local, regional y nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el . Envejecimiento y la Salud. [Online].; 2015 [cited 2019 Octubre 2. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=8EB8BD4FD5D92525BFC64939BBEBC0EB?sequence=1.
- 2 Sánchez Rodríguez. Determinantes Sociales en la Soledad en las . Personas Mayores Españolas: Dar y Recibir Apoyo en el Proceso de Envejecer. Tesis doctoral. Salamanca : Universidad de Salamanca , Facultad de Psicología ; 2009.
- 3 De la Cruz Estrella R, Fernández Munive E. Sentimientos de Soledad y . Calidad de Vida en los Adultos Mayores del Hogar "San Vicente de Paúl" - Huancayo, 2014. Tesis pregrado. Huancayo : Universidad Nacional del Centro del Perú , Facultad de Enfermería ; 2014.
- 4 Flores Torres K, Vásquez Hernani I. Niveles de Soledad Social en . Adultos Mayores del Albergue "Buen Jesús" - Arequipa 2012. Tesis pregrado. Arequipa : Universidad Católica de Santa María , Facultad de Enfermería ; 2013.
- 5 Andina . ¿Qué razones llevan al suicidio a los adultos mayores? . [Online].; 2018 [cited 2019 Octubre 2. Available from: <https://andina.pe/agencia/noticia-que-razones-llevar-al-suicidio-a-los-adultos-mayores-705591.aspx>.
- 6 Correo. San Isidro: programa de voluntariado busca combatir la soledad . de adultos mayores. [Online].; 2017 [cited 2019 Octubre 2. Available from: <https://diariocorreo.pe/peru/san-isidro-programa-de-voluntariado-busca-combatir-la-soledad-de-adultos-mayores-769928/>.

- 7 La República . Cuando llegar a ser adulto mayor se convierte en un . desafío en el Perú. [Online].; 2015 [cited 2019 Octubre 2. Available from: <https://larepublica.pe/sociedad/887597-cuando-llegar-a-ser-adulto-mayor-se-convierte-en-un-desafio-en-el-peru/>.
- 8 Radio Programas del Perú. Adultos mayores entre la soledad y el . abandono. [Online].; 2014 [cited 2019 Octubre 2. Available from: <https://rpp.pe/lima/actualidad/adultos-mayores-entre-la-soledad-y-el-abandono-noticia-663339>.
- 9 Dirección Sub Regional de Salud Chanka . Análisis de Situación de . Salud 2017. [Online].; 2017 [cited 2019 Octubre 2. Available from: http://disachanka.gob.pe/portal/epi/ASIS_2017.pdf.
- 1 Microred Huancaray . Análisis de Sistema Integral de Salud 2017. 0 [Online].; 2017 [cited 2019 Octubre 2. Available from: <http://disachanka.gob.pe/portal/epi/ASIS%20SAN%20ANTONIO%20D E%20CACHI%202017.pdf>.
- 1 Microred Pacucha . Análisis de Situación de Salud Local del Distrito de 1 Kaquiabamba 2017. [Online].; 2017 [cited 2019 Octubre 2. Available . from: <http://disachanka.gob.pe/portal/epi/ASIS%20KAQUIABAMBA%202017.pdf>.
- 1 Microred Huancaray . Análisis de la Situación de Salud del Distrito de 2 Huancaray. [Online].; 2017 [cited 2019 Octubre 2. Available from: <http://disachanka.gob.pe/portal/epi/ASIS%20HUANCARAY%202017.pdf>.
- 1 Díaz Bzurto E, Monar Chichande I. Rol de enfermera en la prevención 3 de los trastornos psicológicos en adultos mayores Centro Gerontológico . del Buen Venir Babahoyo los Ríos octubre 2018 abril 2019. Tesis pregrado. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo, Facultad de Ciencias de la Salud ; 2019.

- 1 Chaparro Díaz L, Carreño Moreno S, Arias Rojas M. Soledad en el adulto
4 mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. Revista
. Cuidarte. 2019 Marzo; X(2).
- 1 García Cancela. Aspectos psicológicos de los cuidados de enfermería
5 en el paciente anciano. Tesis pregrado. Valladolid: Universidad de
. Valladolid, Facultad de Enfermería ; 2017.
- 1 Condeña Pastor A. Importancia del profesional de enfermería en los
6 cuidados integrales del adulto mayor en el Asilo de Ancianos Santa Ana
. y San Joaquín del Distrito de Grocio Prado de la Provincia de Chíncha,
en el año 2016. Tesis pregrado. Chíncha: Universidad Autónoma de Ica,
Facultad de Ciencias de la Salud ; 2017.
- 1 Lange J, Grossman S. Teorías sobre el envejecimiento. In Mauk KL.
7 Enfermería geriátrica. Madrid: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE
. ESPAÑA, S. A. U. ; 2008. p. 47 - 58 - 59.
- 1 Valencia Vallejo P. Aplicación de terapia individual adleriana a un
8 paciente con depresión mayor. Tesis pregrado. Quito: Universidad San
. Francisco de Quito, Colegio de Artes Liberales ; 2011.
- 1 Psychologist World. Carl Jung: Archetypes and Analytical Psychology.
9 [Online]. [cited 2020 Mayo 26. Available from:
. [https://www.psychologistworld.com/cognitive/carl-jung-analytical-
psychology](https://www.psychologistworld.com/cognitive/carl-jung-analytical-psychology).
- 2 Luna Echeverría AG. Importancia de las relaciones objetales primarias
0 en la construcción del mundo interno del paciente que enfrenta cáncer
. de seno de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer de Ambato en el
período octubre 2011 - abril 2012. Tesis pregrado. Ambato: Pontificia
Universidad Católica del Ecuador , Escuela de Psicología; 2012.
- 2 Lanza Castelli G. Psicoterapia basada en la mentalización.
1 ResearchGate. 2014 January.
- .

- 2 Castillero Mimenza. Las 7 teorías psicodinámicas principales. [Online].;
2 2020 [cited 2020 Mayo 23. Available from:
. <https://psicologiaymente.com/psicologia/teorias-psicodinamicas>.
- 2 Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly. Loneliness and social isolation
3 interventions for older adults: a scoping review of reviews. BMC Public
. Health. 2020.
- 2 Lou Ciolfi , Jimenez F. Social Isolation and Loneliness in Older People:
4 A Closer Look at Definitions. University of Southern Maine. 2017 June.
.
- 2 Graham J. Understanding Loneliness In Older Adults — And Tailoring A
5 Solution. [Online].; 2019 [cited 2020 Junio 21. Available from:
. <https://khn.org/news/understanding-loneliness-in-older-adults-and-tailoring-a-solution/>.
- 2 Filipa da Luz Lopes N. A solidão nos idosos em função da rede de
6 suporte social, no. Dissertação para obtenção do grau de Mestre no
. âmbito do Mestrado em Gerontologia Social pela Universidade do
Algarve. Faro: Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação e
Comunicação; 2015.
- 2 Healthcare. Loneliness in Seniors: Understanding It's Impact and Ways
7 to Help. [Online].; 2019 [cited 2020 Junio 21. Available from:
. <https://www.closingthegap.ca/guides/loneliness-in-seniors-understanding-its-impact-and-ways-to-help/>.
- 2 EcuRed. Tercera edad. [Online]. [cited 2020 Julio 2. Available from:
8 [https://www.ecured.cu/Tercera edad](https://www.ecured.cu/Tercera_edad).
- .
- 2 EcuRed. Soledad. [Online]. [cited 2020 Julio 2. Available from:
9 <https://www.ecured.cu/Soledad>.
- .

- 3 Salusplay. Clasificación completa de diagnósticos de Enfermería
0 NANDA 2018-2020. [Online].; 2019 [cited 2020 Julio 3. Available from:
. <https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-enfermeria-nanda-2018-2020/>.
- 3 Franco Zambrano A, González Márquez E, Cano Miranda I, Domínguez
1 Pérez I, Flores Mateos IdS, et al.. Planes de cuidados enfermeros en
. SM: Servicio Extremeño de Salud; 2008.
- 3 Tarrío Ortega A. Patrón VIII: Rol-Relaciones. In Fraile Bravo M, Blanco
2 García SB, Fraile Bravo M, García Morán M, García Soletto M, et al..
. Planes de cuidados en salud comunitaria: una guía 2.0 en extremadura.
Mérida: Servicio Extremeño de Salud ; 2011. p. 164.
- 3 Blanco García S. Patrón V: Reposo-Sueño. In Fraile Bravo M, Blanco
3 García SB, Fraile Bravo M, García Morán M, García Soletto AM, et al..
. Planes de cuidados en salud comunitaria: una guía 2.0 en extremadura.
Mérida: Servicio Extremeño de Salud; 2011. p. 120.
- 3 Sánchez Martín C. Patrón VII: Autoestima-Autopercepción. In Fraile
4 Bravo , Blanco García SB, Fraile Bravo M, García Morán M, García
. Soletto AM, et al.. Planes de cuidados en salud comunitaria: una guía 2.0
en extremadura. Mérida: Servicio Extremeño de Salud ; 2011. p. 154.
- 3 Mundo Enfermero. NANDA Diagnóstico. [Online].; 2020 [cited 2020 Julio
5 3. Available from:
. https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/nandadiag.php?coddia_g=150.
- 3 Andrade Cepeda G, Chávez Alonso MdR. Manual del proceso de
6 cuidado en enfermería México : Universitaria Potosina ; 2004.

ANEXOS

Anexo 2

 Ministerio de Salud <small>Personas que trascienden fronteras</small>	2											
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR												
FECHA <small> día mes año</small>	HORA											
N° HC												
DATOS GENERALES												
Apellidos	Nombres	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>										
Lugar de Nacimiento	Procedencia	Edad: <input type="text"/>										
G° de Instrucción	Estado Civil	F. Nac: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
Domicilio	Teléfono	Grupo sanguíneo <input type="text"/> Rh <input type="text"/>										
Familiar o cuidador responsable <input type="text"/>												
ANTECEDENTES												
ANTECEDENTES PERSONALES		ANTECEDENTES FAMILIARES										
	SI NO	SI NO										
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Dislipidemias (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hospitalizado el último año	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Osteoartritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Transfusiones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
ACV (Derrame)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Intervención Quirúrgica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Enfermedad Cardiovascular (infarto, Arritmia, ICC)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Accidentes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Cáncer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
Cáncer de cervix/mama	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
Descripción de antecedentes y otros: _____												

Medicamento de uso frecuente												
No.	Nombre	Dosis	Observaciones									
REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS			NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Cuá? <input type="text"/>									
VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR - VACAM												
I. VALORACIÓN FUNCIONAL												
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)												
KATZ	Dependiente	Independiente										
1. Lavarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO FUNCIONAL</td> <td style="text-align: center;">INDEPENDIENTE</td> <td style="text-align: right;">(1)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">DEPENDIENTE PARCIAL</td> <td style="text-align: right;">(2)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">DEPENDIENTE TOTAL</td> <td style="text-align: right;">(3)</td> </tr> </table> <p>(1) Ningún ítem positivo de dependencia (2) De 1 a 5 ítems positivos de dependencia (3) 6 ítems positivos de dependencia</p>	DIAGNÓSTICO FUNCIONAL	INDEPENDIENTE	(1)		DEPENDIENTE PARCIAL	(2)		DEPENDIENTE TOTAL	(3)
DIAGNÓSTICO FUNCIONAL	INDEPENDIENTE	(1)										
	DEPENDIENTE PARCIAL	(2)										
	DEPENDIENTE TOTAL	(3)										
2. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
3. Uso del Serv. Higiénico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
4. Movilizarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
5. Continencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
6. Alimentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
APELLIDOS Y NOMBRE:			N° HC									

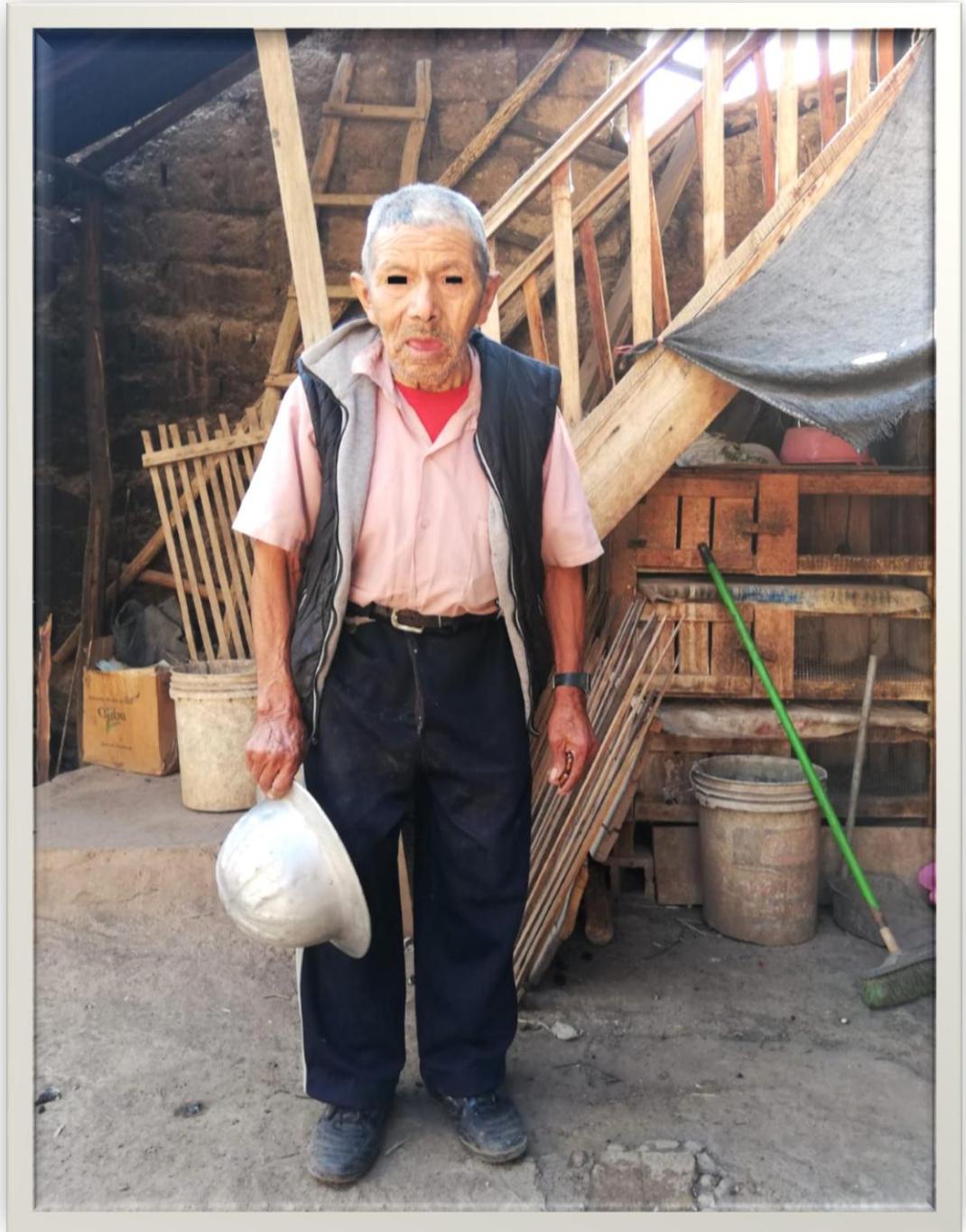
Anexo 3

		3				
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR						
II. VALORACIÓN MENTAL						
2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer) Colocar 1 punto por cada error						
¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes, año)	<input type="text"/>	VALORACIÓN COGNITIVA NORMAL <input type="checkbox"/> DC LEVE <input type="checkbox"/> DC MODERADO <input type="checkbox"/> DC SEVERO <input type="checkbox"/> Nota: Colocar un punto por cada error: A las personas con primaria incompleta y analfabeto restar un punto a la suma total DC= Deterioro cognitivo, E= Errores - No Deterioro Cognitivo : ≤2 E - Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E - Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E - Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E				
¿Qué día de la semana?	<input type="text"/>					
¿En qué lugar estamos? (Vale cualquier descripción correcta del lugar)	<input type="text"/>					
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene	<input type="text"/>					
¿Cuál es su dirección completa?	<input type="text"/>					
¿Cuántos años tiene?	<input type="text"/>					
¿Dónde nació?	<input type="text"/>					
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	<input type="text"/>					
Dígame el primer apellido de su madre	<input type="text"/>					
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	<input type="text"/>					
2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)						
¿Está satisfecho con su vida?	<input type="checkbox"/> NO	Colocar una marca X, si corresponde <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0-1 marca)</td> <td style="width: 50%;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 O más marcas)</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0-1 marca)	<input type="text"/>	CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 O más marcas)	<input type="text"/>
SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0-1 marca)	<input type="text"/>					
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 O más marcas)	<input type="text"/>					
¿Se siente impotente o indefenso?	<input type="checkbox"/> SI					
¿Tiene problemas de memoria?	<input type="checkbox"/> SI					
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	<input type="checkbox"/> SI					
III. VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR						
Pts 1. SITUACIÓN FAMILIAR		Pts 2. SITUACIÓN ECONÓMICA				
1	Vive con familia, sin conflicto familiar	1	Dos veces el salario mínimo vital			
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica	2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales			
3	Vive con cónyuge de similar edad	3	Un salario mínimo vital			
4	Vive sólo y tiene hijos con vivienda próxima	4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)			
5	Vive sólo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	5	Sin pensión, sin otros ingresos			
Pts 3. VIVIENDA		Pts 4. RELACIONES SOCIALES				
1	Adecuada a las necesidades	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad			
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)	2	Relación social sólo con familia y vecinos			
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)	3	Relación social sólo con la familia			
4	Vivienda semi construida o de material rústico	4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia			
5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda	5	No sale del domicilio y no recibe visitas			
Pts 5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIL VIVIENDA)		VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR				
1	No necesita apoyo	<input type="checkbox"/>	Buena/aceptable situación social			
2	Requiere apoyo familiar o vecinal	<input type="checkbox"/>	Existe riesgo social			
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social	<input type="checkbox"/>	Existe problema social			
4	No cuenta con Seguro Social	5 a 9 pts : Buena/aceptable situación social,				
5	Situación de abandono familiar	10 a 14 pts : Existe riesgo social,				
		≥15 pts : Existe problema social				
APELLIDOS Y NOMBRE:		Nº HC				

Anexo 4

							4
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR							
CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - ADULTO MAYOR							
CADA CONSULTA	FECHA:						Comentario
Fiebre en los últimos 15 días Tos por más de 15 días							
PERIÓDICAMENTE (Anual)	FECHA:						Comentario
Vacunas: Antitetánica (3 dosis) Antihepatitis B (3 dosis) Antinfluenza (anual) Antineumocócica (Cada 5 años)							
Hábitos y Estilos de Vida (Colocar Sí o No) Consumo de alcohol Consumo de tabaco Actividad Física							
Salud bucal: (Colocar Sí o No) Control de Salud Bucal en el último año							
Otros exámenes:							
<input type="checkbox"/> Mamas <input type="checkbox"/> Pélvico y PAP (c/año, c/3 años) <input type="checkbox"/> Mamografía (c/2 años) <input type="checkbox"/> Evaluación de Próstata (tacto rectal) y/o PSA <input type="checkbox"/> Densitometría							
Laboratorio Básico Hemograma completo Glucosa Urea Creatinina Colesterol Triglicéridos Examen de orina							
Síndromes y Problemas Geriátricos (Colocar SI o NO)							Comentario
Vértigo/mareo Delirio Síncopa Dolor crónico Deprivación Auditiva Deprivación Visual Insomnio Incontinencia urinaria Prostatismo (síntomas prostáticos) Estreñimiento Úlceras de presión Inmovilización Caídas: Caídas en el último año Caídas (Número de caídas: _____) Fracturas							
APELLIDOS Y NOMBRE:							N° HC

Anexo 6



Anexo 7



