



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UN ADULTO MAYOR INDEPENDIENTE QUE CURSA EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO CON ESTADO DEPRESIVO Y ANSIEDAD

290617

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE: LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA: ROSALIA ARROYO ARISTA

No. cta. 6935100-2

DIRECTORA DEL TRABAJO LICENCIADA ELVIA LETICIA RAMIREZ TORIZ

MÉXICO NOVIEMBRE 2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# INDICE

INTRODUCCION.....	
JUSTIFICACION Y OBJETIVOS .....	
METODOLOGIA .....	1
1. MARCO TEORICO .....	3
1.1 Antecedentes Históricos de la Atención de Enfermería .....	3
1.1.2 Enfermería como Disciplina .....	4
1.2 Generalidades del Proceso Atención de Enfermería .....	6
1.2.1 Antecedentes .....	7
1.2.2 Definición .....	8
1.2.3 Objetivo .....	8
1.2.4 Etapas del Proceso Atención de Enfermería .....	9
1.2.4.1 Valoración .....	9
1.2.4.2 Diagnóstico .....	9
1.2.4.3 Planificación .....	10
1.2.4.4 Ejecución .....	10
1.2.4.5 Evaluación .....	11
1.3 El Modelo de Virginia Henderson .....	12
1.3.1 Antecedentes .....	12
1.3.2 Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson .....	13
1.3.3 La persona y las 14 Necesidades Básicas .....	14
1.3.4 La Salud, Independencia, Dependencia y Causas de la Dificultad .....	15
1.3.5 Rol Profesional. Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud ....	16
1.3.6 Entorno .....	17
1.3.7 Aplicación del Modelo de Virginia Henderson .....	17
1.4 Proceso Normal del Envejecimiento .....	18
1.4.1 Epidemiología del Envejecimiento .....	20
1.4.2 Biología del Envejecimiento .....	25
- Factores Biológicos .....	26
1.4.3 Cambios Físicos y sus Consecuencias en la Vejez .....	26
- Sistema Nervioso Central .....	27
- Sistema Nervioso Autónomo .....	28
- Sentido de la Visión .....	28
- Audición y Equilibrio .....	29
- Sistema Locomotor .....	30
- Sistema Gastrointestinal .....	30
- Sistema Respiratorio .....	31
- Sistema Cardiovascular .....	31
- Sistema Genito – Urinario .....	32
- Piel .....	32
- Sistema Inmunológico y Endócrino.....	33

1.4.4 Cambios Psicológicos .....	33
- Cambios en la Constitución Psíquica .....	33
- Alteraciones Conductuales .....	35
- Vida Sexual .....	35
- Las Crisis Centrales .....	38
1.4.5 Aspectos Sociológicos .....	39
- Respuesta Social ante el Anciano Prejuicios y Estereotipos .....	39
- Conflicto Generacional .....	40
- La Jubilación .....	41
- El Anciano Creativo .....	42
1.5 Teorías del Envejecimiento .....	43
1.5.1 Teorías Biológicas .....	43
1.5.1.1 Teoría del Envejecimiento Celular .....	43
1.5.2 Teorías Psicológicas y Sociales .....	44
1.5.2.1 Teoría de la Actividad .....	44
1,5,2,2 Teoría de la Desvinculación .....	44
1.5.2.3 Teoría de la Continuidad .....	44
1.5.2.4 Teoría de las Necesidades Humanas .....	45
1.6 Tareas del Desarrollo del Envejecimiento .....	45
1.7 Depresión .....	46
1.8 Caídas .....	48
1.9 Promoción de la Salud del Adulto Mayor .....	51
1.9.1 Aprendizaje en Adultos Mayores .....	54
<b>2.- APLICACIÓN DEL PAE A UN ADULTO MAYOR .....</b>	<b>57</b>
2.1 Presentación del Caso .....	57
2.2 Valoración de Enfermería .....	57
2.3 Jerarquización de Necesidades .....	62
2.4 Plan de Atención de Enfermería .....	63
<b>3. CONCLUSIONES.....</b>	<b>77</b>
<b>4. SUGERENCIAS .....</b>	<b>78</b>
<b>5. GLOSARIO .....</b>	<b>79</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>81</b>
<b>7. ANEXOS .....</b>	<b>83</b>

## AGRADECIMIENTOS

A la maestra Elvia Leticia Ramírez Toriz asesora de mi trabajo por los conocimientos impartidos que hicieron posible culminar con éxito el proceso

A la Lic. Elisa Quintero Ramírez y Ana María Ledesma Navarro por las facilidades prestadas para la realización de mi trabajo.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, por los conocimientos transmitidos – en la Licenciatura del Sistema SUA, que contribuyeron al logro de esta meta profesional.

## DEDICATORIAS

**A la memoria de mi admirable e inolvidable madre y a mi querido y respetable padre quien ha sido mi inspiración para la realización de este trabajo y que con su ejemplo me enseñaron la importancia del desarrollo personal y profesional.**

**A mis adorados hijos Lupita, Paquito y esposo Francisco quienes con su cariño, comprensión y apoyo incondicional han permitido que pueda alcanzar mis metas profesionales y contribuido para mi realización personal como madre, como profesional y como mujer.**

## INTRODUCCION

La práctica de Enfermería se ve continuamente enfrentada a la identificación de problemas, cuyo objetivo no es solo combatir la enfermedad, sino satisfacer un amplio repertorio de necesidades humanas, cuya valoración y diagnóstico forman parte sustancial de la actividad de Enfermería, debiendo estar fundamentada con una base sólida de conocimientos en varias disciplinas, con la finalidad de integrar una información pertinente que permita hacer juicios correctos de la salud o enfermedad de los seres humanos en cuanto a la resolución de problemas. El Método mediante el cual se consigue el logro de los objetivos de salud es el Proceso Atención de Enfermería, ya que al utilizar una metodología en la atención del paciente, la enfermera trabaja por y para el individuo, estableciendo, una relación terapéutica para ambos y otorgando una atención individualizada.

Siendo el Proceso Atención de Enfermería, un método en el cual se implica la toma de decisiones, la participación del cliente, la continuidad en la calidad de atención y que favorece que la Enfermera tenga una educación constante y sistemática, aplique modelos y teorías de Enfermería e incremente la investigación condiciones que a la vez, le facilitan desarrollar un pensamiento crítico para brindar una atención efectiva y fundamentada científicamente que le permitirá cubrir las necesidades del individuo, familia y comunidad.

Por lo antes expresado, considero conveniente elaborar un Proceso Atención de Enfermería como una opción de Titulación, en el cumplimiento de la obligación académica de obtener un Título a través de la aplicación de esta atención metodológica a un adulto mayor basada en el Modelo Teórico de Virginia Henderson quien concibe a la persona, como un ser humano, único y complejo con componentes: biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene catorce necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener una integridad física, psicológica y promover su desarrollo y crecimiento.

El interés de que este proceso sea aplicado a una persona de la tercera edad es debido a que a futuro la pirámide de población se invertirá ya que existe el antecedente de que en México, el conteo de población y vivienda de 1995, da como cifra la de 91 millones de mexicanos de los cuales 5.5 millones son mayores de 60 años. Se espera que para el año 2030 tengamos entre 15 y 18 millones de ancianos, un aumento importante en número; Pero en la actualidad la cantidad de jóvenes impide que los porcentajes se eleven en forma importante, las tasas de natalidad han ido disminuyendo progresivamente debido a las campañas de planificación familiar, la disminución de la mortalidad materno- infantil, el control de enfermedades transmisibles potencialmente mortales en edades extremas, mediante la prevención primaria, secundaria y la promoción de la salud, logrando obtener una esperanza de vida media para la población. En México se ha incrementado la vida promedio de su población hasta 72 años.

Los países que están a mitad del ciclo demográfico como México son los que tienen

una mayor velocidad de envejecimiento, ya que no han controlado la tasa de natalidad y sin embargo han mejorado notablemente las de morbi-mortalidad por lo que se ensanchan las bases de las pirámides poblacionales.

El incremento en la esperanza de vida media al nacimiento se suma al control de enfermedades crónico-degenerativas, con una mayoría importante en cuanto a su mortalidad, sin embargo esto representa un mayor grado de personas vivas con secuelas en mayor o menor grado de complicaciones que provocan dependencia en los ancianos. Es así como encontramos: Hemiplejías, demencias vasculares, amputados, ciegos e insuficientes renales como consecuencia de la hipertensión arterial, aterosclerosis y diabetes; Así mismo se suman enfermedades como el Alzheimer y la osteoartropatía degenerativa, que si bien no son frecuentemente causantes directas de la muerte del paciente, si lo son en cuanto a su autonomía perdida. Lo anterior significa que cada día tendremos más viejos que viven más tiempo, pero que por desgracia presentan más problema de dependencia.

Una gran proporción de mujeres, son viudas o solteras, cerca del 60% a los 80 años de edad, en comparación con el 25% de los hombres a la misma edad, lo que repercute en los cuidados familiares y servicios que deben crearse para su atención, siendo la soledad uno de los factores de riesgo más importantes junto con la propia edad avanzada para padecer enfermedades invalidantes.

Solo un pequeño porcentaje de ancianos mantiene una labor productiva y remunerada, presentándose mayor índice en el área rural que en la urbana. El retirarse de la fuente laboral, indica un gran problema, ya que el ocio y la inactividad acaban por dañar al organismo y favorecen un envejecimiento acelerado no solamente desde el punto de vista social sino también físico y psicológico. El desuso provoca fallas en la fisiología del organismo, se ha comprobado que con el paso de los años, el deterioro funcional y mental está en relación con la inactividad que presentan los adultos mayores, convirtiéndose en un factor extrínseco de mala calidad de vida en personas de más de 72 años .

Para incrementar la longevidad, es necesario contar con una actividad constante, que ocupe cuerpo y mente del adulto mayor, incrementando de esta forma su autoestima, factor determinante para evitar el deterioro de sus facultades como ente individual<sup>1</sup>

El proceso de envejecimiento, no debe ser tomado como sinónimo de enfermedad, sin embargo el cuidado de las personas de edad avanzada requiere de una valoración cuidadosa que incluya los datos obtenidos en la historia clínica habitual y que involucre además los problemas: Físicos, biológicos, el estado mental anímico, la funcionalidad, el ámbito familiar y social y aspectos económicos para el seguimiento adecuado del anciano.

Así mismo, el cuidado integral de los adultos mayores presenta retos muy especiales siendo uno de ellos la comunicación, factor que determina una adecuada interacción entre el anciano, la familia y su entorno.

---

<sup>1</sup> D<sup>o</sup> HYVER Carlos Manual clínico de Geriatria p.p. 1.2.3

Esta situación me ha motivado a realizar un Proceso Atención de Enfermería de un adulto mayor independiente que radica en una ciudad de provincia, ya que se observa que cursa con periodos de ansiedad y depresión por viudez, soledad y falta de aceptación y adaptación al Proceso de envejecimiento reflejándola en una psicomatización de problemas orgánicos lo que origina poca credibilidad y tolerancia familiar. Por lo que, considero conveniente elaborar un Plan de cuidados que permita a la familia, un adecuado entendimiento del proceso de envejecimiento para brindar apoyo y atención eficaz mejorando la calidad de vida de este adulto mayor, y que les permita identificar las necesidades reales y potenciales que presenta este anciano por la falta de aceptación al proceso de envejecimiento y el temor a la soledad y a la muerte.

## **JUSTIFICACION**

El presente proyecto tiene como finalidad, conocer el proceso de envejecimiento para que a través del fomento de conocimientos, habilidades y motivación, el adulto mayor pueda afrontar y aceptar con dignidad y respeto a su persona, los cambios físicos y psicosociales que se presentan en la edad avanzada, favoreciéndole una calidad de vida satisfactoria y al mismo tiempo permitiendo que estos conocimientos contribuyan a la aceptación y tolerancia del anciano en la familia y comunidad, así como en la atención que les brindan los profesionales de la salud.

### **OBJETIVO GENERAL:**

Aplicar los elementos teóricos adquiridos del Proceso Atención de Enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson a la práctica en el cuidado integral del adulto mayor, con la finalidad de elaborar un Plan de cuidados que permita a la familia y al profesional de Enfermería, normar la conducta a seguir en la atención de los adultos mayores.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Participar en la aceptación de los cambios físicos, psicológicos y sociales que se presentan durante el proceso de envejecimiento.

Conocer las necesidades reales del adulto mayor identificando sus potencialidades para estimular su independencia y adaptación al entorno

Identificar en el anciano, los periodos de ansiedad y depresión por pérdidas o temor a la enfermedad y la muerte.

## JUSTIFICACION

El presente proyecto tiene como finalidad, conocer el proceso de envejecimiento para que a través del fomento de conocimientos, habilidades y motivación, el adulto mayor pueda afrontar y aceptar con dignidad y respeto a su persona, los cambios físicos y psicosociales que se presentan en la edad avanzada, favoreciéndole una calidad de vida satisfactoria y al mismo tiempo permitiendo que estos conocimientos contribuyan a la aceptación y tolerancia del anciano en la familia y comunidad, así como en la atención que les brindan los profesionales de la salud.

### OBJETIVO GENERAL:

Aplicar los elementos teóricos adquiridos del Proceso Atención de Enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson a la práctica en el cuidado integral del adulto mayor, con la finalidad de elaborar un Plan de cuidados que permita a la familia y al profesional de Enfermería, normar la conducta a seguir en la atención de los adultos mayores.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Participar en la aceptación de los cambios físicos, psicológicos y sociales que se presentan durante el proceso de envejecimiento.

Conocer las necesidades reales del adulto mayor identificando sus potencialidades para estimular su independencia y adaptación al entorno

Identificar en el anciano, los periodos de ansiedad y depresión por pérdidas o temor a la enfermedad y la muerte.

## JUSTIFICACION

El presente proyecto tiene como finalidad, conocer el proceso de envejecimiento para que a través del fomento de conocimientos, habilidades y motivación, el adulto mayor pueda afrontar y aceptar con dignidad y respeto a su persona, los cambios físicos y psicosociales que se presentan en la edad avanzada, favoreciéndole una calidad de vida satisfactoria y al mismo tiempo permitiendo que estos conocimientos contribuyan a la aceptación y tolerancia del anciano en la familia y comunidad, así como en la atención que les brindan los profesionales de la salud.

## OBJETIVO GENERAL:

Aplicar los elementos teóricos adquiridos del Proceso Atención de Enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson a la práctica en el cuidado integral del adulto mayor, con la finalidad de elaborar un Plan de cuidados que permita a la familia y al profesional de Enfermería, normar la conducta a seguir en la atención de los adultos mayores.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Participar en la aceptación de los cambios físicos, psicológicos y sociales que se presentan durante el proceso de envejecimiento.

Conocer las necesidades reales del adulto mayor identificando sus potencialidades para estimular su independencia y adaptación al entorno

Identificar en el anciano, los periodos de ansiedad y depresión por pérdidas o temor a la enfermedad y la muerte.

## METODOLOGIA

Se llevó a cabo mediante la asistencia al Seminario de Proceso Atención de Enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson, tomando como base la investigación; utilizando como material de apoyo una serie de lecturas complementarias para obtener información sobre antecedentes históricos que nos permitieron identificar la conceptualización de Enfermería y el origen del cuidado como precursor de la Atención de Enfermería.

Se revisaron los aspectos teórico – metodológicos del Proceso Atención de Enfermería, los lineamientos básicos para su desarrollo a través del análisis de las lecturas definiéndolo como un método sistemático y racional de planificar y ofrecer los cuidados de Enfermería, identificando el estado de salud del cliente y sus problemas reales o potenciales.

Se analizaron las etapas del Proceso donde se establecen las funciones y actividades de la Enfermera Profesional en la atención del individuo sano o enfermo.

En la etapa de valoración se efectuó la recogida de datos mediante una entrevista directa con el adulto mayor.

Se realizó exploración física sistemática a través de la inspección, auscultación y palpación y por medio de la observación para identificar datos objetivos del cliente.

Para vaciar la información se utilizó un formato de valoración de Enfermería en el anciano, adaptado a las necesidades del adulto mayor valorado, también se aplicó, Escala de Depresión Geriátrica, de Dependencia, de Nutrición, Evaluación Mental, Estado de Memoria y Mapa Familiar sugerido por la Directora del Trabajo.

En la revisión de las siguientes etapas se efectuó lectura de Bibliografía sugerida por el asesor asistiendo a la Biblioteca al finalizar cada sesión para la elaboración de fichas bibliográficas.

En el diagnóstico de Enfermería se determinaron los problemas de salud reales y potenciales que fueron la base para la elaboración del Plan de Cuidados, dando prioridad a los problemas que necesitan atención inmediata y que ponen en riesgo la vida del paciente, elaborándose los diagnósticos de enfermería, basados en las categorías de la NANDA así como las estrategias a seguir y la fundamentación de las mismas

Una vez planeado y estructurado el Plan de Atención se procede a su ejecución en donde se ponen en práctica todas las intervenciones que se han planeado, con recursos materiales y físicos de acuerdo al entorno y etilo de vida del adulto mayor.

La evaluación del Plan se realizó con base al logro de la satisfacción de las necesidades tomando en cuenta la aceptación y adaptación al proceso de envejecimiento y sus implicaciones por parte del adulto mayor y de su familia.

Se procedió a recopilar, información necesaria por medio de consulta bibliográfica, hemerográfica, búsqueda de información navegando en Internet que sirvió como pauta para elaborar este proyecto del Proceso Atención de Enfermería.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un adulto mayor del sexo masculino de 86 años de edad, independiente, que radica en una ciudad de provincia; pensionado por viudez, con dificultad para adaptarse al proceso de envejecimiento, cursa con periodos de insomnio, ansiedad y depresión.

## CONDICION PSICOSOCIAL

Es autónomo e independiente, alerta, ubicado en tiempo y espacio; Presenta periodos de depresión por vivir solo y por viudez, tiene periodos de ansiedad relacionados con temor a la enfermedad y a la muerte, se le dificulta adaptarse a medios diferentes a su entorno, psicomatiza sus problemas, presenta hipersensibilidad a los medicamentos, tiene baja tolerancia al dolor y a la enfermedad, no acepta el deterioro de su organismo.

Efectúa vida social con amigos de la tercera edad, es afectuoso con su familia, hijos, yernos y nietos. Pero en etapas de ansiedad es obsesivo y demandante.

La evaluación del Plan se realizó con base al logro de la satisfacción de las necesidades tomando en cuenta la aceptación y adaptación al proceso de envejecimiento y sus implicaciones por parte del adulto mayor y de su familia.

Se procedió a recopilar, información necesaria por medio de consulta bibliográfica, hemerográfica, búsqueda de información navegando en Internet que sirvió como pauta para elaborar este proyecto del Proceso Atención de Enfermería.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un adulto mayor del sexo masculino de 86 años de edad, independiente, que radica en una ciudad de provincia; pensionado por viudez, con dificultad para adaptarse al proceso de envejecimiento, cursa con periodos de insomnio, ansiedad y depresión.

## CONDICION PSICOSOCIAL

Es autónomo e independiente, alerta, ubicado en tiempo y espacio; Presenta periodos de depresión por vivir solo y por viudez, tiene periodos de ansiedad relacionados con temor a la enfermedad y a la muerte, se le dificulta adaptarse a medios diferentes a su entorno, psicomatiza sus problemas, presenta hipersensibilidad a los medicamentos, tiene baja tolerancia al dolor y a la enfermedad, no acepta el deterioro de su organismo.

Efectúa vida social con amigos de la tercera edad, es afectuoso con su familia, hijos, yernos y nietos. Pero en etapas de ansiedad es obsesivo y demandante.

La evaluación del Plan se realizó con base al logro de la satisfacción de las necesidades tomando en cuenta la aceptación y adaptación al proceso de envejecimiento y sus implicaciones por parte del adulto mayor y de su familia.

Se procedió a recopilar, información necesaria por medio de consulta bibliográfica, hemerográfica, búsqueda de información navegando en Internet que sirvió como pauta para elaborar este proyecto del Proceso Atención de Enfermería.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un adulto mayor del sexo masculino de 86 años de edad, independiente, que radica en una ciudad de provincia; pensionado por viudez, con dificultad para adaptarse al proceso de envejecimiento, cursa con periodos de insomnio, ansiedad y depresión.

## CONDICION PSICOSOCIAL

Es autónomo e independiente, alerta, ubicado en tiempo y espacio; Presenta periodos de depresión por vivir solo y por viudez, tiene periodos de ansiedad relacionados con temor a la enfermedad y a la muerte, se le dificulta adaptarse a medios diferentes a su entorno, psicomatiza sus problemas, presenta hipersensibilidad a los medicamentos, tiene baja tolerancia al dolor y a la enfermedad, no acepta el deterioro de su organismo.

Efectúa vida social con amigos de la tercera edad, es afectuoso con su familia, hijos, yernos y nietos. Pero en etapas de ansiedad es obsesivo y demandante.

## 1.-MARCO TEORICO

### 1.1 Antecedentes Históricos de la Atención de Enfermería

El origen del principio de "Cuidados Humanos", se remonta a los tiempos en los que tanto la explicación de lo desconocido por la creencia en seres sobrenaturales, como la observación de ciertos sucesos recurrentes de la naturaleza, así como de las plantas y animales para aplicar los primeros cuidados en relación con lo que hoy se puede denominar Enfermería, Medicina y Cirugía primitivas, "son los modos de conocer" comunes a todas las ciencias.

La mujer como sujeto de fecundación y por tanto transmisora de vida, sabedora y hacedora de los "cuidados de supervivencia", mantenía estos conocimientos integrados en el mundo de la magia y la religión elementos a considerar en el origen de la ciencia, por más que desconozcamos aún las relaciones históricas y antropológicas concretas que existieron entre ellas y con la ciencia misma.

En este sentido, el nacimiento de la actividad de los cuidados humanos nos remite en el contexto científico, a una idea mágico-religiosa, lejos de una intención propedéutica de sistematizar y organizar los fenómenos que los configuraban. De esta manera la influencia de las concepciones mágico religiosas primero, y los enfoques lógico racionales arsitotélicas quien consideraba que los cuidados enfermeros estaban sujetos a coordenadas de servilismo, dentro del campo de lo doméstico, y considerados como un "saber práctico" exclusivamente; impidieron que el cúmulo de conocimientos técnico prácticos heredados de las sociedades primitivas y de las viejas civilizaciones, entre las que se encontraban las actividades de los cuidados humanos, enfocadas a cubrir las necesidades básicas del hombre, pudieron desarrollarse plenamente y traducirse en interpretaciones racionales de lo natural<sup>1</sup>

La idea de ciencia en Enfermería fue impensable ya que no se debe olvidar que la incidencia de las barreras mito-religiosas y con posterioridad las aristotélicas se interpusieron entre los "saberes prácticos" y el saber.

Del mismo modo, el amor y el socorro a los pobres fue esencial y específicamente una virtud cristiana; la asistencia a los pobres y enfermos no sólo era una virtud social, sino también una virtud individual que obligaba en conciencia a cada cristiano en particular.

El cristianismo institucionaliza, por su naturaleza, los cuidados de Enfermería a través de la caridad, la humildad y el concepto de salvación del alma mediante las "buenas obras".

<sup>1</sup> J. Hernández Conesa. Fundamentos de la Enfermería p. 1,2.

Como consecuencia la idea de ciencia en Enfermería se ve comprometida nuevamente por directrices que la enmarcan en una concepción humilde y modesta en cuanto a la transmisión y elaboración de los conocimientos relativos al “saber” y al “quehacer” enfermero, relegándolos a un sistema de transmisión oral no estructurado, ya que tan solo se consideraba una actividad enmarcada y definida como “obras buenas”, siendo la Biblia el centro “intelectual” de la “actividad cuidadora enfermera”, así como los libros y comentarios al respecto “cuidadosamente editados” acorde con la más estricta observancia de la ortodoxia vigente.

El bagaje con que cuenta la idea de ciencia en Enfermería acumulado durante milenios tendrían como referencia fundamental en este contexto: la sumisión a las normas o reglas, las buenas obras frente al conocimiento, y el orden y la medida como concepto bíblico teológico alcanzado en forma genuina y definitiva en la Edad Media.

En los siglos posteriores se presentaron alteraciones significativas, la concepción protestante de los cuidados enfermeros, una continuación conceptual de la idea de ciencia en Enfermería que no variaría hasta el siglo XIX.

Fue necesario un nuevo concepto de la actividad económica y del trabajo humano, como teorías libres y dignificadas, para que se produjera un desbloqueo efectivo entre los ámbitos de los saberes prácticos inmediatos y el de los saberes teóricos generales. Es entonces, cuando se inicia la profesionalización de la Enfermería como resultado de un saber latente, producto histórico antropológico y social resultado a su vez de un contexto político.

Posteriormente se procuraría el inicio de una idea de ciencia en la Enfermería con la intención de construir en principio su propia definición.<sup>2</sup>

### 1.1.2 Enfermería como Disciplina

Conforme crecieron las competencias técnicas en la Enfermería, se hizo necesaria una formación mayor, por lo que este incremento de conocimiento puso de relieve la necesidad de delimitar tanto la naturaleza del objeto de estudio de esta disciplina, como su ámbito de actuación profesional. Así a mediados del presente siglo, muchos de los esfuerzos de los profesionales de la Enfermería estuvieron dirigidos a resolver esta situación.

Se inicia un periodo que se caracteriza por la creación de modelos teóricos que tratan de esclarecer que hacen sus profesionales, por que lo hacen, como lo hacen, y cual es el camino a seguir para el incremento del cuerpo de conocimientos propio. Es el momento en el que se impone la creación de una definición universal de los cuidados de Enfermería, es decir, se percibe la necesidad de “explicar con precisión el significado o naturaleza” de la Enfermería a través de una proposición que exponga

<sup>2</sup> Idem. p.p. 3, 4, 5.

con claridad y exactitud los caracteres genéricos y diferenciales de Enfermería en el ámbito general de la ciencia.

Como consecuencia de la necesidad de definir la Disciplina Enfermera, se determinaron por consenso los fenómenos que debían ser investigados. Estos fenómenos que son la persona, el entorno, la salud y el cuidado, forman lo que se ha denominado "Metaparadigma" y tratan de proporcionar una perspectiva universal de la disciplina.

De acuerdo a (Fawcett) la función del metaparadigma es la identificación del campo de estudio dominante, lo que requiere que los conceptos y las relaciones entre ellos representen una perspectiva única y diferenciada, por lo que debe abarcar todos los fenómenos de interés de una disciplina y hacerlo desde una perspectiva neutral, es decir, sin aportar o llevar implícito un modelo conceptual, a lo que se le debe añadir la característica de ser universal. Con el concepto de persona, que incluye al individuo, la familia y la comunidad, se identifica al receptor y a los receptores de los cuidados; con el entorno se identifican las circunstancias, tanto físicas como sociales o de otra naturaleza, que afectan a la persona; el concepto de salud, se refiere al estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal; y el concepto de cuidado es la propia definición de Enfermería, es decir:

"Las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de o de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras". Las acciones enfermeras normalmente son vistas como un Proceso Sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.

No obstante, para una determinación precisa del objeto de estudio de una disciplina no basta con contar, tan solo, con la descripción de los fenómenos que estudia, sino que es necesario establecer relaciones entre estos fenómenos, de manera que son estas relaciones, establecidas en forma de proposiciones las que de modo definitivo determinan tanto el objeto de estudio como el campo de acción.

Estas relaciones proposicionales son cuatro y describen la forma en la que debe ser abordado el estudio de estos conceptos. La primera de estas relaciones se establece entre los conceptos de persona y salud, y sostiene que la Enfermería se ocupa de los principios y leyes que rigen los procesos vitales, el bienestar y las funciones óptimas de los seres humanos, enfermos o sanos. La segunda relación entre estos conceptos es la que se establece entre persona y entorno que afirma que la Enfermería se ocupa de las pautas de comportamiento humano en interacción con el entorno, tanto en situaciones de la vida cotidiana como en situaciones críticas de salud. La relación entre los conceptos salud y cuidados indica las acciones o el proceso que se sigue para efectuar cambios positivos en el estado de salud. De estas tres relaciones se deriva la cuarta, que une los conceptos de persona, entorno, salud, y que "afirma que a la Enfermería le concierne la totalidad de la salud de los seres humanos, reconociendo que están en continua interacción con su entorno".

"Los cuatro conceptos y las cuatro proposiciones identifican el único objeto de estudio focal de la disciplina de Enfermería, y abarca todos los fenómenos relevantes de forma

sucinta parsimoniaus. Además, los conceptos y las proposiciones tienen una perspectiva neutral porque no reflejan un paradigma o un modelo conceptual.

Por otra parte, los conceptos y las proposiciones metaparadigmáticas no reflejan creencias y valores de ningún país o cultura y, por tanto, tienen "una esencia y un campo de aplicación universal".

De este modo, el cuidado es un elemento que debe ser definido en función de los otros conceptos del metaparadigma, y por tanto derivarse de ellos. Este hecho refleja el actual estado de construcción de la disciplina, ya que las disciplinas consolidadas científicamente definen su objeto de estudio, y que la definición que proporciona el concepto de cuidado, indicando la actividad que realiza la enfermera y que ella misma une al Proceso de Enfermería, está implícita la noción de metodología, ya que se ha afirmado que el método de intervención tan solo puede derivarse de las premisas teóricas de las que se parta.<sup>3</sup>

## 1.2 Generalidades del Proceso Atención de Enfermería

En un principio el ejercicio de la Enfermería abarcaba numerosos papeles. El profesional de Enfermería se centraba en las medidas de consuelo y en el mantenimiento de su entorno higiénico. Se observa que los cambios sociales, científicos, tecnológicos, docentes, económicos, históricos y políticos han alterado a través del tiempo las dimensiones de la práctica de la Enfermería.

Esta práctica en la actualidad se ve continuamente enfrentada a la identificación de problemas, cuyo objetivo no es solo combatir la enfermedad sino satisfacer un amplio repertorio de necesidades humanas cuya valoración y diagnóstico forman parte sustancial de la actividad de la enfermera. Esto obliga al profesional de Enfermería a poner en práctica un conjunto de conocimientos exclusivos de la Enfermería en cuanto a la resolución de los problemas del cliente, y el método mediante el cual se logra este objetivo es el Proceso Atención de Enfermería.

Con la finalidad de describir el sistema sobre el cual se basa este proceso se revisaron algunas definiciones de Enfermería de algunos teóricos de la Enfermería que desarrollan conceptos y propuestas específicas y concretas que intentan justificar o caracterizar fenómenos de interés para la Enfermería (Fawcett 1989). Con frecuencia los teóricos de Enfermería extraen teorías de modelos que reflejan los objetivos y filosofías de la profesión. Estos modelos se basan, en los principios, valores y opiniones que guían la práctica de la Enfermería. Los teóricos de la Enfermería desarrollan definiciones de ella basadas en el Modelo y describen las actividades de Enfermería necesarias para conseguir los objetivos de la Enfermería.

---

<sup>3</sup> Idem. p.p. 51-54

La misión de definir la Enfermería ha sido llevada por dirigentes de la (American Nurses' Association, ANA) y por algunos teóricos. En este caso revisaremos la de Virginia Henderson en cuyo modelo se apoyará el proceso a elaborar.

**Enfermería.-** Es ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz), y que podría llevara cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios.

La ciencia de la Enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El Proceso Atención de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la Enfermería.

Se trata de un enfoque deliberatorio para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o de su familia.<sup>4</sup>

### 1.2.1 Antecedentes

Anteriormente el desarrollo del Proceso, los cuidados de Enfermería, se basaban en las órdenes escritas por los médicos, y estaban más enfocados hacia las enfermedades específicas que a la propia persona. Con frecuencia se aplicaban cuidados independientes del médico guiados por la intuición y no por un método científico.

El término Proceso de Atención de Enfermería es relativamente nuevo ya que fue Hall su creadora en el año 1955. Desde entonces varias enfermeras han descrito al Proceso de diferentes modos. Para Wiedenbach (1963) el proceso consta de tres fases: observación, prestación de ayuda y validación. Más tarde Knowles (1967), sugirió que eran necesarias cinco fases para la práctica de Enfermería: descubrir, investigar, decidir, hacer y distinguir. Durante las dos primeras fases, se recogen datos sobre el cliente. En la tercera (decidir), se determina un plan de acción, y durante la cuarta (hacer), la enfermera ejecuta el plan. En la quinta (distinguir), se valora la respuesta del paciente a las actuaciones realizadas.

En 1967, la Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE), describió cinco fases: percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación. La WICHE definió el proceso como "la interrelación entre un cliente y una enfermera en un momento dado, que incorpora la conducta del paciente y de la enfermera y la interacción resultante" (WICHE 1967). También en 1967, La Facultad de Enfermería de la Catholic University of América propuso cuatro componentes del PAE: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

En 1973, la American Nurses' Association (ANA), publicó los criterios de la práctica de Enfermería siguiendo las fases del proceso.

<sup>4</sup> P. W. Iyer B. J. Taptich Proceso y Diagnóstico de Enfermería p.p. 1,2,3.

Como el proceso de Enfermería se desarrolló de ambas maneras, teórica y clínicamente, el término de Enfermería ganó un considerable reconocimiento en la literatura de la Enfermería. El concepto de diagnóstico en Enfermería, desarrollado entre los años 1950 y 1960, se aplicó a la identificación de los problemas o necesidades del cliente. El término no fue aceptado fácilmente, aunque muchos autores de enfermería consideraron el diagnóstico de Enfermería como básico para la Enfermería Profesional (Durand y Prince 1966; Rothberg 1967). Aproximadamente una década más tarde, Bloch definió los términos que fueron cruciales en Enfermería, y encontró que el término diagnóstico (en relación con la práctica de la Enfermería) todavía era bastante controvertido (Bloch 1974).

En 1973, Gebbie y Lavin en St. Louis University School of Nursing ayudaron a organizar la primera conferencia sobre la clasificación de los diagnósticos de Enfermería. Los participantes de esta conferencia definieron el diagnóstico de Enfermería como la "conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de la enfermería" (Gebbie y Lavin 1975). Como consecuencia, las conferencias se celebraron cada dos años y han ganado en apoyo e interés. En 1982, el grupo de la conferencia aceptó el nombre de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), aunque reconociendo la participación y aportaciones de las enfermeras canadienses. En la actualidad, este grupo ha establecido y aceptado alrededor de 100 categorías diagnósticas (NANDA 1990).

En 1980, la ANA declaró que "La enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas de salud actuales y potenciales". Esta asociación consideró de forma clara, que diagnosticar era una función de enfermería, aunque la gente no estuviera habituada a ello y pensara que el diagnóstico era una función del médico. En 1982 el Nacional Council of State Boards of Nursing, definió y describió las cinco fases del Proceso de Enfermería en términos propios de Enfermería: Valoración, Análisis, Planificación, Ejecución y Evaluación.

### 1.2.2 Definición

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería.

### 1.2.3 Objetivo

Identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, establecer planes para resolver las necesidades identificadas, y actuar de forma específica para resolverlas.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Kozier. El Proceso de Enfermería p. 181.

## 1.2.4 Etapas del Proceso Atención de Enfermería

El Proceso Atención de Enfermería, está organizado en este caso en cinco fases. Estas fases proporcionan una estructura organizativa para alcanzar los objetivos planeados, siendo esencial la interacción entre el cliente y la enfermera.

### 1.2.4.1 Valoración

La valoración consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud del cliente. La información de los aspectos físicos, emocionales, del desarrollo, sociales, intelectuales, y espirituales, se obtiene de varias fuentes, y es la base de la actuación y la toma de decisiones en fases siguientes. Para realizar este primer paso del proceso, son esenciales las técnicas de observación, comunicación y de entrevista.

El objetivo de esta fase es establecer una base de datos a través de:

- Recoger datos de la historia de salud
- Exploración física
- Revisión de otros registros
- Consulta a los allegados
- Revisión Bibliográfica
- Verificación de los datos

### 1.2.4.2 Diagnóstico

Es un proceso que tiene como resultado un informe diagnóstico o diagnóstico de enfermería, el cual constituye una relación de las alteraciones, actuales o potenciales, del nivel de salud del cliente. El análisis lleva implícita una información sobre las respuestas del cliente que las enfermeras estén autorizadas a tratar.

Las enfermeras están preparadas y capacitadas para dar tratamiento a las reacciones del individuo que se incluyen en el diagnóstico. En esta fase, los profesionales clasifican y agrupan los datos, y se preguntan: "¿ Cuales son los problemas de salud actuales y potenciales del cliente por los que necesita cuidados de Enfermería? y ¿qué factores contribuyen?"

Las respuestas a estas preguntas establecen el diagnóstico de Enfermería. El análisis consiste en desglosar las diferentes partes de un todo como se hace por ejemplo al diferenciar los sistemas del organismo. Un problema de salud actual es aquel que existe en ese momento. Un problema de salud potencial consiste en la presencia de factores de riesgo que predisponen a que las personas o las familias tengan alteraciones en su salud.

El objetivo de esta fase es identificar las necesidades de cuidado del cliente y preparar la relación de diagnósticos, para lograrlos es necesario:

- Organizar los datos
- Comparar los datos con los modelos
- Agregar o agrupar los datos
- Identificar fallos e inconsistencias
- Determinar los problemas de salud del cliente, riesgos, y fuerzas
- Formular los planteamientos del diagnóstico de Enfermería

### 1.2.4.3 Planificación

La planificación implica una serie de fases, en las cuales la enfermera establece las prioridades, anota los objetivos o las respuestas esperadas, y escribe las actividades de enfermería seleccionadas, para solucionar los problemas identificados, y para coordinar el cuidado prestado por todos los miembros del equipo de salud. En colaboración con el cliente, desarrolla acciones específicas para cada diagnóstico de enfermería.

En esta fase tendrán que identificarse los objetivos del cliente y las actividades apropiadas de enfermería y las actividades para este fin son:

- Establecer prioridades
- Establecer metas y criterios de evaluación
- Seleccionar estrategias de Enfermería
- Consultar con otros profesionales
- Escribir las órdenes de enfermería
- Redactar el plan de asistencia

### 1.2.4.4 Ejecución

La ejecución consiste en llevar a cabo el plan de cuidados. Durante esta fase, la enfermera continúa recogiendo datos y validando el plan realizado. La recogida continua de información es esencial, no solo para descubrir los cambios en el estado del cliente, sino también para obtener aquellos datos que permitirán la evaluación de los objetivos en la siguiente fase. Para validar el plan, la enfermera determina: Si el plan de cuidados es realista y ayuda al cliente a lograr las respuestas o metas deseadas, si se han considerado las prioridades del cliente, si el plan está individualizado para cubrir las necesidades particulares de éste.

El objetivo de esta fase es realizar el plan de enfermería de ayuda al cliente según los objetivos poniendo en práctica las siguientes actividades:

- Tranquilizar al cliente
- Actualizar la base de datos
- Examinar y revisar el plan de cuidados

- Realizar las intervenciones de enfermería planificadas

### 1.2.4.5 Evaluación

Durante la evaluación se valora la respuesta del cliente a las actuaciones de enfermería y después, se compara esta respuesta a los estándares fijados con anterioridad. Con frecuencia estos estándares se refieren a criterios de respuesta o criterios de evaluación. La enfermera determina en que medida los objetivos o las respuestas esperadas han sido alcanzadas, parcialmente alcanzadas, o no conseguidas. Si los objetivos no se han conseguido, es imprescindible reajustar el plan de cuidados. Este reajuste debe implicar cambios en alguna o todas las fases del PAE.

Esta fase tiene como objetivo determinar el grado en que se han conseguido los objetivos planeados por medio de:

- Recogida de datos sobre la respuesta del cliente
- Comparar la respuesta con los criterios de evaluación
- Analizar las respuestas
- Modificar el plan de cuidados

La enfermera debe ser creativa al utilizar el PAE y no guiarse por propuestas estándar, sino aplicar sus capacidades para resolver problemas, la creatividad, el pensamiento crítico y su propio conocimiento y habilidad para cuidar a los clientes. Se puede llevar a cabo en situaciones muy diversas, con personas de todas las edades, grupos y comunidades.

Las cinco fases del proceso no son departamentos cerrados, sino que se solapan unos con otros formando subprocesos continuos. Por ejemplo: la valoración, primera fase, se puede llevar a cabo durante la ejecución y la evaluación. Cada fase se debe actualizar continuamente según los cambios de situación. Puesto que la salud no es estática, sino que se encuentra en constante cambio, el PAE, dado que constituye la respuesta a la salud del cliente, es un proceso dinámico.

Las fases están íntimamente relacionadas de forma que cada una de ellas afecta a las otras. Por ejemplo, si la información utilizada durante la valoración no es la adecuada, el diagnóstico de enfermería será incompleto, y este vacío se reflejará en las fases de planificación, ejecución evaluación. Sin duda, una valoración parcial significa una evaluación equivocada, puesto, que la enfermera tendrá unos criterios parciales para evaluar los cambios que experimenta el cliente y la efectividad de sus actuaciones.

El proceso de enfermería individualiza la aproximación a cada cliente. En la fase de valoración, se recogen los datos para determinar los hábitos, las rutinas y las necesidades del cliente. Estos datos, sobre los patrones normales de salud del cliente,

permiten a la enfermera elaborar un plan de cuidados que incorpore estas rutinas prioritarias, cuando sea posible. El proceso de enfermería es, también interpersonal.

Para asegurar la calidad de los cuidados de enfermería, la enfermera y el cliente tienen que compartir inquietudes y problemas, y participar en la evaluación continua del plan de cuidados. El éxito del proceso de enfermería depende de una comunicación abierta e intencionada y del desarrollo de una relación entre el cliente y la enfermera.<sup>6</sup>

### 1.3 El Modelo de Virginia Henderson

El modelo conceptual en cuidados enfermeros, constituye un elemento fundamental de la planificación de los cuidados. Es un concepto de pase de transición entre el pensamiento filosófico que sirve de base a la prestación de los cuidados y las acciones que realiza la enfermera todos los días.

Un modelo conceptual es una manera concreta de trabajar con una realidad compleja, presentada esquemáticamente con el fin de considerarla globalmente, y de captar las relaciones entre sus elementos intrínsecos y sus relaciones con el exterior.

Un modelo conceptual es una hipótesis sobre la organización de la realidad, una ilustración simbólica del ejercicio de la acción profesional en un campo dado.

En cuidados enfermeros, los modelos no pueden ser tan concretos; se trata más bien de descripciones teóricas, de una imagen abstracta de lo es la persona cuidada y de lo que ella vive. La experiencia humana es tan compleja que los modelos no pueden tener en cuenta todos los aspectos. Para facilitar la planificación de los cuidados y circunscribir nuestro campo de observación y de intervención, dichos modelos se articulan esencialmente en torno a las necesidades como es el Modelo de Virginia Henderson que será utilizado en este trabajo.<sup>7</sup>

#### 1.3.1 Antecedentes

La autora del modelo propuesto Virginia Henderson es una enfermera americana mundialmente conocida. Ha trabajado en el campo de los cuidados enfermeros desde 1939 hasta la década de los ochenta, por sus escritos y enseñanzas, ha influido en múltiples esferas debido a la importancia que ha dado a la utilización del proceso de cuidados según un modelo conceptual que ella misma ha elaborado, y a causa de su voluntad de desarrollar los cuidados enfermeros a partir de bases científicas y de enriquecerlos con principios interpersonales. Preocupada por la definición de las funciones de la enfermera y por su lugar en el mundo de la salud, ha definido la necesidad de una mejor formación para las enfermeras en las que se conjuguen las habilidades intelectuales y técnicas.

<sup>6</sup> Idem. p.p. 183, 185, 186.

<sup>7</sup> M. Phaneuf. La planificación de los Cuidados Enfermeros. P. 8

Dicha autora ha trabajado sobre todo en Pediatría, en Psiquiatría y en el campo de la investigación. Una de sus contribuciones más importantes, es sin duda la redacción de un índice de los estudios de las investigaciones y de todos los elementos históricos relacionados con los cuidados enfermeros de su modelo conceptual ampliamente utilizado, que a pesar de haber sido desarrollado hace muchos años se mantiene adaptado a nuestro mundo moderno.

Henderson reconoce que su modelo conceptual se inspira en diferentes fuentes: algunas provienen de la fisióloga Staggpole y otras del psicólogo E.L. Thorndike, probablemente haya que incluir a Bertha Harmer, una enfermera canadiense cuya obra revisó y completó en 1955, así como a Ida Orlando, otra enfermera conocida por sus escritos y sus investigaciones sobre relaciones interpersonales. Es posible que también haya influido en ella Maslow, quien igualmente ha definido una pirámide de necesidades.<sup>8</sup>

### 1.3.2 Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de a enfermera. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de Enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. A partir de la revisión de la bibliografía existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles era sus funciones y que sin este elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

En su libro publicado en 1956 *The Nature of Nursing*, define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por si mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”.

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

#### 1.- PERSONA

##### Necesidades Básicas

<sup>8</sup> Idem. p.10

**2.- SALUD**

Independencia

Dependencia

**3.- ROL PROFESIONAL**

Cuidados Básicos de Enfermería

Relación con el equipo de salud

**4.- ENTORNO**

Factores ambientales

Factores socioculturales

**1.3.3 La persona y las 14 Necesidades Básicas**

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura como un ser humano único y completo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

- Necesidad de Oxigenación
- Necesidad de Nutrición e hidratación
- Necesidad de Eliminación
- Necesidad de Moverse y mantener una buena postura
- Necesidad de Descanso y sueño
- Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas
- Necesidad de Termorregulación
- Necesidad de Higiene y protección de la piel
- Necesidad de Evitar los peligros
- Necesidad de Comunicarse
- Necesidad de Vivir según sus creencias y valores
- Necesidad de Trabajar y realizarse
- Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas
- Necesidad de Aprendizaje

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 Necesidades Básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes. Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad

de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo. No obstante,

debe hacerse constar que el análisis de las necesidades una a una es adecuado cuando los fines son didácticos o bien en la fase de recogida de datos de la etapa de valoración del Proceso de Atención. En este caso, es imprescindible el análisis posterior de dichos datos, a partir de la interrelación de las diferentes necesidades, para determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios denominados por Henderson de Independencia y de Dependencia, tratados a continuación.

### 1.3.4 La salud. Independencia/Dependencia y causas de la dificultad

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno/a mismo/a, en base a sus propias capacidades, de las 14 Necesidades Básicas). Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como "falta de fuerza", "falta de conocimiento" o "falta de voluntad", las cuales se desarrollan más adelante.

El concepto de Independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Como hemos dicho anteriormente, el modo de satisfacer las propias necesidades así como la forma en que cada uno manifiesta que esta necesidad está satisfecha, es totalmente individual. Por ello, los niveles de Independencia en la satisfacción de las Necesidades también son específicos y únicos para cada individuo.

Los criterios de Independencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales variarán según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Todo ello a su vez, modifica sensiblemente los criterios de independencia considerados como parámetros de normalidad en cada caso concreto.

La Dependencia puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona. De acuerdo con este enfoque, una persona con una alteración física que necesite seguir una dieta determinada, debe

ser calificada como dependiente si no sabe como confeccionarla, si no quiere o si no puede por falta de capacidades psicomotoras. Sin embargo, en el momento en que estos déficit sean subsanados, esta dependencia ya no puede ser considerada como tal, aunque la alteración física persista.

Las causas de la dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson los agrupa en tres posibilidades:

- 1.- Falta de fuerza. Interpretamos por fuerza, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
- 2.- Falta de conocimientos, en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- 3.- Falta de voluntad, entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. EL tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.<sup>9</sup>

### 1.3.5 Rol Profesional. Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud

Los Cuidados Básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Como dice Henderson "...éste es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación...".

Los Cuidados Básicos de enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de Necesidades Básicas descrito anteriormente, en el sentido de que, tal como afirma la autora, "... los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras, la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero éstos se han de

<sup>9</sup> Carmen Fernández Ferrín. El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de casos.p.p. 3-7

adaptar a las modalidades y a la idiosincracia de cada persona". De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como éstos colaboran con ella "... en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia".

En relación al paciente, Henderson afirma que "... todos los miembros de grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en "asistir" a esta persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo". El paciente o usuario es visto pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

### 1.3.6 Entorno

Diversas autoras han criticado a Henderson el hecho de no incluir el concepto de entorno de una manera específica dentro de su modelo. Sin embargo, si se analiza el contenido del modelo de Henderson, vemos que la autora menciona unas veces de forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales...), para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados. Así pues, aunque no dedique un capítulo al análisis de estos aspectos, podemos afirmar que éstos están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 Necesidades Básicas y de los factores que las influyen.

### 1.3.7 Aplicación del Modelo de Virginia Henderson

El Modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención:

1.- En las Etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:

- El grado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

2.- En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base en las causas de dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.

3.- Finalmente, en la etapa de evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente, esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia sino que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.<sup>10</sup>

#### 1.4 Proceso Normal del Envejecimiento

En el año 1982, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) organizó en Viena la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, con el fin de discutir el impacto del envejecimiento poblacional y promover las políticas que permitieran prever y reaccionar de manera oportuna ante las consecuencias socioeconómicas y humanas a nivel mundial, especialmente en los países en desarrollo, que ese fenómeno acarrearía. La Asamblea constituida por los delegados de 124 Estados miembros, adoptó convencionalmente la edad de 60 años como el límite inferior de la definición de la vejez en el ciclo de vida del hombre.

El envejecimiento es un fenómeno universal; es un proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales. El envejecimiento es un proceso que implica cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales; es una programación genética influenciada tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo.

El proceso de envejecimiento realmente se inicia entre los 20 y 30 años de edad, cuando el organismo alcanza su grado total de madurez y la acción del tiempo comienza a producir modificaciones morfológicas y fisiológicas en el individuo.

Envejecer es un proceso secuencial, acumulativo e irreversible que deteriora al organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar las circunstancias y condiciones del entorno. Sin embargo, los cambios que sufren los órganos y los tejidos durante el proceso de envejecimiento no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anatomofisiológicas normales. Esos cambios se presentan en forma

<sup>10</sup> Idem. 8,9,10.

universal, progresiva, declinante, intrínseca e irreversible. Esas transformaciones se conceptúan de la siguiente manera:

- Universales: porque se producen en todos los organismos de una misma especie
- Progresivos: porque es un proceso acumulativo
- Declinante: porque las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte
- Intrínsecos: porque ocurren en el individuo, a pesar de que están influenciados por factores ambientales
- Irreversibles: porque son definitivos

Las alteraciones físicas que produce el envejecimiento en el individuo se deben a los cambios tisulares, a la reducción de la masa muscular, orgánica y esquelética y a la disminución del volumen del líquido extracelular. Esos cambios, que evidencian en el aspecto físico y en el funcionamiento del organismo, son los responsables de la disminución del gasto cardíaco, la fuerza muscular, el flujo sanguíneo renal, la visión, la audición y el sentido del gusto. Todos esos cambios explican la disminución de la capacidad física y la lentitud de los movimientos de las personas de edad avanzada.

El envejecimiento es un proceso altamente individual que se manifiesta de diferente manera en cada persona; el deterioro de la visión y de la audición, por ejemplo, se presentan en distintas formas y etapas de la vida. El proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido; por el contrario; es irregular y asincrónico, no permite formular predicciones exactas y sus manifestaciones varían de un individuo a otro.

El envejecimiento, así como las causas de la salud y de la enfermedad, es único en cada persona; este carácter individual presenta otro reto para la gerontología, y más concretamente para la Enfermería Gerontológica, que no dispone de patrones de referencia como la pediatría, que cuenta con estándares nacionales e internacionales de crecimiento y desarrollo normales.

Sin embargo los cambios que ocurren durante la vejez no se deben exclusivamente a los procesos biológicos normales, sino que son también producto de cuatro factores interrelacionados:

- El envejecimiento biológico normal
- Las enfermedades
- La pérdida de aptitudes
- Los cambios sociales que se suceden durante ese periodo de la vida.

Algunos de los cambios que se atribuyen a menudo al envejecimiento se deben más bien a la acumulación de años desuso y a la falta de actividad. La disminución de la capacidad es producto tanto del envejecimiento biológico como de la pérdida de la

actividad, lo que presenta con frecuencia una "divergencia de aptitudes" entre la capacidad real y la capacidad potencial del individuo<sup>11</sup>.

### 1.4.1 Epidemiología del Envejecimiento

México es un país joven que evoluciona rápidamente; el 50% de la población es menor de 25 años de edad, los esfuerzos en el desarrollo y una gran parte del presupuesto del país se dedican a su atención, su educación, a la creación de fuentes de empleo que permitan a esta gran cantidad de jóvenes y niños tener las bases para obtener los satisfactores de su vida.

Tan solo el 6.2% de la población corresponde a las personas de 60 y más años de edad (4.99 millones) de acuerdo al censo de 1990; para 1995 el conteo de población y vivienda da como cifra la de 91 millones de mexicanos con 5.5 millones mayores de 60 años. Para el año 2030 se espera que tengamos entre 15 y 18 millones de ancianos, un aumento importante en número, pero hasta este año la cantidad de jóvenes impide que los porcentajes se eleve en forma importante. Las tasas de natalidad han ido disminuyendo progresivamente, desde tasas del 3.6 obtenidas en la década de 1970, hasta el 2.6 en la actualidad. Se han tenido oscilaciones importantes en este rubro en función de la fuerza que se da a las campañas de planificación familiar. Al sumarse la disminución de la mortalidad materno-infantil, el control de enfermedades transmisibles potencialmente mortales, sobre todo en edades extremas, como las diarreas y neumonías mediante la prevención primaria (vacunas) y secundaria (detección oportuna y tratamiento precoz con antibióticos específicos) y la promoción de la salud, se obtiene una esperanza de vida media para la población; México ha incrementado hasta 72 años la vida promedio de la población; sin embargo, otros países como Japón y la Península Nórdica ya se encuentran con 80 años de edad en este rubro. La ciencia médica espera que se obtenga una expectativa de 100 años de edad en las próximas décadas.

Los países que están a mitad del ciclo demográfico como México, Brasil, Bolivia y Venezuela son los que tienen una mayor velocidad de envejecimiento, ya que no han controlado la tasa de natalidad y sin embargo, han mejorado notablemente las de morbimortalidad, por lo que se ensanchan las bases de las pirámides poblacionales, guardando su proporción entre los diferentes rangos de edad, en contraste con los países industrializados que se encuentran en la última etapa de transición demográfica mortalidad y fecundidad en bajos niveles con crecimiento poblacional cercano a cero.

El incremento en la esperanza de vida al nacimiento se suma al control de las enfermedades crónico-degenerativas, con una mejoría importante en cuanto a su mortalidad, sin embargo, esto representa un mayor grado de personas vivas con secuelas en menor o mayor grado de complicaciones provocadoras de dependencia

<sup>11</sup> O.P.S. Enfermería Gerontológica. Conceptos para la Práctica p.p. 3, 7, 8.

entre los ancianos. Es así como encontramos hemiplejías, demencias vasculares, amputados, ciegos e insuficientes renales como consecuencia de la hipertensión arterial, aterosclerosis y diabetes; así mismo se suman enfermedades como el Alzheimer y la osteoartropatía degenerativa, que si bien no son frecuentemente causantes directas de la muerte del paciente, si lo son en cuanto a su autonomía perdida. Lo anterior significa que cada día tendremos más viejos que viven más tiempo, pero que por desgracia, mientras más ancianos, más problemas de dependencia presentan. Esta es la mayor preocupación de los países desarrollados, el creciente número de personas mayores de 85 años de edad.

La proporción entre hombres y mujeres (48 y 52% respectivamente) a los 60 años de edad cambia con el tiempo, llegando a ser de 3 a 1 a favor del sexo femenino a los 85 años de edad. Una gran proporción de mujeres son viudas o solteras, cerca del 60% a los 80 años de edad en comparación con sólo el 25% de los hombres a la misma edad, lo que repercute en los cuidados familiares y servicios que deben crearse para su atención, siendo la soledad uno de los factores de riesgo más importantes junto con la propia edad avanzada, para padecer enfermedades invalidantes.

Un porcentaje pequeño de los viejos (28.6%) mantiene una labor productiva y remunerada, siendo el medio rural donde se aprecia el porcentaje más alto al compararlo con las zonas urbanas, donde los viejos han sido jubilados o pensionados.

La jubilación (otorgada por años de servicio) y la pensión (por edad avanzada o cesantía) sólo cubren al 20% de la población, datos que no son creíbles pero reales, lo que deja una gran cantidad de ancianos en la actualidad desprotegidos y necesariamente dependientes de la familia y de los ingresos de ésta. A pesar de que se considera al trabajo como factor favorecedor de calidad de vida, los sindicatos y demás personas en general piensan que es un logro contractual la existencia de la pensión, siendo realmente un mecanismo que ofrece fuentes laborales a los jóvenes. El retirarse de la fuente laboral indica un gran problema, ya que el ocio y la inactividad acaban por dañar al organismo y favorecen un envejecimiento acelerado no solamente desde el punto de vista social sino también físico. El desuso provoca fallas en la fisiología del organismo cayendo fácilmente de la balanza, lo que provoca la muerte de la persona sin antes haber pasado por etapas de denigración social. Se ha comprobado que con el pasar de los años, el deterioro funcional y mental está en relación con la inactividad que presentan las personas convirtiéndose en uno de los factores extrínsecos de mala calidad de vida en personas de más de 75 años de edad, existiendo una premisa "para vivir cien años es indispensable contar con una labor específica que ocupe nuestro tiempo en forma fija, dándonos la responsabilidad de cierta actividad", lo que favorece la autoestima, factor indiscutible para la realización de cualquier ser humano.

La Organización Panamericana de la Salud ha propuesto una serie de estrategias para mejorar la atención del anciano:

- Profundizar en el conocimiento de la población anciana del país. Esto es, contar con datos estadísticos reales de dónde se encuentran, cuantos son y qué situación guardan en función de los parámetros requeridos.
- Estimular la investigación epidemiológica y clínica, para determinar las variables en ciertos lugares que permitan identificar causas y secuelas de ciertas patologías, a fin de establecer programas adecuados de promoción y prevención de la salud.
- Apoyo técnico a la formación de recursos humanos; lo anterior con la finalidad de contar con expertos en el área que permitan dar atención, promover los trabajos preventivos e impulsar la calidad de vida de los ancianos.
- Cooperación técnica entre los países. Cuando en algún lugar determinado se ha encontrado el camino para disminuir ciertos factores de riesgo o se han hecho aplicaciones prácticas de programas de atención social y éstos han dado resultado, es aconsejable que otros tomen conocimiento de la experiencia, a fin de ahorrar recursos en pruebas ya realizadas.
- Proveerse de servicios institucionales para cuidados a largo plazo e internación de pacientes como último recurso. Hay que tener opciones para casos extremos, donde la familia y el medio social donde vive el anciano ya no son capaces de brindar la atención y servicios que requiere bajo ciertas circunstancias.
- Promover el rol familiar y de la propia comunidad en el cuidado de los ancianos, debiendo cualquier gobierno tratar de fortalecer los lazos de unión entre los miembros de la familia a fin de que sean capaces de hacer frente a las eventualidades físicas, mentales o sociales, que cualquiera de sus miembros pueda contraer.
- Atención de salud integrada a los servicios de atención primaria. Los médicos que trabajan en el primer nivel de atención deben tener una educación geriátrica básica que les permita identificar problemas específicos y tratarlos o derivarlos en forma precisa y rápida.
- Políticas de asignación de recursos de diferentes fuentes, tendiendo factores como vivienda, transporte, medio ambiente y bienestar social, y de tal manera contar con las bases para que aquellos que tengan como función la atención directa, puedan contar con los medios sociales para llevar a cabo su labor.

Desde el aspecto físico y biológico, la necesidad de atención médica de múltiples enfermedades con variedad de complicaciones que cada día requieren de mayor tecnología para su adecuada identificación y con mayor gusto en su control y tratamiento, siendo las personas de edad avanzada las que utilizan más recursos porcentualmente. Si bien sólo representan el 6.2% de la población total, consumen el 30 y 40% de los medicamentos que son producidos, ocupan el 25% de las camas hospitalarias y consumen más del 50% del presupuesto de atención médica.

Desde el punto de vista social, se han venido modificando las características de la familia sobre todo en las áreas urbanas; las casas habitación cada vez más pequeñas hacen que no sea posible mantener a la familia extendida pasando a la familia nuclear, y estamos en camino de llegar a la sola permanencia de la pareja bajo el mismo techo. Lo anterior repercute en la disminución del ingreso familiar y ahora único en la ayuda de una tercera persona, generalmente alguno de los hijos, en el cuidado de los

padres, ya que se tiene que contratar a una tercera persona para realizar esta tarea o es necesario cambiar al anciano de domicilio, haciéndose necesaria la creación de asilos, residencias y casas hogar.

El grupo poblacional exige atención y servicios especiales a las autoridades, ofrecidos en otros países desde hace varias décadas como consecuencia de la adaptación que han ido sufrido los servicios creados para minusválidos de guerra. Nuestro país no ha asado por esta etapa, y deberá crear su propia infraestructura que permita a las personas de edad avanzada favorecerse de estos servicios; desgraciadamente el presupuesto para este rubro es mínimo, ya que la población porcentualmente es joven y no estamos acostumbrados a planear a futuro. Se le olvida a las autoridades que todos estos jóvenes serán ancianos algún día.

Dentro del proceso salud/enfermedad, en los ancianos se puede llegar a encontrar una serie de características específicas como son:

- La mezcla del envejecimiento como proceso normal con la aparición de enfermedades agudas o agravamiento de alteraciones crónicas, lo que nos provocará un envejecimiento acelerado.
- La presencia de varias enfermedades crónico-degenerativas al mismo tiempo en la misma persona, que repercutirán en el nivel de dependencia, ya que irán apareciendo secuelas o complicaciones de las mismas como consecuencia de haber disminuido la mortalidad de cada una de ellas por separado.
- Mayor grado de fragilidad por la suma de factores externos como ámbitos sociales y económicos adversos, que se suman a la presencia de enfermedades crónicas y sus complicaciones.

La geriatría es la rama de la medicina interna que se encarga de la prevención, diagnóstica, terapéutica y rehabilitación de las enfermedades de los ancianos, incluyendo un aspecto sociofamiliar en su campo de acción, y la gerontología es la ciencia que se encarga de estudiar el proceso de envejecimiento desde el punto de vista biológico, psicológico social, político y económico de una manera integral. El proceso de envejecimiento es la mezcla de factores intrínsecos (hereditarios) y extrínsecos (estilos de vida, factores ambientales, etc.) De esta unión podemos catalogar el envejecimiento como:

1. Usual, cuando los factores intrínsecos y extrínsecos son normales.
2. Exitoso, si los factores intrínsecos y extrínsecos son favorables.
3. Incapacitante, cuando los factores intrínsecos son normales pero los factores extrínsecos son desfavorables.
4. Patológico, sin ambos factores, los intrínsecos y los extrínsecos son desfavorables.

Para determinar las necesidades de atención a los ancianos, adicionalmente a las enfermedades que se presentan en estas edades deben considerarse una serie de características como las de la vivienda, la situación familiar y social, la capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana, del medio social y urbano en que habitan, la

multifactorialidad. Así como es difícil determinar su situación, lo es más aún el grado, ya que los factores de riesgo biológico se ven influenciados en forma importante por los estilos de vida (higiene, alimentación, ejercicio, etc.); sin embargo, también hay enfermedades como la osteoporosis que depende adicionalmente de la edad cronológica para su presentación. Con estos antecedentes, se forma adicionalmente la creencia de que los síntomas y signos que se presentan dentro de muchas enfermedades de los ancianos son propias del proceso de envejecimiento, lo que provoca que no se diagnostiquen o se malinterpreten los diagnósticos, provocando un subregistro de problemas y por lo tanto de morbilidad. La misma experiencia lleva a registros de mortalidad más simples, lo que provoca que en México las principales causas de mortalidad para los individuos mayores de 60 años de edad sean:

- Enfermedades del corazón
- Tumores malignos
- Enfermedades cerebrovasculares
- Diabetes Mellitus
- Neumonía e influenza

Si embargo, algo que es muy importante para los médicos y los pacientes son aquellas patologías que no son causantes directas de la muerte del anciano pero sí de incapacidad, como lo es la osteoartropatía degenerativa, que puede llegar a causar dependencia para algunas actividades en el 40% de los ancianos; también los problemas neurosensoriales (vista y oído principalmente) son partícipes de esta pérdida de la autonomía.

Debemos precisar términos que se utilizan en la actualidad para nombrar estados de salud que fácilmente se confunden o se malinterpretan, lo que nos permitirá comunicarnos con un lenguaje más apropiado en términos de salud:

**Enfermedad:** Alteración que se origina en el cuerpo humano y que tiene posibilidad de regresar a la normalidad sin presentar secuelas.

**Deficiencia:** La presencia de la patología ha dejado una alteración exteriorizada sin afectar sus funciones.

**Discapacidad:** Adicionalmente a la afectación exteriorizada se ven disminuidas sus capacidades, pero no se afecta la vida de relación.

**Minusvalía:** Existe una alteración que menoscaba sus funciones de relación y su vinculación social.

El sistema de salud en México está dividido en sectores; La Secretaría de Salud está al frente en forma global, pero el DIF (Sistema Nacional de Integración Familiar) es el encargado del bloque de la atención al anciano. El INSEN (Instituto Nacional de la Senectud) sólo es una institución en paralelo, complementaria pero restringida en sus actividades y que depende totalmente del sector salud.

Todos sabemos que la atención médica ha incrementado enormemente sus costos, por lo que debemos regresar a los puntos de prevención primaria y cuidado eficaz de la salud, de tal manera que la atención que se otorgue sea más universal, con mayor impacto poblacional, con resultados tangibles en las tasas de morbilidad y mortalidad y por ende en la expectativa de vida, pero teniendo énfasis en el nivel de dependencia o autonomía, factor que realmente nos permitirá tener calidad de vida.

La promoción de la salud tiene como objetivos prevenir el deterioro funcional, evaluar la situación y familiar, ayudar al anciano a una buena muerte, fomentar el cuidado eficaz de la salud, reforzar los lazos de apoyo familiar y mejorar la calidad de vida. Lo anterior nos lleva que es necesario ver al anciano con un enfoque multidisciplinario, por lo que se debe conformar el equipo geriátrico (complementado con diferentes profesionistas adicionales al área médica y paramédica) en forma tal que el aporte individual logre los objetivos comunes de atención al anciano.

Es necesario recordar que tanto para el viejo como para el joven es necesario realizar una adecuada evaluación que permita conjuntar todos los factores que intervienen para determinar situaciones y planear realmente su visión a futuro.<sup>12</sup>

#### 1.4.2 Biología del Envejecimiento

¿Qué significa envejecer? Las definiciones abundan respecto al envejecimiento y un resumen es presentado por (Bellamy 1985). Nosotros nos inclinamos a asumir que envejecer es el conjunto de procesos que contribuyen a incrementar progresivamente la tasa de mortalidad específica para la edad, (Fairweather 1991) en una población que vive en condiciones ideales para su supervivencia. Reconocemos además que el envejecimiento no tiene una causalidad única y que no es ni una enfermedad, ni un error evolutivo.

Algunas fuentes de diferencia entre los jóvenes y los viejos. La comparación entre sujetos jóvenes y ancianos puede servir como punto de partida para una evaluación científica del envejecimiento humano. Sin embargo, no hay que perder de vista que las diferencias entre jóvenes y ancianos pueden obedecer a una multiplicidad de factores distintos al envejecimiento.

Ciertamente quienes alcanzan los 90 años o más no tienen las mismas características de los miembros de la cohorte que mueren antes. Los efectos de cohorte tampoco están ligados a la edad, sino en gran medida a determinantes ambientales. Por ejemplo, cabe citar las modificaciones de la función mental, que evaluadas longitudinalmente demuestran como los antiguos estudios transversales reflejaban tan solo diferencias culturales entre generaciones.

El fenómeno de la exposición diferencial refleja el hecho de que los ancianos se ven con mayor frecuencia expuestos a condiciones ambientales difíciles, frente a las cuales son además más vulnerables; tal es el caso de la exposición al frío o a la pobreza.

<sup>12</sup> Carlos D' Hyver. Manual Clínico de Geriatria. p.p. 1-8

## Factores Biológicos:

El envejecimiento afecta a todas las células. La mayoría de las células nacen, crecen, se desarrollan y mueren, para ser sustituidas por nuevas. Este ocurre de cientos a miles de veces a lo largo de la vida. Existen, sin embargo, al menos dos excepciones importantes: las células germinales y las neuronas. Nuestra dotación original de estas células no hará sino disminuir, e indudablemente moriremos con muchas menos de con las que nacimos. El proceso de envejecimiento aun a nivel biológico, no tiene una causalidad única sino que se ve sujeto a la influencia moduladora de numerosos factores, amén de los ya señalados como la dieta, la temperatura ambiente, la tasa metabólica, etc. Por otro lado, parece clara también la participación de factores genéticos que determinan la expresión del proceso a través de mecanismos que comenzamos a entrever, como puede ser la metilación de citosina como factor regulador de la expresión de genes pleiotrópicos.

La senescencia o proceso fisiológico de envejecimiento, implica la pérdida de adaptabilidad de un organismo a medida que el tiempo pasa. La comparación entre sujetos jóvenes y ancianos puede servir como punto de partida para una evaluación científica del envejecimiento humano. Sin embargo, no hay que perder de vista que las diferencias entre jóvenes y viejos pueden obedecer a causas distintas al envejecimiento. Alguna de las diferencias obedecen a:

- Causas reales ligadas al envejecimiento que pueden ser extrínsecas o intrínsecas
- Causas no ligadas al envejecimiento, como la supervivencia selectiva, los efectos de cohorte y la exposición diferencial.

El envejecimiento en sí mismo resulta de la interacción entre los factores genéticos y las influencias extrínsecas ligadas al medio. El rol determinante de los factores extrínsecos se ve ilustrado en la diversidad de patrones de envejecimiento observados en personas que viven en ambientes disímboles.<sup>13</sup>

### 1.4.3 Cambios Físicos y sus consecuencias en la vejez

En la valoración de los cambios físicos que ocurren en la vejez, existe la tendencia a fragmentar al adulto mayor, considerando las transformaciones que confronta como si ocurrieran en sistemas aislados, por ejemplo: la función del riñón, la función del corazón, etc. Esta apreciación obviamente tiene el error de no ver la función del organismo como un todo.

Desde el punto de vista fisiológico, el funcionamiento adecuado del cuerpo depende de una apropiada función celular, tisular y de los sistemas. El mantenimiento de este adecuado funcionamiento, llamado homeostasis, envuelve una serie de complejos cambios bioquímicos y fisiológicos, y casi todos los órganos y sistemas del cuerpo participan en este proceso; cabe entonces preguntarse si la homeostasis es mantenida en el anciano y dentro de que límites esto puede ocurrir.

<sup>13</sup> Idem.p.p. 9-12

La mayoría de personas mayores son capaces de tener una vida normal e independiente y muchos procesos corporales parecen ser normales bajo condiciones basales. Sin embargo, también es cierto que muchos procesos fisiológicos en el organismo se vuelven menos efectivos, bajo ciertas circunstancias, con el aumento de la edad, por lo que es generalmente aceptado que durante el envejecimiento existe una declinación en la competencia funcional del individuo. Este deterioro en la función puede ser secundario, en parte, a la pérdida progresiva de células funcionales y a la constante disminución de tejido en muchos sistemas corporales. Estos déficits relacionados con la edad se hacen aparentes solamente cuando el cuerpo o sistema está fisiológicamente bajo estrés; por ejemplo: enfermedad aguda o crónica, ejercicio fatigante, exposición a temperaturas extremas, etc. Es conveniente tomar en cuenta que la capacidad de reserva funcional está disminuida y cuando ésta se utiliza, el déficit aparece. La mejor manera de ejemplificar esto es lo que pasa con el riñón: durante la infancia, adolescencia y juventud, un individuo es capaz de vivir con un solo riñón, sin menoscabo de su función; sin embargo, a partir de los 35 años aproximadamente, la función disminuye progresivamente y consecuentemente la reserva funcional, necesitando para mantener su homeostasis, de ambos riñones.

Hay que reconocer que, al igual que en los aspectos psicológico y social del anciano, los cambios fisiológicos son del todo heterogéneos, tanto de un individuo a otro como dentro de los mismos sistemas de un organismo, ya que dependen de las condiciones pre-existentes, del estilo de vida y de su interacción con el medio. Los cambios en la homeostasis son, pues, el resultado de la disminución de la habilidad adaptativa del organismo al estrés.

Con el ánimo de facilitar una mejor comprensión del tema y sin perder de vista que el organismo interactúa como un todo, es necesario considerar algunos aspectos particulares del envejecimiento de los sistemas y sus consecuencias.

### **Sistema Nervioso Central: cerebro y médula espinal**

#### **Cambios relacionados con el envejecimiento:**

- Engrosamiento de meninges
- Atrofia cerebral (el peso del cerebro disminuye en 10% entre las edades de 35 a 70 años)
- Disminución de los procesos dendríticos
- Reducción de la sustancia blanca
- Disminución de la velocidad de conducción
- Aumento del tiempo de respuesta reflejo

#### **Consecuencias de estos cambios:**

- Algunos ancianos pueden presentar disminución de las respuestas intelectuales como agilidad mental y capacidad de razonamiento abstracto.

- Puede observarse, en algunos ancianos, disminución en la percepción, análisis e integración de la información sensorial, disminución en la memoria de corto plazo y alguna pérdida en la habilidad de aprendizaje.
- También puede observarse un enlentecimiento de la coordinación sensorio-motora que produce un deterioro en los mecanismos que controlan la postura, el soporte antigravitacional y el balance.
- Estos cambios, aunque son relativamente normales, no se encuentran presentes en todos los adultos mayores, ya que existe un grupo numeroso que conserva sus funciones intelectuales y cognitivas intactas.

## Sistema Nervios Autónomo

### Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Se observa una disminución en la síntesis e hidrólisis de los neurotransmisores acetilcolina, norepinefrina, y dopamina; además, existe disminución en el número de los receptores post-sinápticos.

### Consecuencias de estos cambios:

- Existe una disminución de la sensibilidad de los baroreceptores, lo que condiciona una predisposición a la hipertensión postural
- Existe deterioro de la regulación de la temperatura corporal. Lo que produce predisposición a la hipotermia o “al golpe de calor”
- Ocurre alteración en la apreciación del dolor visceral, lo que puede conducir a la presentación, en forma confusa, de enfermedades
- Existe disminución en la motilidad intestinal lo que puede producir constipación
- Puede existir trastorno en la regulación del tono muscular y en el control de los esfínteres involuntarios, lo que puede conducir a problemas tales como incontinencia urinaria.

## Sentido de la Visión

### Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Pérdida de la grasa orbitaria y estenosis del conducto lagrimal
- Depósitos lipídicos en la córnea, sequedad de la conjuntiva y disminución en la opacidad del cristalino
- Cambios degenerativos en los músculos de la acomodación, en el iris, en la retina y en la coroides.

### Consecuencias de estos cambios:

- Apariencia de hundimiento de los ojos, laxitud de los párpados, ptosis senil puede haber epífora, arco senil, reducción de la cantidad de lágrimas y aumento de la presión intraocular.
- Pupilas contraídas y reflejos lentos, deterioro de la agudeza visual y de la tolerancia al reflejo de la luz brillante; además puede existir reducción de los campos visuales
- Lenta adaptación a la oscuridad, defectuosa apreciación del color y deterioro de la percepción visuo-espacial.

## Audición y Equilibrio

### Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Degeneración del Organó de Corti
- Pérdida de neuronas en la cóclea y en la corteza temporal
- Disminución de la elasticidad de la membrana basilar, afectando la vibración
- Osteoesclerosis de la cadena de huesecillos del oído medio
- Excesiva acumulación de cerumen
- Disminución de la producción de endolinfa
- Degeneración de las células vellosas en los canales semicirculares

### Consecuencias de estos cambios:

- Presbiacusia, caracterizada por el deterioro de la sensibilidad al tono de frecuencia alta y a la percepción, localización y discriminación de los sonidos
- Deterioro del control postural reflejo, lo que puede producir predisposición a las caídas por vértigo y mareo y disminución de la habilidad para moverse en la oscuridad

## Olfato, Gusto y Fonación

### Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Atrofia de las mucosas
- Degeneración neuronal (las papilas gustativas se reducen en un 64% a la edad de 75 años)
- Atrofia y pérdida de la elasticidad en los músculos y cartílagos laríngeos.

### Consecuencias de estos cambios:

- Deterioro del sentido del gusto y del olfato con el consecuente riesgo de intoxicación por gas o alimentos descompuestos, anorexia y malnutrición
- Disminución de la sensibilidad del reflejo de la tos y la deglución

- Cambios en la voz

## **Sistema locomotor: músculos, huesos y articulaciones**

### **Cambios relacionados con el envejecimiento:**

- **Atrofia muscular que afecta tanto al número como al tamaño de las fibras; aparentemente eso es condicionado por desórdenes metabólicos intrínsecos y por desnervación funcional (disminución del impulso nervioso que mantiene el tono muscular)**
- **Osteoporosis**
- **Cambios degenerativos en ligamentos, tejidos periarticulares y cartilago**
- **Engrosamiento sinovial**
- **Opacidad del cartilago, aparición de erosiones superficiales, degeneración mucoide, formación de quistes y calcificación**

### **Consecuencias de los cambios:**

- **Pérdida de masa muscular**
- **Predisposición a calambres musculares**
- **Predisposición para el desarrollo de hernias tanto intra como extra abdominales**
- **Debilidad muscular**
- **Limitación en el rango y velocidad del movimiento corporal**
- **Cifosis**
- **Disminución de la estatura**
- **Disminución de la elasticidad y resistencia de las articulaciones**
- **Rigidez articular y predisposición al dolor**
- **Disminución en la confianza y seguridad para la actividad**
- **Dificultad para la realización de tareas, especialmente si se complica con un defecto visual no compensado**

## **Sistema Gastrointestinal**

### **Cambios relacionados con el envejecimiento:**

- **Cambios en la mucosa oral**
- **Cambios atróficos en la mandíbula**
- **Atrofia de tejidos blandos (encía)**
- **Atrofia de la mucosa gástrica e intestinal, de las glándulas intestinales y de la capa muscular**
- **Reducción del tamaño del hígado**
- **Disminución de la velocidad del tránsito intestinal**

### Consecuencias de estos cambios:

- Predisposición a la caries dental, edentulismo y a la enfermedad periodontal
- Problemas en la absorción de los alimentos
- Constipación y diverticulosis
- Aumento del tiempo del metabolismo de algunas drogas en el hígado

## Sistema Respiratorio

### Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Coalescencia de alvéolos; atrofia y pérdida de la elasticidad de los septums
- Esclerosis bronquial y de los tejidos de soporte
- Degeneración del epitelio bronquial y de las glándulas mucosas
- Osteoporosis de la caja torácica
- Reducción de la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales
- Debilidad de los músculos respiratorios

### Consecuencias de estos cambios:

- Capacidad vital disminuida
- Deterioro de la difusión de oxígeno
- Eficiencia respiratoria disminuida
- Disminución en la sensibilidad y eficiencia de los mecanismos de defensa del pulmón tales como el aclaramiento del moco, el movimiento ciliar y el reflejo de la tos
- Cifosis e incremento de la rigidez de la pared del tórax
- Predisposición a la infección

## Sistema Cardiovascular

### Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Disminución de la elasticidad de la media arterial con hiperplasia de la íntima
- Incompetencia valvular venosa
- Calcificaciones en las válvulas cardíacas
- Rigidez de las paredes venosas
- Depósitos de lipofucsina y fibrosis de miocardio
- Aumento de la resistencia periférica
- Disminución del gasto cardíaco
- Deterioro de la microcirculación

### Consecuencias de estos cambios:

- Dilatación y prominencia de la aorta

- Presencia de soplos cardíacos
- Predisposición a los eventos tromboembólicos
- Disminución en la capacidad de actividad física
- Insuficiencia venosa, con el consecuente riesgo de estasis y úlceras tróficas
- Trastornos de la micro-circulación periférica

## Sistema Genito-urinario

### Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Engrosamiento de la membrana basal de la cápsula de Bowman y deterioro de la permeabilidad
- Cambios degenerativos en los túbulos y atrofia y reducción del número de nefronas
- Atrofia de la mucosa vaginal
- Laxitud de los músculos perineales
- Atrofia de acinos y músculos prostáticos, con áreas de hiperplasia (la hiperplasia nodular benigna está presente en el 85% de los hombres de 80 años y más)

### Consecuencias de estos cambios:

- Falla en la respuesta rápida a cambios del volumen circulatorio
- Disminución de la capacidad de excreción por el riñón, lo que produce un aumento en la susceptibilidad a intoxicación por drogas y sus metabolitos y aumenta los efectos secundarios de éstos
- Dispareunia (dolor al coito) en la mujer
- Incontinencia urinaria
- Aumento de la susceptibilidad a las infecciones

## Piel

### Cambios relacionados con el envejecimiento

- Atrofia de la epidermis, de las glándulas sudoríparas y folículos pilosos
- Cambios pigmentarios
- Hiperqueratosis epidérmica
- Degeneración del colágeno y de las fibras elásticas
- Esclerosis arteriolar
- Reducción de la grasa subcutánea

### Consecuencias de estos cambios:

- Piel seca, arrugada, frágil y descolorida
- Pelo cano y caída parcial o total del mismo

- Uñas frágiles, engrosadas, torcidas y de lento crecimiento
- Placas seboreicas
- Disminución de las propiedades de aislamiento de la piel, necesarias para la termorregulación
- Disminución de la capacidad de protección de las prominencias óseas
- Prurito
- Aumento de la susceptibilidad a las úlceras por presión.

## Sistema Inmunológico

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Disminución de la respuesta inmunológica de tipo humoral a cargo de las células contra antígenos extraños y aumento de la respuesta a antígenos autólogos (del mismo organismo)

Consecuencias de estos cambios:

- Aumento de la susceptibilidad hacia las infecciones, las enfermedades autoinmunes y el cáncer.

## Sistema Endócrino

Cambios relacionados con el envejecimiento:

- Disminución de la tolerancia a la glucosa
- Disminución de la actividad funcional tiroidea
- Cambios en la secreción de la hormona antidiurética

Consecuencias de estos cambios:

Predisposición a la descompensación en los enfermos diabéticos

Respuestas metabólicas lentas

Respuesta lenta a los cambios de la osmolaridad corporal.<sup>14</sup>

### 1.4.4 Cambios Psicológicos

#### Cambios en la constitución Psíquica

Paralelamente a los cambios biológicos, el envejecimiento conlleva cambios psicológicos. Hasta ahora éstos han sido menos estudiados que los primeros.

<sup>14</sup> O.P.S. Enfermería Gerontológica. Conceptos para la Práctica. p.p. 15-22

Se dan cambios en la atención, en la inteligencia, en la memoria, en las actitudes, en las motivaciones, en la capacidad de aprendizaje, en la percepción y en el carácter general de los individuos.

Se va configurando toda una psicología del anciano, netamente definida. Como marco general se plantea la desproporción o diferente proporción entre el futuro y el pasado. Estas dos entidades son inversamente proporcionales en el muy joven y el muy viejo: si el joven es futuro, el viejo es principalmente pasado.

Envejecer subraya nuestra temporalidad y la fragilidad de la vida humana. El viejo tiene en su horizonte el espectro de la muerte: cuando el "todavía no" se convertirá en "ya no".

El viejo se ha vuelto temeroso, rígido, introvertido, cauteloso. Tiende a la baja autoestima y, por ello, es fácil presa de la depresión.

Al perder gran parte de sus intereses laborales y sociales, cae en el narcisismo; un narcisismo que parece peor que el de los niños, porque progresivamente lo encierra en la prisión de un yo esquizoide.

Al irse encerrando en sí mismo se hace menos receptivo y más expuesto al estrés. El cansancio acumulado y el pensamiento de su próximo final puede congelar su libido. No se ve y no se siente objeto de deseo.

Se produce en la vejez un desligamiento afectivo con respecto al medio, debido a la baja de la energía del yo. Es drástico el cambio de "lucha por la vida y con la vida" a "retirada ante la vida"; una especie de entropía psicológica. Reflejo de ella es la tendencia de muchos viejos a actitudes dependientes, mágicas, femeninas en los varones: como que buscan la afiliación pasiva a poderes sobrenaturales, misteriosos.

Si analizamos la dinámica de adquisiciones y pérdidas, comprobamos que toda la vida es un entramado de adquisiciones y pérdidas, nuestro yo se inscribe en la relación dinámica con los "objetos" de nuestro entorno, muchos de los cuales son personas.

Suele haber altibajos. Pero la vejez significa una ruptura brusca del equilibrio; las pérdidas sobrepasan de lleno a las adquisiciones.

Ser viejo es ser y/o sentirse inútil. Con el sentimiento de inutilidad vienen el miedo al porvenir, se avizora conflicto con la sociedad, ella no valoriza al anciano y él no la acepta, esa sociedad no es la suya. Fácilmente acabará temiendo a la muerte y temiendo a la vida.

Pero mucho de este proceso no es fatal. A diferencia del animal, sujeto a la fatalidad biológica, el hombre es artífice de su propia historia y, como dijo el poeta, "arquitecto de su propio destino".

El verdadero mal del envejecimiento no es la decadencia del cuerpo sino la indiferencia del espíritu. Lo dice nuestro pueblo con su tradicional buen humor: "Canas y dientes son accidentes; arrastrar los pies eso sí es vejez."

Los necios achacan a la vejez muchas cosas que son secuela de sus propios defectos y su propia culpa.

"Los individuos sanos de más de 65 años tenderán a actuar mejor que los jóvenes en ciertos tests mentales, tales como el de vocabulario, el de comprensión de enunciados verbales y el de operaciones artísticas, y actuarán peor en tests que requieren percepción espacial y un desciframiento rápido de la información".(Aguilar 1979)

Y más adelante: "serias investigaciones concluyen que la edad tiene menos importancia que la inteligencia para la adaptación de la persona a lo largo de la vida adulta".

Si bien la función más afectada es la memoria de lo inmediato, hay una compensación en la serenidad y la buena capacidad de juicio.

Podemos sintetizar el tema reconociendo que la vejez es, antes que número de años, una determinada actitud ante la vida, o si se quiere una filosofía existencial.

### Alteraciones conductuales

Cuando la pérdida de la autoestima llega a ser tal que en vez de amor al propio yo hay horror al yo, se desencadena una depresión tan grave que puede dar origen a la demencia y hay que notar que la demencia es el mecanismo defensivo extremo para quien no puede soportar una cruel realidad.

Las patologías mentales en la ancianidad irán de acuerdo con la organización psíquica personal de cada individuo y sus estilos de enfrentar los problemas: también en el campo de lo psiquiátrico se envejece como se ha vivido.

### Vida sexual

Con la edad decrece la función sexual; además existen importantes cambios psicológicos con respecto a lo que es la sexualidad en todas sus facetas.

**Menopausia:** la mujer presenta de una manera más notoria el cuadro de involución sexual. En la menopausia se inicia un proceso de atrofia de los ovarios con el consecuente cese de la producción de estrógenos, que son los encargados de la conservación de los caracteres secundarios sexuales de la mujer y de que se produzca la menstruación.

El retiro de las reglas, supone en muchas culturas el cese de la actividad sexual en la mujer, pero debemos tener presente que no por ello queda incapacitada para el disfrute sexual.

Junto con la pérdida de las reglas, aparecen también un conjunto de síntomas, como cansancio, tendencia a la depresión, bochornos, sofocos, jaqueca, pérdida del cabello, aparición de vello en la cara, etc...., situación que no debe desanimar a las mujeres pues actualmente con asesoría y recibiendo el tratamiento adecuado, estas situaciones se pueden minimizar e incluso revertir.

Psicológicamente pueden existir tensión e irritabilidad. En algunas mujeres puede existir el afán de búsqueda de "aventuras pasajeras" casi siempre con hombres más jóvenes para demostrarse así mismas que no están en decadencia y que continúan siendo atractivas y deseables.

En otros casos pueden verter su cariño en obras filantrópicas, en su casa, en sus nietos, o en mascotas para tratar de sustituir la pérdida orgánica.

Andropausia: el proceso de involución sexual masculino denominado andropausia, es mucho más lento y menos tipificable.

A medida que el hombre envejece su función sexual va disminuyendo. El número de erecciones es menor y el acto se realiza más ocasionalmente.

Al disminuir la producción de testosterona y predominar los estrógenos, pueden aparecer ciertos signos de feminización: ligero abultamiento de los senos, redondeamiento del aspecto físico y la voz se puede volver en algunos varones atiplada o aguda.

El decaimiento corporal provoca una crisis que, cuando no es aceptada para vivir con autenticidad como un nuevo periodo de la vida, lleva a muchos hombres a experimentar fuertes situaciones reactivas frente a la nueva experiencia: pretender reaccionar con "una vuelta a la juventud", adoptando un aspecto juvenil en la vestimenta y las actitudes, presentando además afán de aventuras sexuales para sentirse atractivos y funcionales.

Popularmente se ha creado el término "viejo verde" para referirse al varón que pretende volver a ser joven, esto es reverdecer, implicando esto uno de tantos prejuicios. Kinsey fue el primero en dar a conocer estadísticas acerca de la sexualidad en los viejos y puso de manifiesto que a los 60 años solo son inactivos sexualmente el 5% de los varones y que al llegar a la edad de 70 años el porcentaje de inactivos asciende al 30%, conservándose activos un 70%. Se refiere el término activo a la realización de cualquier tipo de actividad sexual que resulta satisfactoria y no necesariamente al coito.

El "edaista" es decir, el que atesora prejuicios contra las personas mayores, tiene formado un estereotipo negativo de ellas, considerándolas aburridas, seniles

intransigentes y llenas de defectos, pensando entre otras cosas que los viejos están sexualmente acabados.

Resultados de estudios que han realizado algunos sexólogos a través del tiempo:

- Muchos adultos que han rebasado los 60 años continúan masturbándose (Catania y White, 1982)
- El factor que principalmente limita la sexualidad continuada en la edad adulta tardía es el desinterés del varón, no la incapacidad física. (George y Weiler, 1981)
- La andropausia es un proceso extendido en el tiempo, esto es se da de una manera gradual y no súbita. (Masters y Johnson).
- La actividad sexual se conserva hasta bien entrada la ancianidad, aunque existe un declive en la frecuencia de dicha actividad. (Martín, 1977)
- Nuestro medio social y cultural nos ha llevado a creer que el sexo es patrimonio exclusivo de la juventud y de los cuerpos bellos y bien formados. Debemos aprender a considerar deseable y normal la actividad sexual en la tercera edad y disminuir las presiones del entorno social que impiden muchas veces las oportunidades para la intimidad, o rebajan su sentido con alusiones sarcásticas.

Muchas instituciones geriátricas tienen dormitorios donde se separa a los hombres de las mujeres sin escuchar a ninguno y sin tomar en cuenta sus deseos de convivencia. Hay que animar a los ancianos a expresar sus sentimientos y dudas acerca de su sexualidad con estima, y de que no se sientan como un grupo apartado del resto de la sociedad, un grupo donde todo es retroceso y donde cada vez, de una manera injusta se les niega el pleno desarrollo en muchos aspectos, incluido el de las necesidades de su sexo, y se les condena a la soledad.

Conclusiones:

1. La edad no es un impedimento para el disfrute de la sexualidad. La sexualidad en los viejos no es anormal ni "sucias".
2. Una persona que es sexualmente activa en su juventud, tiene mayores posibilidades de ser activa en la tercera edad.
3. Urge eliminar tabúes que frenan la realización sexual del anciano.
4. No debe haber reglas institucionales encaminadas a evitar la intimidad en los ancianos que así lo deseen.
5. Hay que promover una cultura de información y apertura acerca de la vida sexual en las diversas etapas de la vida, con énfasis en la tercera edad.
6. Hay que animar al anciano a que exprese sus dudas e inquietudes acerca de su sexualidad y tratar de orientarlo con veracidad.

## Las crisis centrales

Erik Erikson considerando el desarrollo como un continuum que abarca toda la existencia, desde el nacimiento hasta la muerte. Se trata, por tanto, de un proceso evolutivo, basado en una secuencia de hechos biológicos, psicológicos y sociales. En cada una de las fases de del desarrollo el individuo debe afrontar y dominar un problema fundamental de naturaleza dialéctica, dado por dos fuerzas contrarias que exigen una solución o síntesis; es decir, cada crisis exige una solución. Del éxito de esta solución depende que el individuo pueda pasar airoosamente de una fase a la siguiente. Vistas así, las fases del desarrollo están en constante movimiento. Se pasa de una fase a la siguiente cuando se está preparado biológica, psicológica y socialmente.

En estos procesos del desarrollo hay tres variables principales: a) Las leyes internas del desarrollo que, como los procesos biológicos, son irreversibles; b) Las influencias culturales que establecen límites al desarrollo y favorecen ciertos aspectos; y c) La forma individual de reaccionar y el modo peculiar de manejar cada uno de su propio desarrollo, en respuesta a los estimados del medio y a lo que la sociedad exige.

En el modelo de Erikson la "octava etapa o edad" del hombre constituye la culminación de las anteriores etapas y su síntesis se alcanza solo si se han atravesado adecuadamente cada una de éstas; es decir, si se ha logrado resolver los problemas de cada etapa. La integridad del yo como etapa última la alcanzan los individuos que se han abierto a las cosas y a las personas y se han adaptado a los triunfos y a los fracasos. La integridad del yo significa que el individuo ha aceptado también que su existencia tiene un fin y que pronto terminará. Implica un sentido de sabiduría y una filosofía de la vida que va más allá del ciclo vital de desarrollo. Estas personas siempre están listas para defender la dignidad de su propio yo y su propio estilo de vida contra toda amenaza.

La integridad del yo se va preparando a lo largo de la existencia; es una integridad acumulada. Cuando no se ha logrado, el sujeto ve la muerte con pánico y desesperación y no acepta el ciclo de la vida como parte esencial de la existencia. La desesperación aparece porque "ahora el tiempo que queda es corto, demasiado corto para intentar otra vida y para probar caminos alternativos para otra integridad".

La desesperanza con frecuencia está oculta por muchas pequeñas sensaciones de malestar. En cambio la integridad del yo implica una integración del presente con el pasado y de los pensamientos con las emociones, fruto de la participación y de la aceptación de la vida como una misión y una responsabilidad.

El modelo de Erikson ha sido universalmente aceptado. Resulta estimulante este enfoque de la vejez como una etapa del desarrollo, y no como un término; Literalmente la vejez es (puede y debe ser) un periodo de interesantes desarrollos.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Mauro Rodríguez Estrada. Creatividad en la Tercera Edad. P.p.29-41

## 1.4.5 Aspectos Sociológicos

### Respuesta social ante el anciano: prejuicios y estereotipos

Anteriormente crecía uno con la idea de que las personas más respetables y venerables tienen que ser ancianas.

Y ahora resulta impactante el contraste con la situación devaluada de personas de edad avanzada. Donde antes se veían excelencias y prerrogativas, ahora se ven debilidades y fallas. Pero tan real era la situación anterior como la de ahora.

Los ancianos constituyen un estrato bastante bien definido del entramado social; pero su grupo no ha sido igual en todos los lugares ni en todos los tiempos. La situación y status de un grupo social varían en las diferentes culturas, de acuerdo con las respectivas escalas de valores. Hay amplio lugar para las variaciones y mutuas diferencias.

La imagen social del anciano nace de la ideología que se tenga. Aquí se conjugan lo psicológico y lo sociológico.

La vejez, en la realidad concreta de un individuo equis es en buena medida una constelación de respuestas a las expectativas del medio. Hay que definir cuales son estas en el aquí y ahora; ellas configuran el estereotipo "anciano" entre nosotros son:

- Marginación por falta de productividad. "Hacerse viejo es quedarse solo". Así suele ser hoy con creciente dramatismo. Entra aquí el hecho social de la jubilación, actualmente se convierte en un duelo por la pérdida del engranaje en la vida laboral.
- Pérdida de poder, que lo lleva a buscar compensaciones más o menos sutiles. La jubilación refuerza el aislamiento y, junto con él, deviene la situación más senilizante en el sentido negativo. No es tanto que la senilidad de por sí margine al individuo, sino que la sociedad, al marginarlo, origina la senilidad, a grados muy acentuados.
- En el mundo actual, volcado hacia el futuro, la experiencia que es voz del pasado, vale muy poco. El anciano ve con tristeza que a sus hijos su experiencia pasada no les sirve, o por lo menos ellos creen que no la necesitan.
- En el contexto de una sociedad materialista y hedonista, con fuerte rechazo ante la muerte, el anciano es a primera vista símbolo y presencia de antivalores. Entonces, no hay que admirarse de que el rechazo a la muerte se convierta en rechazo al anciano.
- En una sociedad individualista, donde prevalece la familia nuclear, el anciano viene a ser en el hogar un elemento superfluo, casi extraño. Su situación es peor que en las sociedades colectivistas, centradas en la familia-clan. Pero las sociedades colectivistas han fracasado.

## Conflicto Generacional

Esta expresión recoge la oposición entre grupos de diversa edad. En el conflicto generacional familiar se enfrentan las actitudes de grupos de edades diversas que resultan incompatibles, ya que los valores que cada grupo mantiene son supuestamente contradictorios.

Siempre ha existido en la historia de la humanidad diferencia de actitudes entre distintos grupos de edad. La historia confirma que casi siempre los hijos han tenido diferencias de opinión con respecto a sus padres, y ello es lógico, natural, y saludable para la sociedad, pues si un ser humano comenzando la vida mantuviera las mismas opiniones que la generación precedente, entonces la iniciativa, la innovación y el progreso se excluirían de la existencia.

La convivencia con jóvenes muestra que gran parte de la oposición de valores en el conflicto generacional resulta más retórica que real, se concentran en aspectos externos y formales tales como vestido, música, diversiones, ocio, más que en la esencia de valores que el sujeto joven aún no ha interiorizado, debido a que su trayectoria vital no le ha exigido definirse y asumir los status de adulto.

Podemos decir que más que un conflicto de generaciones, éstas tienen distintas alternativas. Así por ejemplo, nuestra generación de ancianos nació y creció en una época en donde la instrucción se hallaba menos difundida que hoy. La educación recibida por personas de 80 a 90 años fue diferente a la de sus hijos que hoy tienen 40 o 50 años y ésta a su vez es diferente a la de la generación de los actuales adolescentes.

El envejecimiento se ve afectado por fenómenos transitorios ligados a la diferencia de las generaciones y de los entornos.

Es importante recordar que el entorno es un producto cultural, humano, en tanto que el animal únicamente tiene contorno. El contorno es físico; nuestro entorno pertenece a nuestra generación. El entorno nos rodea, la generación nos marca.

No debemos confundir el entorno con el ambiente. De la misma manera que en nuestro modo de pensar estamos influidos por nuestra raza, nuestra educación y nuestra condición social, lo estamos por la generación a la que pertenecemos, así como esta está influida por las generaciones que le han precedido.

Por lo tanto si el conflicto generacional es más aparente que real, podemos concluir que es necesario desarrollar programas intergeneracionales, es decir, unir a varias generaciones en actividades planificadas con objeto de desarrollar nuevas relaciones y alcanzar objetivos específicos. Históricamente, estos programas han surgido en forma paralela al envejecimiento de la población como una forma de demostrar la utilidad y la capacidad de las personas mayores. Los padres y los abuelos han cuidado de los niños y han puesto en evidencia los sistemas de estrategias y valores intergeneracionales.

Estos programas promueven la solidaridad, resaltando los valores familiares tradicionales e incrementando la autoestima de quienes participan así como lo conciencia del valor de cada generación que participa; poner en contacto a jóvenes y viejos con objeto de favorecer el aprendizaje con base en la experiencia, las vivencias, el disfrute y la ayuda mutua. Este tipo de programas reconstruyen la relación espontánea de ayuda que existía antes en la familia extensa, tan importante de recuperarse en estos días para darle nuevos valores a nuestra juventud, y también revitalizar y enriquecer a más comunidades.

## La jubilación

Jubilación indica el hecho de eximir del trabajo por razones de antigüedad o vejez a la persona que desempeña un cargo, concediéndole una pensión vitalicia en reconocimiento a los servicios prestados.

Ricardo Moragas nos dice que socialmente se ha considerado el rol de jubilado como un rol sin rol, por no haberle reconocido la sociedad contemporánea un papel social como lo hacían casi todas las sociedades primitivas y la medieval, donde ni siquiera el final de la actividad guerrera o artesanal suponía la pérdida del status social.

Aquellas sociedades eran más eficaces en la utilización de los recursos humanos que las contemporáneas, ya que los mayores cuando dejaban una actividad, encontraban otra que la sustituyera, relevante para ellos y útil para la comunidad; es decir no estaban condenados al ocio forzoso.

Es afortunado no quien se jubila sino quien puede seguir ejerciendo su profesión, atendiendo su negocio o llevando a cabo la actividad que ha sido su *modu vivendi*; así sigue sintiéndose útil y productivo.

La jubilación no afecta solo al individuo: afecta a toda la estructura familiar, y sobre todo a la pareja. Es frecuente el caso, por ejemplo, en que el marido se convierte en mandadero de la mujer. También cambia la constelación padres-hijos: El patriarca no se jubila nunca. El moderno jubilado se consume por falta de relevancia y de atención. Al vérselo como arrimado y/o inútil, surgen actitudes de maltrato por parte de yernos, nueras y también de hijos; muy rara vez por parte de nietos (Flores Tascon 1994)

Símbolo visible de la marginación suele ser el deterioro gradual en la forma de vestir de la mayoría de los ancianos.

Por parte de la sociedad es sintomático el recurso a eufemismos; éstos se hacen tanto más necesarios cuanto más devaluada es la realidad correspondiente: la tercera edad, el otoño, la edad adulta tardía, los años dorados; los adultos muy maduros... Y los asilos de ancianos hoy se designan como "casas de reposo".

En caso necesario, por estar enfermos o sentirse cansados, los ancianos hacen bien en disminuir su actividad, pero no suprimirla del todo a menos que sea estrictamente necesario. Quien abandona su actividad habitual deja de ser creativo y pierde la valoración social de su obra y aún de su persona.

Para enfrentarse dignamente a la jubilación es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Cultivar a lo largo de la vida una actividad que sea recreativa, sabiendo que todos los seres humanos tenemos aptitudes para ello y no debemos desaprovecharla
- Prepararnos de antemano para el periodo de jubilación consultando con personas que sean capaces de asesorarnos.
- No precipitar la decisión de jubilarse sobre todo si se está sano y en plenitud de facultades mentales; tratar de conservar la actividad habitual el mayor tiempo posible y en caso necesario solo disminuir la intensidad del trabajo.
- Pensar que la jubilación no es el ocaso de la vida, sino una nueva etapa que encierra muchas sorpresas y que debe ser vista de manera positiva.
- Luchar para que la sociedad cambie el concepto de jubilación, o más ambiciosamente, para que lo elimine.

### El anciano creativo

En la medida que la tragedia del viejo es la soledad, entonces quien es productivo y creativo, quien tiene algo que dar, quien participa activamente en la vida de la comunidad, puede mantener su energía de persona madura y quedar libre de los achaques de la vejez.

“La investigación neurocientífica más reciente indica que las personas pueden retener el 98 por ciento de sus capacidades mentales hasta los ochenta, mientras que no exista deterioro físico. Los estudios demuestran que los entornos positivos, de apoyo, y estímulo, pueden sentar las bases del desarrollo humano tempranamente y así impulsar el desarrollo continuado en la tercera edad...”

En cuanto a las personas de la tercera edad con mayores recursos, el *Journal of Gerontology* observa que en muchos campos, incluyendo la enseñanza, la ciencia, las matemáticas, la filosofía, la productividad es la misma a los setenta años que a los cuarenta”.

“Pese a que el desarrollo físico llega a su máximo a la edad de treinta años, el desarrollo de la mente humana al parecer no tiene límites. Ya que actualmente los adultos cambian cada vez más de empleo y de profesión, es importante reconocer la capacidad que tienen la mayoría de las personas para continuar aprendiendo y continuar creciendo de muchas maneras”.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> [dem. p.p.43-54

## 1.5 Teorías del envejecimiento

El envejecimiento puede definirse como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y hacia la muerte. Una definición alternativa podría ser un descenso en la capacidad para sobrevivir al estrés. El envejecimiento comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica como por ejemplo, una enfermedad.

El envejecimiento no es ni una enfermedad ni el resultado de una suma de múltiples estados patológicos. El envejecimiento y la muerte, al igual que el nacimiento y la maduración, son parte del ciclo vital normal.

Se estudia el envejecimiento a partir de teorías biológicas, psicológicas y sociales. Las teorías biológicas intentan explicar los procesos biológicos y las alteraciones estructurales de los organismos vivos que determinan los cambios evolutivos mentales, la longevidad y la muerte. El envejecimiento puede ser definido como edad biológica, edad psicológica y edad social. Por tanto, se trata de un fenómeno enormemente complejo que requiere que se considere a la persona que envejece como un todo en relación con su ambiente. Esta perspectiva presta conocimiento a los múltiples aspectos del cuidado requerido por el anciano. Las teorías psicológicas intentan describir y explicar la conducta del anciano en relación con otras personas. Se piensa que factores biológicos y ambientales influyen sobre el proceso de cambio de conducta. El desarrollo de la teoría relacionada con los aspectos sociológicos del envejecimiento se ha centrado, en gran medida, en los medios con que los ancianos se adaptan durante la última etapa de su vida y sobre su estatus como grupo en comparación con otros grupos de edad de esta sociedad. Algunas teorías comparan al anciano a través de las sociedades.

Las teorías subestiman la importancia de la planificación de cuidados de un modo diversificado e individualizado, teniendo en cuenta las limitaciones funcionales y físicas de la persona, sus preferencias, su estilo de vida y su personalidad.

Acentúan las influencias de la cultura, la familia, la educación, la comunidad, los roles, los patrones de respuesta y los estados patológicos.

### 1.5.1 Teorías Biológicas

#### 1.5.1.1 Teoría del Envejecimiento Celular

Esta teoría establece que las manifestaciones de los cambios de la senectud son el resultado de programas genéticos que contienen "genes del envejecimiento" responsables de los cambios seniles que preceden al fallecimiento y la muerte del organismo. Por tanto, contenida dentro del código genético celular está la información

que, al parecer, programa el envejecimiento celular normal. Células similares de especies y organismos específicos pueden envejecer a diferente velocidad, al igual que células diferentes dentro del mismo organismo pueden envejecer a un ritmo distinto (Hayflick, 1965).

## 1.5.2 Teorías Psicológicas y Sociales

### 1.5.2.1 Teoría de la Actividad

La teoría de la actividad es una teoría del sentido común o profana que habla a favor de un ajuste positivo del rol al envejecimiento y se refleja en la legislación, la prensa y los programas científicos. Las personas que alcanzan una edad óptima, según esta teoría, son las que permanecen activas y tratan de resistirse al retraimiento de su mundo (Havighurst & Allrecht, 1953). A medida que cambian los roles, la persona encuentra actividades sustitutorias para esos roles. La mayor dificultad con la teoría de la actividad es que no trata de forma adecuada las diferencias de personalidad.

### 1.5.2.2 Teoría de la Desvinculación

Esta teoría establece que en condiciones normales de salud e independencia económica, el envejecimiento supone una retirada natural, sistemática e inevitable, o "desvinculación", del anciano del resto de personas del sistema social. Las fuerzas contraen el mundo del anciano. Esta retirada, cuando es completa conduce a un nuevo equilibrio caracterizado por un aumento de la distancia y un estilo de interacción menos conectado con el rol. La retirada satisface mutuamente a ambas partes. Para el anciano, supone una liberación de las presiones sociales; para la sociedad, permite que personas más jóvenes, con mayor energía, asuman roles funcionales para proporcionar una transición ordenada del poder (Cumming & Henry, 1961). Esta teoría no trata la influencia del tipo de personalidad, ni explica los muchos ancianos que permanecen sumamente activos y creativos hasta la muerte ni la insatisfacción de los que se ven forzados al retiro de sus obligaciones sociales. Sin embargo, explica la moral relativamente elevada de los ancianos, incluso bajo una gran coacción, y su aparente aceptación de una vida más contemplativa.

### 1.5.2.3 Teoría de la Continuidad

La teoría de la continuidad establece que una persona desarrolla hábitos, compromisos preferencias y una serie de disposiciones que se convierten en parte de su personalidad a medida que se hace adulto (Havighurst, Neugarten & Tobin, 1963). Al envejecer, hay una predisposición a mantener la continuidad en estas disposiciones. Por consiguiente, el envejecimiento depende de la vida del anciano, su tipo de personalidad, su capacidad para adaptarse al estrés y de que su medio social siga siendo estable con el paso de los años. Algunas partes de la teoría de la continuidad sugieren que las personas, a medida que envejecen, gravitan hacia una orientación más interna y una mayor separación del ambiente. Las personas se vuelven más

individuales a medida que crecen. De este modo, el estilo de vida y la personalidad de la persona se reflejarán en la vejez igual que ocurrió en su juventud.

#### 1.5.2.4 Teoría de las Necesidades Humanas

La teoría de las necesidades humanas recalca el concepto de motivación y necesidades humanas. La más famosa de ellas es la teoría de las necesidades humanas de Maslow, organizada en una jerarquía de necesidades fisiológicas, de seguridad y de protección, de amor y pertenencia, de autoestima y actualización del yo. Las personas se mueven entre los niveles, pero siempre abocadas a una necesidad mayor. Por tanto, el anciano debe ser una persona totalmente madura que tiene autonomía, creatividad, independencia, y una relación positiva con la familia y la sociedad (Maslow, 1954).

La enfermera puede emplear estas teorías como base para planificar la intervención en el cuidado de los ancianos.

### 1.6 Tareas del Desarrollo del Envejecimiento

La teoría del desarrollo de Erickson se basa en la dinámica freudiana. Según Erickson, cada etapa de la vida tiene una crisis psicosexual que debe superarse de cara a establecer los fundamentos para una nueva etapa (Erickson, 1963). Su teoría no explica con claridad por qué el organismo pasa de una etapa a la siguiente. Asume que son precisas ciertas condiciones biológicas internas o sociológicas externas para la progresión a la siguiente etapa. Estos conceptos están ligados, en parte, a la cultura y la clase social. Parecen existir, sin embargo, algunas tareas de desarrollo realizadas con éxito por las personas ancianas que es preciso que la enfermera tenga en cuenta a la hora de planificar el cuidado del anciano. Estas pueden incrementar los problemas asociados al envejecimiento o pueden facilitar la adaptación del anciano al proceso de envejecimiento. Algunas de estas tareas de desarrollo son:

- Adaptarse a la jubilación completa o parcial.
- Aceptar la ayuda de los demás, de buena gana y con facilidad, a medida que aumenta la dependencia.
- Aprender nuevos roles afectivos con los hijos, que hoy día son adultos maduros
- Establecer resultados que satisfagan los roles afectivos con los nietos y otros miembros de la familia ampliada.
- Ser un buen compañero para el cónyuge anciano.
- Afrontar la pérdida del cónyuge.
- Hallar y conservar relaciones amistosas mutuamente satisfactorias y fuera del círculo familiar.

- Elegir y mantener las actividades y funciones sociales adecuadas al estado de salud, energía e intereses.
- Mantener un sentido de integridad moral frente a las decepciones y desilusiones en las esperanzas y sueños de la vida.
- Realizar una buena adaptación a las potencias en decadencia a medida que el envejecimiento reduce las fuerzas y capacidades.
- Adaptarse a los intereses y actividades para conservar la vitalidad y la energía del cuerpo envejecido.
- Dominar nuevos conocimientos y métodos para relacionarse con el medio físico como persona con incapacidades ocasionales o permanentes.
- Mantenerse mentalmente alerta y eficaz.
- Prepararse para el cese de la vida, final e inevitable, adoptando una filosofía de la vida que le permita vivir y morir en paz.<sup>17</sup>

Cuando el adulto mayor no realiza en forma adecuada estas tareas puede pasar por situaciones difíciles que alteran su calidad de vida y por lo tanto tienden a cursar esta etapa con Depresión.

## 1.7 Depresión

La depresión es una de las enfermedades que más impacto tiene sobre la calidad de vida de los viejos. Debilita a la persona física, mental y socialmente, la torna más vulnerable a otros problemas. A pesar de ser una de las enfermedades más comunes y curables en el área de psicogeriatría, se diagnostica poco y se mira con derrotismo; a veces es tomada poco en serio tanto entre la gente como por los médicos mismos. No ha logrado el lugar de enfermedad que es, y que con tanta frecuencia enfrentamos aun a pesar de que puede ser tratada exitosamente hasta en un 80% de los casos. Una gran cantidad de ancianos que asisten a consulta en clínicas y hospitales, en realidad acuden a ser escuchados más por problemas físicos y reflejan en muchos casos una depresión no diagnosticada y complicada por la problemática social que enfrentan las personas mayores en nuestra sociedad.

### Frecuencia

Bien parecería que la depresión es más común en los viejos; sin embargo, varios investigadores serios han estudiado este punto y no se ha logrado demostrar que haya

<sup>17</sup> A.S. Staab L.C. Hodges. Enfermería Gerontológica p.p. 7-11

mayor depresión en el anciano. La depresión es una enfermedad de todas las edades. Aún se toma como debilidad de carácter, mal tolerante o poca voluntad. No es considerada por el público como una enfermedad, no se consulta al médico sino tratada mediante recomendaciones de mayor actividad social, viajes y recursos religiosos.

Las personas mayores parecen tener mejor justificación para estar deprimidas, ya que a lo largo de sus extensas vidas han experimentado varias pérdidas, viven de los dolores, hacen que su vida en sí parezca de menor variedad e incentivos, por lo que no extraña su actitud triste.

Se sabe que las eventualidades estresantes de la vida, sucesos devastadores y acúmulo de conflictos, predisponen a un desajuste en los neurotransmisores, que son el sustrato de la enfermedad depresiva. Las personas mayores en el curso natural de la vida y con la pobre cultura sobre el envejecimiento que vivimos, son más vulnerables.

En geriatría se diagnostica hasta en 8 de cada 10 pacientes vistos por primera vez; esta altísima frecuencia podría ser explicada en base a que el paciente deprimido tiende a ser más difícil de manejar desde el punto de vista médico general, ya que sus quejas son múltiples y continuas, tiene menos apego al tratamiento y tiende a ser demandante y dependiente con su médico, por lo que muchos otros profesionales de la salud al verse agotados por este tipo de pacientes a los cuales no pueden dar soluciones adecuadas, son referidos a los servicios de geriatría, donde el médico debe estar especialmente capacitado para la detección, diagnóstico y tratamiento de la depresión, en vista de que es el padecimiento psiquiátrico más común de la edad avanzada, seguido por los trastornos de ansiedad. Esta circunstancia podría explicar la altísima frecuencia con que se ve la depresión en los viejos en geriatría: 80% en contraposición de alrededor del 20% que se reporta en estudios controlados.

La depresión tiene un gran impacto en la calidad de vida de los individuos; en el paciente viejo se sabe que en presencia de depresión hay un sensible aumento de la morbilidad de otros problemas como el infarto del miocardio, la enfermedad cerebrovascular, fractura de cadera, desnutrición, demencia, problemas reumáticos, hipertensión y otros muchos que no han sido estudiados en detenimiento frente a la depresión como variable.

La depresión se asocia a otras enfermedades ya que la depresión en sí es un evento adverso de la vida; sus consecuencias en la funcionalidad y calidad de vida predisponen a la depresión.

La depresión puede ser el heraldo de problemas físicos serios, por lo que el diagnóstico de depresión debe hacerse excluyendo problemas físicos ocultos como la enfermedad tiroidea, las neoplasias malignas y la demencia.

La depresión, entonces, es una enfermedad de gran relevancia en geriatría, por su impacto en la salud del viejo como causa de deterioro cognoscitivo, ansiedad, y

síntomas psicóticos, así como el sufrimiento emocional que puede producir al paciente y su familia, y el aumento del consumo de los servicios de salud.

La depresión en geriatría es la enfermedad de las mil caras, en principio deteriora la percepción de bienestar de uno mismo, produce insatisfacción y sensación de vacío, exhibe sentimientos de tristeza, desesperanza, abatimiento, miedo, angustia, enojo, infelicidad, desaliento, desinterés, minusvalía; puede manifestarse con problemas físicos como cansancio, falta o exceso de apetito, taquicardia, sudoración, molestias y dolores de todo tipo, empeoramiento de enfermedades ya conocidas. En general, la persona parece malhumorada, indiferente, de llanto fácil, desconcentrada e insatisfecha.

Superficialmente el paciente podría pasar como triste, sin embargo, si uno tiene el cuidado de conversar y explorar minuciosamente los problemas del paciente, el paciente que se siente avergonzado por estar deprimido, podrá expresar con libertad sus sentimientos y preocupaciones permitiendo un alto grado de sospecha y diagnóstico de la depresión.

Con frecuencia nos encontramos un paciente enojado, que no duerme bien, ha bajado de peso, tiene múltiples quejas físicas y sociales a las que no encuentra un adecuado tratamiento. No esperemos ver al viejo triste, llorando, busquemos por todos los rincones hasta dar en el lugar donde el paciente sea llevado con confianza a exponer sus sentimientos. En la generación de los que hoy son viejos hay una gran reticencia para aceptar los problemas mentales, la psiquiatría y, por lo tanto, a la depresión, que es considerada más bien como una debilidad de carácter y un humor difícil, por lo que explicar y confrontar al viejo con esta enfermedad, no es fácil. Se debe recalcar que se trata de una enfermedad en la que los neurotransmisores se han alterado, que tal circunstancia repercute seriamente en su salud general y, que por fortuna, tiene varias modalidades de tratamiento.

Siempre es importante explorar las pérdidas recientes y no confundir la etapa depresiva del duelo con la depresión establecida; asimismo, hay que mantenerse alerta por si estas etapas de duelo se prolongan patológicamente. La jubilación, la viudez, y la institucionalización, así como el deterioro cognoscitivo, son riesgos especialmente importantes para la depresión.<sup>18</sup>

Se ha documentado que la depresión aumenta el riesgo de caídas aun sin fármacos antidepressivos, que frecuentemente también son incriminados en estos riesgos.

## 1.8 Caídas

Cuando se habla de caídas, generalmente se piensa en un accidente, en la consecuencia de alguna enfermedad, un descuido o simplemente debilidad.

En el anciano, las caídas son todo un problema que se considera un síndrome complejo; si comparamos ¿cuántos de nosotros sufrimos una caída al año?, por un

<sup>18</sup> Carlos D'Hyver Manual Clínico de Geriatría p.p. 49-54

resbalón, un mal paso, un tropezón o empujón, veríamos que la cantidad es muy grande, lo que pasa es que en personas jóvenes prácticamente no hay consecuencias, ocasionalmente el daño es menor. Se calcula que el 65% de los ancianos sufre cuando menos una caída al año. Por desgracia, el 25% de las personas de edad avanzada que se caen sufren alguna consecuencia, que puede ir desde una simple escoriación hasta las más terribles fracturas. Es probable que no se reporten todos los casos de caídas por el miedo a perder la autonomía, ya que la familia pretenderá reducir o restringir las actividades del familiar anciano, o que al no haber tenido consecuencias se consideren normales o habituales.

Las caídas, debido a su frecuencia y sus consecuencias (físicas, psicológicas, sociales y económicas), requieren conocer y comprender su etiología, su manejo y sus repercusiones, ya que son la causa de morbilidad y mortalidad. Los accidentes son la sexta causa de muerte en nuestro país y la gran mayoría de éstos son caídas. Son productoras de múltiples patologías, predisponen al síndrome de fragilidad, de desacondicionamiento y con una repercusión importante en la funcionalidad de la persona.

Las causas de las caídas se pueden clasificar de diversas formas (internas y externas; crónicas y agudas). El medio ambiente en que viven los ancianos es importante para explicar muchas de las caídas. El tipo de vestimenta y calzado: pantalones flojos que hacen que se pisen los bordes y provocan tropezones o resbalones, la ropa ajustada que limita el movimiento, los zapatos con suela resbaladiza y agujetas sueltas. Los pisos resbalosos, más aún cuando se realiza la limpieza y se encuentran mojados, siendo el mosaico o el mármol los más peligrosos y en especial en el baño. Los cambios de altura (pequeños escalones), los tapetes sobre alfombras o en pisos sin bajo alfombra que facilitan los resbalones y tropezones. Los cables eléctricos y de teléfono que pasan entre los muebles, facilitando que se atore el pie. La iluminación que es excesiva o al contrario escasa, la luz directa ciega más a los ancianos, que no pueden adaptarse fácilmente al cambio de luz. La falta de pasamanos, barandales y barras de sostén en baños, hace perder el equilibrio ante eventualidades muy pequeñas. No hay que olvidar que el peligro no solo está en nuestra casa; las banquetas en México son muy irregulares, las guarniciones de las mismas o no existen o son muy altas, las rampas en las esquinas con el peralte tan grande que tienen provocan más fácilmente caídas. La lista de verificación nos permite identificar los factores externos que favorecen las caídas.

#### Lista de verificación:

##### Generales

- Piso y tapetes en buen estado y sin ondulaciones
- Iluminación brillante no directa
- Luces nocturnas en escaleras y en el camino al baño desde la cama
- Teléfono en lugar adecuado para que sea seguro contestar las llamadas
- Cables eléctricos no deben estar en lugares de paso

## Baño

- Barras de soporte en regadera y excusado
- Superficies no resbalosas en la regadera
- Drenaje adecuado para que no se encharque el agua

## Recámara

- Los tapetes al pie de la cama sobre pisos lisos y no fijos, así como los que se encuentran camino al baño
- Existencia de mesa de noche para dejar los lentes y aparatos auditivos a la mano

## Cocina

- El piso debe ser fácil de limpiar y antirresbaloso
- Los utensilios de cocina deben estar a la mano, no muy altos ni muy bajos
- Una silla alta para lavar los trastes
- Banco fuerte y con regatones de hule para impedir su movimiento, sirve para alcanzar los alimentos de la despensa

## Sala

- No debe haber tapetes sobre alfombras
- Tener tapetes con suficiente espacio entre ellos para circular
- Las sillas y sillones tienen suficiente altura para sentarse y pararse fácilmente

## Escaleras

- Colocar barandales de ambos lados y desde la base de la escalera
- La superficie de las escaleras debe ser antirresbalante
- Debe haber suficiente espacio en cada escalón para el pie completo. El peralte de los escalones no debe ser mayor a 25 cm.
- Señalar el borde superior e inferior de cada escalón.

Dentro de los factores internos que tienen relación con el síndrome en cuestión, encontramos; las enfermedades neurológicas como el Parkinson, que dentro de su sintomatología presenta temblor, rigidez y marcha alterada, lo que facilita el tropezón. La hidrocefalia normotensa, caracterizada por la tríada de Hakim, donde están incluidas las caídas. La enfermedad vascular cerebral que puede estar produciendo una hemiparesia; la falta de fuerza de un lado favorece la pérdida de equilibrio y sostén corporal. Los déficit cognitivos aumentan el riesgo de accidentes. Las alteraciones sensoriales (oculares y auditivas) dan pauta a que sea más fácil sufrir un accidente; la adaptación a los cambios de luz, las cataratas y el glaucoma forman parte de estos cambios. Todas las alteraciones musculoesqueléticas, en especial la

osteoartrópata degenerativa, limitan el movimiento, causan dolor, disminuyen la agilidad y facilitan las caídas.

## Fisiopatología

La marcha y equilibrio en las personas de edad avanzada se relacionan con la integridad de los órganos sensoriales, del sistema nervioso central, con el estado mental, del adecuado funcionamiento cardiopulmonar y del sistema musculoesquelético. Los cambios posturales del anciano debidos a la xifosis dorsal, a la flexión de la cadera, rodillas y tobillos, que se encuentran en relación con los cambios osteoarticulares de la vejez y no a una alteración propia de la estabilidad y equilibrio, facilitan que la persona caiga.

En especial las alteraciones circulatorias cerebrales por su frecuencia; la insuficiencia vertebrobasilar puede favorecer cambios bruscos en la circulación y consecuentemente, existe una pérdida de equilibrio con una probable caída.

No se han demostrado alteraciones específicas del cerebelo ni del oído interno (laberinto) que ocurran en todos los ancianos, que expliquen claramente las caídas; por supuesto las alteraciones patológicas de estos órganos pueden provocar la pérdida de estabilidad.

Resulta fundamental conseguir que el adulto mayor sea lo más independiente posible y esto puede lograrse mediante el uso de dispositivos de ayuda, con modificaciones y adecuaciones del entorno que favorezcan la seguridad del anciano evitando lesiones y caídas.<sup>19</sup>

## 1.9 Promoción de la salud del adulto mayor

Definir salud ha sido una de las tareas más arduas y complejas a la que se han enfrentado los organismos competentes. La Carta de Ottawa, emanada de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud reunida en esa ciudad canadiense en noviembre de 1986, señala que: "La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, pues, no como el objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario".

<sup>19</sup> Idem.p.p.117-121

En el mismo documento se afirma que las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad y que cualquier mejora de la salud, ha de basarse necesariamente en estos requisitos; y continúa señalando que: “una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social, y una dimensión importante de la calidad de la vida”. Esta nueva concepción de salud plantea la multifactorialidad de los elementos que la determinan y en consecuencia obliga al análisis de la situación en cada país, en función de la responsabilidad de los estados y sus pueblos en esta materia. Pareciera innecesario señalar que esta concepción de salud es aplicable a toda la población sin ningún tipo de diferencias, en razón a la edad sin embargo, es válido apuntar que los adultos mayores conforman actualmente, y continuarán haciéndolo por razones demográficas, uno de los grupos evolutivos sobre los que habrá que producir modificaciones substanciales en políticas y acciones de salud, a fin de reflejar el cumplimiento del compromiso de “Salud para todos”.

Armonizando con la nueva concepción de salud, Ebersole y Hess definen que para una persona de edad avanzada, “bienestar es el balance entre sus entornos interno y externo y sus procesos emocionales, espirituales, sociales, culturales y físicos, que le permiten estar en su nivel óptimo de funcionamiento y lograr una existencia buena y satisfactoria”: esta definición aclara que los adultos mayores, con sus particularidades, tienen su propio nivel máximo de bienestar y que este aspecto debe considerarse cuando se aplica el concepto de salud en general.

De acuerdo a lo expresado en la Carta de Ottawa: “la promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial “. Estas afirmaciones concuerdan con las expresadas por gerontología, enfermería y las del enfoque holístico, en el sentido de ofrecer a los adultos mayores la posibilidad real de alcanzar su máximo potencial de salud en el entorno donde se desenvuelven.

El desarrollo de las actitudes personales, además de la elaboración de una política pública sana, de la creación de ambientes favorables, de reforzamiento de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios sanitarios, constituyen los elementos que determinan la participación activa en la promoción de la salud. Referidos al primer elemento, la promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social y perfecciona las aptitudes indispensables para la vida; de ese modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud, sobre su entorno y para que opte por todo lo que propicie su salud y bienestar.

Los planteamientos previos ofrecen soporte fundamental para considerar al proceso educativo como una de las principales estrategias a considerar al desarrollar programas de promoción de la salud y, en ese sentido, el cuidado eficaz como concepto educativo, ha tomado auge en los últimos años a raíz de la prioridad dada a la atención primaria como la estrategia de elección para el logro de la meta de “Salud para Todos”.

Actualmente es indiscutible el derecho de los adultos mayores a participar activamente en los programas de salud, tanto en el sector público como privado, y en los cuales el cuidado eficaz representa una alternativa para el logro de los objetivos, ya que el mejorar los conocimientos sobre aspectos de salud, control y disminución de factores de riesgo y promoción de conducta de cuidado eficaz, se traducirá en una población adulta mayor más saludable.

Uno de los pilares filosóficos de la profesión de enfermería radica en el convencimiento del poder ilimitado de aprendizaje del ser humano, independientemente de su edad y de la posibilidad de que a través del proceso educativo las personas de la tercera edad incorporen a su vida diaria conductas de salud física, social, mental y espiritual que favorezcan su bienestar, así como abandonar los estilos de vida que pudieran perjudicarlo.

Al hablar del cuidado eficaz nos referimos a las acciones individuales que debe realizar un adulto mayor para mantener y mejorar su salud; y las decisiones referidas a usar tanto los sistemas de apoyo informal, como los servicios médicos formales. Esto significa que la mayoría de estas habilidades son relativamente fáciles de enseñar y aprender, con pocos riesgos de que se produzcan complicaciones en ausencia de un profesional.

La mayoría de las personas mayores tienen la capacidad física y mental necesaria para realizar actividades para el cuidado eficaz de su persona. Sin embargo esta posibilidad es cuestionada tanto por profesionales como por los propios adultos mayores o familiares de los mismos debido a conceptos equivocados y puntos de vista negativos hacia la vejez, al considerar que el ser personas de tercera edad es sinónimo indiscutible de rigidez, enfermedad, discapacidad, etc.

Las personas mayores adquieren algunos de los conocimientos básicos para la eficacia de su cuidado por medio de la experiencia de la vida cotidiana y de las situaciones que afectan su salud, pero será necesario que aprendan nuevos conocimientos y prácticas que les permitan realmente convertirse en sus propias fuentes de bienestar. Algunos adultos mayores no solo son capaces de su cuidado, sino que también pueden colaborar en el cuidado de otros más limitados física y psicológicamente. El adulto mayor no solamente debe preocuparse por su salud física y mental, sino que debe abarcar todas las esferas de la vida que forman la escala de necesidades básicas del hombre.

Los adultos mayores poseen el potencial para convertirse en sus propios agentes de atención y para incorporar a su vida diaria conductas de salud que fomenten su bienestar integral. La eficacia en el cuidado convierte a la persona de edad avanzada en motor de su propio bienestar y con el apoyo familiar y la participación de los recursos de la comunidad, puede encontrar la solución a la mayoría de sus problemas. La comunidad debe tomar parte activa en la promoción de la autosuficiencia, del anciano con el fin de reducir la situación de dependencia de los adultos mayores.

Los estilos de vida saludables deben fomentarse a una edad temprana, de manera que los adultos mayores del futuro, eviten algunos problemas de salud o estén mejor capacitados para enfrentarlos.

Sin embargo, nunca es tarde para iniciar medidas preventivas y cambios en los estilos de vida perjudiciales para la salud; entre esas medidas se pueden citar: dejar de fumar, usar cinturones de seguridad, abstenerse de consumir alimentos que agraven las condiciones crónicas, mantener el tono y la fuerza muscular mediante ejercicios y realizar actividades que mejoren el funcionamiento orgánico y social y atenúen los efectos de las enfermedades que puedan surgir más adelante en la vida. Algunos estudios han mostrado que las personas sedentarias de 60 años y más que deciden tomar parte en programas regulares de ejercicios, mejoran su rendimiento cardíaco y disminuyen sus niveles de lípidos en la sangre esto permite:

- Mantener la capacidad funcional del adulto mayor y prevenir algunas enfermedades
- Hacer menos grave la enfermedad o discapacidad del anciano con enfermedad crónica
- Mejorar la interacción entre la persona mayor y los sistemas de servicios sociales y de salud por medio de la diseminación de más y mejor información.

En este sentido, la eficacia en el cuidado puede fomentarse proporcionando a los adultos mayores y a sus familiares, información sobre las conductas de salud que favorecerían su bienestar y cómo utilizar más eficazmente los servicios sociales y de salud. Halfdan Mahler, ex-Director General de la Organización Mundial de la Salud afirma, "es necesario tener en cuenta que todo aumento significativo en el bienestar físico, mental o social depende en gran medida de la determinación del individuo y de la comunidad de ocuparse de sí mismos".

### 1.9.1 Aprendizaje en adultos mayores

En lo que se refiere al aprendizaje en los adultos mayores Rendón y sus colaboradores han señalado que las funciones intelectuales no se deterioran automáticamente con la edad; la personalidad por ejemplo se mantiene estable a lo largo de toda la vida. La vejez no es, por tanto, sinónimo de pérdida de la capacidad, por el contrario, el proceso de aprendizaje puede desarrollarse en forma dinámica y fluida durante toda la existencia. No obstante en la planificación de las actividades educativas para las personas de edad avanzada, hay que tener en cuenta variables importantes que influyen en el proceso de aprendizaje, tales como las alteraciones en la percepción sensorial, motivación, tiempo de respuesta, nivel de energía física y mental, y memoria.

También hay que recordar que no todos los ancianos son iguales, ya que como se ha indicado, el proceso de envejecimiento es altamente individual; por otra parte, existen diferencias en educación, antecedentes sociales, culturales y económicos y finalmente en el estado de salud mismo, que lo hacen único e individual.

El proceso de aprendizaje exige que los sentidos, principalmente la audición y la visión, perciban el estímulo, lo interpreten, lo almacenen y lo codifiquen, primero en la memoria primaria y luego en la secundaria. La información se capta por medio de los sentidos y la transformación se efectúa en la memoria primaria donde los datos se relacionan y se transforman en pequeñas piezas que se comparan con los aprendizajes anteriores y se almacenan más fácilmente en la memoria secundaria. La desorganización dificulta el proceso de memorización, especialmente en personas de edad avanzada; por consiguiente, la información que se ofrezca debe organizarse secuencialmente utilizando elementos de asociación que le ayude a la persona mayor a recordar la información con facilidad.

Para facilitar la memorización, especialmente la codificación y la reintegración, se deben usar contenidos que tengan relevancia para el adulto mayor, de manera que él asocie la nueva información con sus experiencias vitales y con la información aprendida anteriormente. Se recomienda ampliamente el uso de medios audiovisuales, recordando que cuando se usa material escrito, es necesario asegurarse que la información se presente en letras grandes y de molde. Con el propósito de favorecer la adquisición de nuevos conocimientos y estimular el cuidado eficaz, se recomienda ofrecer la información en pequeñas cantidades y hacer uso de la repetición; esta última favorece la fijación del conocimiento. En el caso de enseñar habilidades psicomotoras, deben hacerse tantas demostraciones como sean necesarias, hasta que la persona mayor logre su objetivo de aprendizaje.

En los adultos mayores la motivación determina, en gran medida, el grado de aprendizaje; mientras más importante, significativo y aplicable sea el nuevo conocimiento para ellos, más alta será su motivación y deseo de realizarla bien; es por ello que el personal de enfermería gerontológica deberá desarrollar las acciones necesarias para mantener un alto nivel de motivación en las personas mayores.

Otra de las variables importantes que influyen en el proceso de aprendizaje de los adultos mayores es el tiempo de reacción y respuesta. Se estima que este tiempo empieza a disminuir a partir de los 60 años; en otras palabras, las personas de 60 años y más necesitan más tiempo que los adultos y jóvenes para reaccionar ante una nueva información. Por ello es conveniente reducir la cantidad de material y la velocidad con que se presenta la información, con el fin de compensar la demora en el tiempo de respuesta; también es recomendable presentar el material en pequeñas unidades para favorecer la percepción, adquisición, codificación y almacenamiento de la información. Un aspecto de suma importancia derivado del retardo en el tiempo de respuesta y con implicaciones para enfermería, es el hecho de que no debe presionarse a las personas mayores para que realicen tareas durante un tiempo determinado o controlado.

El nivel de energía es otro aspecto determinante para el proceso de aprendizaje y por esa razón se recomienda que las sesiones educativas no sobrepasen los 30 minutos y permitan períodos de descanso, si es necesario, con el propósito de que el adulto

mayor mantenga los niveles adecuados de energía que favorezcan el logro de los objetivos de salud.

Otros elementos que se deben considerar para favorecer el proceso de aprendizaje de las personas de la tercera edad, son: ambiente físico protegido, sentido de seguridad, respeto y aceptación, y la ausencia de amenazas y de sentido de ridículo. El optimismo manifiesto, la paciencia, el elogio, el sentido del humor y los refuerzos positivos contribuyen a formar un ambiente alentador donde el adulto mayor tiene excelentes posibilidades de éxito y oportunidades para integrarse al esfuerzo conjunto de optimizar su bienestar integral, iniciar nuevas tareas, explorar otros caminos y aceptar nuevos retos de la vida.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> OPS Enfermería Gerontológica Conceptos para la práctica p.p. 25-31

## **2.- Aplicación del Proceso Atención de Enfermería a un Adulto mayor de acuerdo al Modelo de Virginia Henderson**

### **2.1 Presentación del caso**

#### **Valoración de Enfermería**

Se trata de un adulto mayor, de 86 años de edad católico, viudo, se considera independiente de acuerdo al resultado de la Valoración de Dependencia ( anexo 3 ) ya que se basta por si mismo para realizar las actividades de la vida diaria indispensables para su cuidado sin ayuda, con estilo de vida de provincia, debido a que radica en la ciudad de Iguala Guerrero, tiene servicios públicos un poco deficientes en el abasto de agua potable ya que es escasa, obtiene una pensión por viudez lo que le permite satisfacer sin problemas sus necesidades de sustento prioritarias, recibe ayuda económica esporádica por parte de sus hijos cuando la situación así lo requiere. Cuenta con casa propia, las características de la vivienda son aceptables aunque requieren de una adaptación de acuerdo a las necesidades y limitaciones físicas del adulto mayor, el pago de los servicios de la vivienda los cubre su hijo que vive en el mismo terreno pero en otra casa.

Dentro de los antecedentes patológicos a considerar se encuentra que es alérgico a la tetraciclina, padece gastritis crónica, ha sido sometido a hemorroidectomía, hernioplastia y colecistectomía. Cursa con periodos de depresión por vivir solo desde que enviudó; también presenta periodos de angustia y ansiedad relacionados con temor a la enfermedad y a la incapacidad, tiene dificultad para adaptarse a medios distintos a su entorno, con frecuencia psicomatiza sus problemas manifestándolo por medio de gastritis e insomnio, presenta hipersensibilidad a los medicamentos, así como dificultad para aceptar el proceso de envejecimiento.

Tomando en consideración las 14 Necesidades Básicas del Modelo de Virginia Henderson y el Instrumento de Valoración de Enfermería en el Anciano, se obtuvieron los siguientes resultados:

En las necesidades de oxigenación se encuentra que el paciente presenta: Limpieza ineficaz de las vías aéreas por presentar inflamación crónica ( sinusitis) y también debido a las características ambientales de su entorno

De acuerdo a las necesidades de nutrición e hidratación y tomando en consideración la evaluación de Aspectos que influyen en la Nutrición del Anciano ( anexo 4 ) se encuentra que el adulto mayor presenta alteraciones en estas necesidades debido a que tiene dificultad para la masticación

Se identifica: Alteración en el mantenimiento de salud, relacionado con falta de conocimientos sobre la composición de una dieta equilibrada y un déficit de cuidado eficaz en la preparación de alimentos e ingesta de líquidos adecuados. Dificultad en la masticación por la necesidad de usar prótesis dental.

También la ingesta de líquidos es deficiente, a pesar de vivir en un clima cálido, el adulto mayor manifiesta que la baja ingesta es debida a una capacidad gástrica limitada.

En la necesidad de eliminación se identifica, que con frecuencia presenta estreñimiento probablemente debido a la falta de consumo de alimentos ricos en fibra así como a la baja ingesta de líquidos y a la disminución de actividad física, su patrón de eliminación es de 2 a 3 veces al día.

Las características de la orina están dentro de las características normales ya que se encuentra un poco concentrada, controla adecuadamente su eliminación; utiliza orinal exclusivamente por las noches ya que debido a las características de la vivienda tiene que salir de la recámara para ir al baño.

Presenta abundante sudoración en reposo y al realizar actividades domésticas y ejercicio.

En relación a moverse y mantener una buena postura se encuentra se encuentra que la movilización es adecuada a su edad, refiere debilidad y fatiga al deambular, su balance es normal aunque al realizar movimientos rápidos sobre todo al levantarse presenta vértigo. Sin embargo puede desplazarse sin ayuda dentro y fuera de su casa. Le gusta caminar aproximadamente durante 30 minutos o más ya que considera que es conveniente para hacer ejercicio. Realiza las rutinas cotidianas sin ayuda y mantiene una postura aceptable.

#### **Necesidad de Descanso y Sueño**

Se observa que presenta alteración en el descanso y sueño, ya que tiene dificultad para conciliar el sueño y despierta fácilmente durante la noche. con frecuencia presenta insomnio sobre todo cuando cursa con estados de angustia y ansiedad.

Al realizar la evaluación del Estado Mental ( anexo 5 ) se evalúa que el paciente se encuentra con lúcido satisfactoriamente

#### **Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas**

El adulto mayor usa prendas de vestir adecuadas a su edad, se viste y calza sin dificultad, refiere rechazo a la ropa de nylon ya que es una tela que lo hace transpirar mucho. Trata de mantener su ropa limpia y arreglada, ya que cuando no está deprimido da mucha importancia a su arreglo personal.

#### **Necesidad de Termorregulación**

Tiene dificultad para adaptarse a los cambios de temperatura ya que utiliza ropa abrigadora en un clima cálido debido al temor que tiene de enfermarse y difícilmente acepta ser trasladado a un clima frío.

#### **Necesidad de Higiene y Protección de la piel**

Presenta déficit de cuidado eficaz en la higiene y baño debido a las condiciones inadecuadas de su entorno y a su estado de ánimo.

El baño lo efectúa diariamente o cada tercer día de acuerdo a su estado de ánimo y a las condiciones del clima, realiza cambio de ropa con frecuencia pero no le agrada usar desodorante ya que refiere que le provocan prurito e irritación. La piel luce reseca por la edad y por falta de lubricación.

#### **Necesidad de Evitar los peligros**

La disminución de la capacidad física y su estado de ánimo le dificultan mantener en condiciones óptimas de limpieza su entorno y el rechaza la ayuda doméstica además de que existe dificultad para obtenerla. El adulto mayor refiere sentirse a gusto en su entorno y no acepta que se le realicen cambios.

Se observa una gran necesidad de demostrar que todavía es competente para realizar actividades que lo ponen en grave riesgo de lesión y traumatismo físico, debido a que no toma las precauciones pertinentes para evitarlos, tiene dificultad para aceptar sus limitaciones físicas y pone continuamente en peligro su integridad física, ya que realiza acciones osadas como subir a la azotea y a los tejados a realizar limpieza de los mismos.

Al caminar por la calle no toma las precauciones debidas, pierde el paso con facilidad en los desniveles de las banquetas, llegando a sufrir caídas por exceso de confianza en sí mismo ya que no toma en cuenta que tiene disminución visual, auditiva y de reflejos.

#### **Necesidad de comunicarse**

La comunicación se ve afectada desfavorablemente lo que le produce sensación de soledad, aislamiento y depresión por lo que se evalúa la Escala de Depresión Geriátrica ( Anexo 2 ) obteniendo en este momento un resultado de depresión leve debido a que se encuentra con buen estado de ánimo ya que dos de sus hijas lo visitaron en fecha reciente y una de ellas prolongó su visita hasta el momento de la evaluación.

El pensar en que puede enfermarse y estar solo le produce ansiedad, provocándole psicomatización de enfermedades como: gastritis y otras manifestaciones gastrointestinales así como las alteraciones del sueño antes mencionadas.

Siempre vive con el temor de padecer alguna enfermedad que le haga perder su independencia y que se vea obligado a depender de algún familiar, ya que considera que tendría problemas para su atención y el no se adapta fácilmente a los cambios de entorno.

Desde que enviudó cursa con periodos de depresión. Se siente solo y abandonado ya que tiene dificultad para comunicarse con su hijo que es el familiar que vive cerca de él ya que el adulto mayor demanda un trato cordial y manifiesta que su hijo no le tiene paciencia en sus demandas de atención porque no recibe ningún tipo de apoyo emocional, solo económico.

Mantiene comunicación abierta telefónica con una de sus hijas pero esta radica en el Distrito Federal y esto le hace sentirse tranquilo ya que puede llamarle en cualquier momento del día y de la noche.

Se le facilita la comunicación y la relación con vecinos de quienes recibe en ocasiones apoyo cuando lo solicita pero no le gusta asistir a eventos sociales argumentando que tiene dificultad para tomar cualquier alimento.

**Necesidad de Vivir según sus creencias y valores**

Cree y tiene fe en Dios se siente protegido por él pero no lleva a cabo prácticas religiosas cotidianamente. Le resulta de mucha utilidad la oración al levantarse y al acostarse.

**Necesidad de Trabajar y realizarse**

Se siente satisfecho de poder valerse por sí mismo en su atención y actividades de la vida diaria está pensionado y no tiene necesidad de trabajar, se siente realizado con tener solvencia suficiente para su manutención

**Necesidad de Jugar/Participar en actividades recreativas**

Presenta rechazo a actividades recreativas debido a su estado de ánimo y personalidad, y también a su aislamiento social ya que no le agrada asistir a reuniones argumentado que no puede convivir adecuadamente por no poder ingerir bebidas alcohólicas y tabaco, tampoco puede tomar cualquier alimento en sus ratos libres toca la guitarra y se pone a grabar canciones, pero desconoce la importancia de la utilización adecuada del tiempo libre. Le satisface plenamente platicar con amigos de la tercera edad y asistir a sitios abiertos como parque o zócalo.

**Necesidad de Aprendizaje**

Tiene necesidad de aprendizaje sobre aspectos de salud y se detecta la necesidad de conocer el proceso de envejecimiento para que pueda aceptar sus limitaciones.

Se interesa en obtener información sobre la salud a través de programas de televisión pero en ocasiones la información le produce ansiedad hasta que se le aclaran dudas.

Demanda atención médica con frecuencia a pesar de no padecer enfermedades crónico degenerativas debido a la psicomatización de padecimientos.

**Observaciones**

De acuerdo a esta valoración se observa que el caso es de un adulto mayor que presenta periodos de ansiedad y depresión por el temor de dejar de ser una persona independiente ya que siempre fue una persona muy activa y está consciente de que cada día pierde facultades conforme avanza su envejecimiento. En estado de ansiedad psicomatiza padecimientos pero presenta dificultad para seguir los tratamientos indicados en estos casos. Manifiesta mucho temor de padecer una enfermedad grave y prolongada y de morir solo por no contar con el apoyo, atención y tolerancia de sus familiares más cercanos. Vive con sentimientos de soledad y abandono provocándole

sentimientos de soledad y abandono lo que le ocasiona disminución de su autoestima y los consecuentes episodios de depresión e insomnio. Por falta de conocimiento no acepta fácilmente los cambios anatomofisiológicos correspondientes a su edad y tiene mucha necesidad de sentirse querido y aceptado.

## **2.3 Jerarquización de Necesidades**

- 1.- Riesgo de traumatismo y lesión**
- 2.- Depresión**
- 3.- Dificultad para la Comunicación Asertiva**
- 4.- Alteración del Sueño**
- 5.- Miedo a Enfermarse y ser Dependiente**
- 6.- Falta de Conocimiento y Aceptación al Proceso de Envejecimiento**
- 7.- Deterioro de la Movilidad Física**
- 8.- Estreñimiento**
- 9.- Deficiente alimentación en Cantidad y Calidad**
- 10.- Baja ingesta de líquidos**
- 11.- Baja Tolerancia al Frío y a Cambios Bruscos de Temperatura**
- 12.- Descuido en el Arreglo Personal**

## 2.4 Plan de Atención de Enfermería

**Diagnóstico de Enfermería:** Riesgo de lesión física relacionado con edad de 86 años y con disminución de capacidades para realizar actividades que ponen en riesgo su integridad

**Objetivo:** Desarrollar una comprensión adecuada de la situación

### Problema Real

- Riesgo de Traumatismo o lesión

### Problema Potencial

- Propensión a caídas
- Fracturas de Pelvis
- Traumatismos
- Heridas y laceraciones

### Estrategias de Enfermería

- Aumentar el conocimiento del paciente en el cuidado eficaz de su integridad física
- Orientar respecto a la adaptación del baño, instalando medidas de seguridad y evaluar los riesgos del ambiente
- Evaluar las prácticas y conductas del adulto mayor que aumentan el riesgo y explicarlas al adulto mayor y su familia
- Enseñar al adulto mayor y su familia respecto del riesgo, y buscar alternativas para reducir el hecho de que éste se lesione
- Orientar al adulto mayor para que use vestimenta y calzado adecuado para evitar accidentes
- Dar orientación vial y medidas de seguridad para andar fuera de su casa.

### Fundamentación

- Los accidentes son la sexta causa de muerte en nuestro país y la gran mayoría de estos son por caídas
- La falta de pasamanos y barras de sostén en baños hacen perder el equilibrio a los adultos mayores
- La marcha y equilibrio en las personas de edad avanzada se relacionan con la integridad de los órganos sensoriales, del sistema nervioso central, con el estado mental, del adecuado funcionamiento cardiopulmonar y del sistema músculo esquelético
- Los cambios posturales del anciano debidos a la xifosis dorsal, a la flexión de la cadera, rodillas y tobillos, que se encuentran en relación con los cambios osteoarticulares de la vejez facilitan que la persona caiga

- En especial las alteraciones circulatorias cerebrales por su frecuencia, la insuficiencia vertebrobasilar, pueden favorecer cambios bruscos en la circulación y consecuentemente, existe una pérdida de equilibrio con una probable caída
- El adulto mayor sufre presbiacusia caracterizada por el deterioro de la sensibilidad de la frecuencia alta y a la percepción, localización y discriminación de los sonidos
- El adulto mayor presenta deterioro del control postural reflejo, lo que puede producir predisposición a las caídas por vértigo y mareo y disminución de la habilidad para moverse en la oscuridad

### Evaluación

- El adulto mayor y la familia se concientizan del riesgo y tratarán de tomar medidas de protección

**Diagnóstico de Enfermería:** Depresión por viudez y soledad relacionada con dificultad para entenderse con sus familiares más cercanos, debida a indiferencia por las necesidades del adulto mayor

**Objetivo:** Identificar las causas que originan la depresión

### Problema Real

- Depresión

### Problema Potencial

- Disminución de la autoestima
- Soledad
- Apatía
- Aislamiento social

### Estrategias de Enfermería

- Expresar respeto y aceptar sin juicios al paciente como persona
- Ayudar al paciente a identificar los cambios de sentimientos respecto así mismo
- Enseñar al paciente a conocer los efectos nocivos de una actitud negativa consigo mismo y con los demás
- Ayudar al adulto mayor en la identificación de los recursos de la comunidad, grupos de apoyo, grupos sociales
- Ayudar al paciente a identificar a la persona o personas con las que se siente cómodo compartiendo sus sentimientos
- Enseñar al paciente la forma de hacer duelos por pérdidas
- Animar al paciente a apreciar al máximo cada momento, cada día
- Motivar a la familia para que brinde afecto al adulto mayor tratando de evitar que se sienta solo
- Desaprovar las reflexiones sobre problemas y fracasos pasados

- **Orientar al paciente en el uso adecuado del tiempo libre**
- **Fomentar un ambiente psicosocial positivo manteniendo un entorno limpio y cómodo, proporcionarle alimentos de su agrado, demostrarle afecto indicándole que no se encuentra solo.**
- **Facilitar y explorar las expresiones de sentimientos**
- **Explorar la dinámica de las relaciones en el pasado**
- **Alertar al paciente frente a las conversaciones negativas con uno mismo y discutir la inexactitud de las percepciones**

### **Fundamentación**

- **La depresión en las personas mayores de 60 años está frecuentemente relacionada, con una pérdida mayor, muerte de un cónyuge o de otro ser querido**
- **El anciano se vuelve temeroso, rígido, introvertido, cauteloso y tiende a la baja autoestima, siendo presa fácil para la depresión**
- **Un estado emocional placentero y de convivencia reduce el estrés, ayudando así a evitar la depresión y la enfermedad física**
- **La confianza ayuda a equilibrar la comunicación y a aliviar el estrés y los sentimientos de soledad y desesperanza**
- **La depresión puede presentarse por una falta subjetiva de control sobre sus vidas o una situación actual**
- **Los cambios por el envejecimiento en el sistema nervioso central, como el aumento en la actividad de la monoaminoxidasa y menores concentraciones de neurotransmisores en especial los catecolaminérgicos, pueden intervenir en cierto grado en el desarrollo de la depresión en el anciano**
- **La depresión produce discapacidad funcional importante e interfiere con la recuperación de otras enfermedades**
- **Varios factores biológicos, físicos, psicológicos y sociológicos predisponen a la depresión**
- **Los síntomas físicos específicos que se relacionan con todos los sistemas orgánicos principales pueden ser indicativos de depresión y no de enfermedad física en el paciente geriátrico**
- **Ser viejo es ser o sentirse inútil; con el sentimiento de inutilidad viene el miedo al porvenir y se avisa conflicto con la sociedad quien no valora al anciano y el no la acepta**
- **La creatividad es el mejor antídoto contra la decadencia de la vejez.**
- 

### **Evaluación**

- **Resultado parcialmente satisfactorio debido a que el adulto mayor vive solo y le hace falta estimulación positiva y afecto.**

**Diagnóstico de Enfermería:** Alteración de las relaciones familiares y afrontamiento familiar inefectivo relacionado con comunicación ineficaz con sus familiares más cercanos

**Objetivo:** Desarrollar una relación de confianza con sus familiares

### **Problema Real**

- Dificultad para la comunicación asertiva

### **Problema Potencial**

- Estrés y ansiedad
- Rechazo

### **Estrategias de Enfermería**

- Explorar los mecanismos de afrontamiento con el paciente y ayudarle a identificar la utilidad de los mismos para disminuir la ansiedad
- Ayudar al adulto mayor y familiares allegados a identificar las áreas de conflicto
- Aclarar la forma de comunicación entre el paciente y sus familiares allegados
- Identificar conductas que pueden indicar dificultad en la comunicación
- Identificar las respuestas no facilitadoras de la comunicación
- Enseñar al paciente y familiares, técnicas de comunicación asertiva
- Planear e iniciar estrategias que faciliten la comunicación entre el adulto mayor y su familia
- Transmitir esperanza describiendo situaciones en la que otras personas han superado situaciones similares.

### **Fundamentación**

- Enseñar al paciente a afrontar con éxito las críticas negativas
- Cuando falta la comunicación, las necesidades de la persona anciana no son satisfechas y aumenta el estrés y la ansiedad
- Ciertos problemas de comunicación acompañan a menudo a la depresión. Y la educación de la familia permite una continuación de las actuaciones para mejorar el estado del adulto mayor
- El fracaso de la comunicación amenaza las relaciones interpersonales satisfactorias con la familia y los amigos
- La identificación de la conducta ayuda a la valoración y educación del paciente
- Las respuestas no facilitadoras bloquean la comunicación y deterioran un estado ya alterado
- La comunicación asertiva nos permite establecer relaciones con los demás de manera satisfactoria y es un modo de ayudar a las personas a sobrevivir en un mundo con dificultades

- Las estrategias que facilitan la comunicación generan confianza y fomentan la relación entre el adulto mayor y su familia
- La empatía facilita la aceptación de las alteraciones propias.

**Diagnóstico de Enfermería:** Alteración del sueño relacionado con insomnio al experimentar temor de enfermarse estando solo

**Objetivo:** Disminuir el nivel de ansiedad y temor

### **Problema Real**

- Alteración del sueño

### **Problema Potencial**

- Insomnio
- Ansiedad

### **Estrategias de Enfermería**

- Evaluar las capacidades del cliente para enfrentarse a los problemas
- Disminuir la estimulación sensorial
- Utilizar técnicas para reducción del estrés
- Proporcionar al cliente las necesidades básicas que le den tranquilidad
- Alentar al paciente a que exprese sus preocupaciones y ansiedad
- Reducir o eliminar los factores constantes del trastorno del sueño
- Disminuir o eliminar las siestas durante el día
- Sugerir nuevas actividades para favorecer el sueño
- Realizar técnicas de relajación
- Favorecer momentos de tranquilidad antes de ir a la cama

### **Fundamentación**

- Los cambios en el sueño, el descanso y la conciencia afectan a menudo al estilo de vida de la persona, e interfieren con la capacidad para mantener el control de muchas funciones importantes
- El insomnio o disminución de la capacidad para descansar, puede evolucionar de una forma tan gradual que ni el anciano ni su familia sean conscientes de la magnitud de los cambios que se han producido con el tiempo
- El sueño se define como una interrupción periódica de la conciencia en donde se restauran las funciones corporales
- En el adulto mayor, los patrones de sueño están alterados. Existe un aumento en cantidad del sueño ligero, una disminución en cantidad del sueño profundo y se considera que estas etapas más profundas del sueño son necesarias para el restablecimiento físico

- Los cambios sensoriales, como el deterioro de la visión, pueden reducir la sensibilidad a los estímulos externos de iluminación y oscuridad que incitan los patrones de sueño
- En el anciano, se producen cambios en el ritmo circadiano que pueden afectar a la frecuencia cardíaca, la temperatura corporal, el volumen de orina excretado y la excreción de potasio urinario
- El anciano se cansa con más facilidad y requiere periodos más largos de recuperación tras una actividad
- Una falta de descanso puede conducir a una disminución del nivel de energía, haciendo que la persona evite actividades que antes le resultaban divertidas.

### **Evaluación**

- Resultado parcialmente satisfactorio, el paciente logra dormir aproximadamente cuatro horas, reportando sueño interrumpido.

**Diagnóstico de Enfermería:** Aflicción anticipada relacionada con miedo de padecer alguna enfermedad que requiera de cuidados especiales que lo obliguen a depender de otra persona

**Objetivo:** Disminuir el miedo logrando confianza en si mismo y en los demás

### **Problema Real**

- Miedo a enfermarse

### **Problema Potencial**

- Angustia
- Estrés
- Ansiedad
- Desesperanza

### **Estrategias de Enfermería**

- Utilizar técnicas de comunicación terapéutica y animar al paciente a que exprese: los sentimientos subjetivos que experimenta, La percepción sobre sus propios mecanismos de afrontamiento y sus propias limitaciones
- Ayudar al adulto mayor a exteriorizar sus temores
- Favorecer la presencia de familiares que son importantes para el adulto mayor para brindarle apoyo
- Incluir a la familia y otros allegados en la educación del paciente
- Ofrecer una esperanza realista para la solución de su temor
- Ayudar al paciente a hacer frente a las percepciones distorsionadas
- Hacerle sentir que no está solo y comprometer a los familiares para que le brinden confianza y seguridad
- Favorecer ejercicios de relajación y distracción

- Implementar un programa de ejercicio y actividades recreativas
- Permitir que el adulto mayor exprese quejas e inquietudes respecto a su salud y estado de ánimo
- Establecer una comunicación personal con el paciente cuando este lo requiera
- Iniciar medidas protectoras para mantener la sensación de seguridad del paciente

### Fundamentación

- La ansiedad es un comportamiento utilizado por el individuo para compensar los sentimientos de amenaza con respecto a su integridad psicosocial
- La ansiedad interfiere con la función cognitiva porque estrecha la percepción
- Un adulto mayor que padece ansiedad es menos capaz de centrarse en los estímulos ambientales y por tanto puede suceder que no capte la información necesaria para un funcionamiento apropiado
- La ansiedad acorta la duración de la atención e interfiere con el pensamiento, la lógica y la resolución de problemas
- Cuando la ansiedad persiste o aumenta, estrecha la atención del individuo, consume energía y erosiona el funcionamiento mental
- El ejercicio es considerado como un método de prevención y de reducción del estrés

### Evaluación

- Resultado parcialmente satisfactorio ya que el paciente disminuye el miedo a enfermarse al saber que siempre recibirá apoyo de su familia en el caso de necesitarlo.

**Diagnóstico de Enfermería:** Alteración de la imagen corporal y deterioro de la movilidad física relacionado con dificultad para aceptar los cambios que implica la vejez por falta de información sobre el proceso de envejecimiento

**Objetivo:** Aceptar el cambio corporal y las limitaciones que implica la vejez e incorporarlo al concepto de uno mismo

### Problema Real

- Falta de aceptación al proceso de envejecimiento

### Problema Potencial

- Deterioro de la imagen corporal
- Falta de aceptación a los cambios físicos, biológicos, psicológicos del envejecimiento y las limitaciones que estos implican
- Debilidad y fatiga

## Estrategias de Enfermería

- Proporcionar al adulto mayor información sobre el proceso de envejecimiento y la adaptación a estos cambios naturales
- Ayudar al paciente a que exprese sus preocupaciones respecto a la edad
- Tratar de comprender la percepción del adulto mayor respecto al problema
- Valorar la capacidad del paciente para llevar a cabo las actividades diarias
- Enseñar al paciente a realizar ejercicios dentro de su amplitud normal de movimiento de cada articulación
- Indicar las modificaciones del entorno que puedan resultar adecuadas, en caso necesario
- Favorecer y estimular, el apoyo social por parte de los familiares y personas allegadas
- Estimular al paciente a que realice terapia ocupacional
- Favorecer el ejercicio de caminar con zapatos cómodos que den buen soporte al pie
- Hacer un esfuerzo para que el adulto mayor en esta etapa, goce de una calidad de vida acorde a sus circunstancias, mediante un mayor conocimiento de las características del envejecimiento y la aportación de las soluciones

## Fundamentación

- La vejez y la muerte son dos verdades fisiológicas y como tales debemos considerarlas, evitando caer en fáciles concesiones a la imaginación alarmante o premonitória
- La falta de un programa de actividades adecuadas, influye negativamente en todo el sistema homeostático
- La incapacidad para realizar las actividades básicas de autoeficacia y las actividades de la vida diaria conducen a una pérdida de independencia y a sentimientos de baja autoestima y desesperanza en los ancianos
- El ejercicio mejora el funcionamiento corporal y la propia imagen corporal, que a su vez afecta a la moral
- El ejercicio favorece el movimiento y mejora la confianza en uno mismo, el concepto de uno mismo y el bienestar general
- Los ejercicios de amplitud de movimiento ayudan a mantener la funcionalidad articular
- La adaptación del entorno favorece la comodidad y evita la fatiga
- La terapia ocupacional favorece la funcionalidad y el hecho de realizar una actividad física ligera durante 30 minutos beneficiará el funcionamiento físico del adulto mayor
- El caminar proporciona un estiramiento simple, amplitud de movimiento y favorece la respiración profunda, proporcionando los máximos beneficios de salud para el adulto mayor
- La falta de funcionamiento físico causa una serie de problemas del movimiento, que consisten en dolor, rigidez, debilidad y deformidad, que no solo limitan el movimiento y las capacidades funcionales, sino que también pueden ser causa de caídas

## Evaluación

El paciente lleva a cabo las actividades de la vida diaria dentro de sus limitaciones y logrando mantener la funcionalidad a través de una rutina de ejercicios.

**Diagnóstico de Enfermería:** Estreñimiento relacionado con hábitos deficientes en la alimentación e ingesta de líquidos y a una vida sedentaria

**Objetivo:** Aumentar la ingesta de líquidos y alimentos ricos en fibra

### Problema Real

- Estreñimiento

### Problema Potencial

- Constipación
- Distensión Abdominal
- Flatulencia
- Impactación fecal

### Estrategias de Enfermería

- Animar al paciente a que ingiera de 6 a 8 vasos de agua al día
- Orientarlo para que tome un vaso de líquido caliente 30 minutos antes del desayuno
- Animarle a que tome alimentos que aumenten la cantidad de fibra y el efecto masa de la dieta como: salvado, cereales de grano, pan, frutas secas y frescas así como vegetales
- Enseñar al paciente a evitar los alimentos altos en azúcar y harina refinadas como: pasteles, pasta y pan
- Explicar al adulto mayor la importancia de la postura para la defecación lo más normal posible, inclinarse hacia delante en posición recta sobre el sanitario con los pies apoyados en el suelo
- Fomentar el ejercicio físico diario
- Orientar al paciente y familiares para modificar el ambiente en el hogar para seguridad nocturna al levantarse al baño.

### Fundamentación

- Una ingesta de líquidos suficiente es necesaria para mantener los patrones intestinales y promover una consistencia adecuada de las heces
- Los líquidos calientes tomados antes de las comidas, actúan como estimulantes del peristaltismo
- Una dieta rica en fibra promueve movimientos intestinales normales
- Los alimentos refinados producen heces duras y pequeñas que aumentan la susceptibilidad del colon al padecimiento

- Una postura adecuada permite la contracción voluntaria de los músculos abdominales ayudando a la expulsión de las heces
- El ejercicio estimula el peristaltismo
- Las modificaciones ambientales favorecen el cuidado eficaz en la eliminación intestinal a la vez que mantienen la seguridad
- Los cambios globales relacionados con el envejecimiento comprende la atrofia de la mucosa, la disminución de la inervación del intestino y el descenso del tiempo de tránsito intestinal
- La defecación se afecta de forma adicional al disminuir la elasticidad de la pared muscular y, posiblemente, descender la inervación del recto y el ano.

### **Evaluación**

- Resultado parcialmente satisfactorio ya que el adulto mayor vive solo y no puede verificarse el consumo de líquidos y fibra

**Diagnóstico de Enfermería:** Alteración de la nutrición por defecto relacionada con dificultades para adaptarse a cambios en la dieta y su preparación y pos usar placa dental

**Objetivo:** Modificar la ingesta dietética para favorecer una nutrición equilibrada y evitar el estreñimiento

### **Problema Real**

- Deficiente alimentación en calidad y cantidad

### **Problema Potencial**

- Desnutrición
- Trastornos gastrointestinales

### **Estrategias de Enfermería**

- Valoración nutricional y evaluación de la extensión o el grado de deficiencia
- Valorar los factores causales de la deficiencia nutricional
- Establecer un plan dietético e identificar los cambios de comportamiento
- Determinar las preferencias de alimentos y satisfacerlas con las limitaciones que el plan imponga
- Orientar al adulto mayor sobre los alimentos que es necesario que consuma e indicarle las consecuencias de los alimentos que le producen alteraciones gástricas
- Evaluar los factores culturales y psicológicos que afectan el consumo de alimentos y el conocimiento de los efectos que causan algunos alimentos.
- Evaluar los factores físicos que dificultan la masticación y la capacidad de preparar alimentos
- Revisar y adaptar adecuadamente la prótesis dental
- Evaluar pérdidas en el sentido del gusto

## Fundamentación

- La valoración nutricional, proporciona una base para normar la conducta a seguir para modificar la deficiencia
- La identificación de factores que intervienen en la deficiencia ayuda a desarrollar las estrategias adecuadas
- Un plan dietético establece las actividades orientadas a un fin y los cambios en el comportamiento, facilitando el éxito
- La inclusión de alimentos preferentes en la dieta favorecen la posibilidad del éxito
- Una orientación adecuada permite que el adulto mayor trate de equilibrar su dieta en forma correcta sin tener que cambiar sus hábitos alimenticios drásticamente
- Las modificaciones del aparato digestivo relacionadas con el envejecimiento afectan en gran medida a la digestión
- En el adulto mayor la digestión y la absorción de los nutrientes, resultan más difíciles, como consecuencia de la disminución en la secreción de ácido clorhídrico y jugo gástrico en el estómago, de la disminución en las enzimas, la superficie absorptiva y la altura de las microvellosidades en el intestino delgado y de la disminución en la motilidad del intestino grueso; estas modificaciones son responsables de la reducción en la ingesta de alimentos y de la alteración en la digestión y la absorción de nutrientes.
- La actividad influye en la evacuación intestinal mejorando el tono de los músculos abdominales y estimulando el apetito y el peristaltismo
- La colocación adecuada en el sanitario permite la utilización de los músculos abdominales y la fuerza de la gravedad para ayudar en la evacuación

## Evaluación

Resultado parcialmente satisfactorio debido a que se dificulta el cambio de hábitos alimenticios porque el adulto mayor es quien prepara sus alimentos.

**Diagnóstico de Enfermería:** Déficit de ingesta de líquidos relacionada con poca capacidad gástrica paa su tolerancia

**Objetivo:** Mantener una ingesta de líquidos adecuada

## Problema Real

- Baja ingesta de líquidos

## Problema Potencial

- Piel y mucosas secas
- Debilidad
- Deshidratación

### **Estrategias de Enfermería**

- Enseñar al paciente la importancia de mantener un esquema regular de ingesta de líquidos y suplementos de electrolitos obtenidos de algunos alimentos como: plátano, naranja, pasas
- Explicar la importancia de mantener un equilibrio hidroelectrolítico
- Enseñar al adulto mayor la necesidad de controlar la turgencia cutánea y evitar la sequedad excesiva
- Estimular la ingesta de pequeños volúmenes de líquido a intervalos frecuentes
- Enseñar la importancia de una adecuada ingesta de líquidos
- Evitar exposición a ambientes excesivamente calientes

### **Fundamentación**

- La ingestión inadecuada de agua en un adulto de edad avanzada puede deberse a su menor capacidad de respuesta ante las alarmas internas de sed, originando una situación de alto riesgo para padecer deshidratación
- Es necesaria una ingesta suficiente de líquidos para mantener los patrones intestinales y promover una adecuada consistencia de las heces
- Enseñar a los familiares allegados al adulto mayor a identificar signos y síntomas de riesgo en la ingesta deficiente de líquidos
- El déficit volumétrico grave afecta las funciones intelectuales al disminuir el riego sanguíneo
- La reducción del riego periférico da como resultado, frialdad de los miembros
- La hidratación adecuada es esencial para el funcionamiento normal del cuerpo
- Una ingesta de líquidos insuficiente puede modificar el metabolismo de los nutrientes y los medicamentos, por lo que puede conducir a un mayor riesgo de infecciones y enfermedades

### **Evaluación**

- Resultado satisfactorio el adulto mayor comprende la importancia de ingerir líquidos en forma adecuada

**Diagnóstico de Enfermería: Termorregulación ineficaz relacionada con una disminución de la temperatura corporal**

**Objetivo: Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales**

### **Problema Real**

- Baja tolerancia al frío y a cambios bruscos de temperatura

### **Problema Potencial**

- Hipotermia

- **Estrategias de Enfermería**
- Procurar un ambiente confortable y de temperatura controlada
- Favorecer el mantenimiento de una temperatura corporal normal
- Orientar al paciente en relación con el uso de ropa abrigadora
- Discutir los factores de riesgo identificados con el adulto mayor y su familia
- Reducir o eliminar los factores de riesgo de frío o cambios bruscos de temperatura
- Favorecer el equilibrio nutricional para satisfacer el índice metabólico
- Realizar el baño en condiciones y horario adecuados

### **Fundamentación**

- La temperatura corporal central se eleva o disminuye con la temperatura ambiental
- La temperatura corporal de los ancianos suele verse influenciadas por condiciones ambientales por lo que requieren en un ambiente húmedo o frío, de cubrirse con más ropas o cobijas
- La piel, el tejido subcutáneo y la grasa aíslan al cuerpo para conservar calor, las personas delgadas y con cambios fisiológicos en el organismo como los ancianos tienen un aislamiento inadecuado y una mayor pérdida de calor
- Los ancianos tienden a mostrar una temperatura promedio levemente más baja que la de las personas más jóvenes
- Las personas que presentan apatía o depresión tienden a presentar temperaturas más bajas de las normales
- En el anciano existe deterioro de la regulación de la temperatura corporal, lo que produce predisposición a la hipotermia o al “golpe de calor”

### **Evaluación**

Resultado satisfactorio, el adulto mayor mantiene la temperatura corporal dentro de los límites normales para su edad

**Diagnóstico de Enfermería:** Déficit de cuidado personal en baño, vestido y acicalamiento relacionado con baja autoestima y depresión y condiciones inadecuadas del entorno

**Objetivo:** Realizar las actividades de su cuidado personal eficazmente

### **Problema Real**

- Descuido en el arreglo personal

### **Problema Potencial**

- Deterioro de la imagen corporal
- Inseguridad
- Aislamiento
- Rechazo

## Estrategias de Enfermería

- Reducir o eliminar los factores relacionados que causen o contribuyan al problema
- Crear un ambiente que facilite el cuidado personal
- Sugerir diferentes maneras para practicar actividades de cuidado personal de acuerdo a las capacidades del cliente
- Alentar al adulto mayor a seleccionar el tipo de baño y el momento adecuado para realizarlo
- Indicar la importancia del cambio de ropa diario después del baño
- Buscar apoyo para el lavado de ropa del adulto mayor
- Explicar la importancia de la higiene y el arreglo personal para ser aceptado socialmente y para tener salud y confort
- Adecuar el ambiente para proteger al adulto mayor de cambios bruscos de temperatura al realizar el baño
- Respetar las preferencias personales siempre y cuando no afecten el estado de salud y bienestar

## Fundamentación

- Los valores y percepciones de la persona en torno a su propia salud dependen en gran medida del grado en que se cuida así misma, incluyendo la higiene personal y el cuidado de dientes, ojos y oídos
- El lavado de la piel ayuda a eliminar bacterias, grasas y mugre que son sustancias que ocasionan olores corporales desagradables y la posibilidad de contraer infecciones
- El baño es una parte importante de la higiene: limpia la piel y proporciona una sensación de frescura
- La temperatura cálida del agua empleada para bañarse y el masaje inherente al lavado y secado de la piel brindan relajamiento
- La circulación sanguínea es estimulada como resultado de la fricción causada por el lavado y secado de la piel
- La actividad que implica tomar el baño, actúa como tonificante muscular y acondicionador corporal. En ocasiones puede ayudar a incrementar el apetito
- El baño y arreglo personal contribuyen a enriquecer el ánimo e imagen propios
- Muchos malestares son eliminados a menudo por el baño. El agua caliente sirve para reanimar músculos lastimados
- La piel del anciano es delgada con poca elasticidad y arrugada, con poca grasa y reseca lo que la hace susceptible a heridas y lastimaduras por lo que las medidas higiénicas deben llevarse a cabo con sumo cuidado y delicadeza
- Los emolientes son sustancias para suavizar y proteger la piel reseca

## Evaluación

- Resultado satisfactorio el adulto mayor valora la importancia del baño y cambio de ropa así como del acicalamiento para sentirse bien y elevar su autoestima y aceptación

### 3.- Conclusiones

La vejez no es ni desagradable ni libre de situaciones difíciles, es otra etapa de la vida; con problemas, alegrías y satisfacciones. La forma en la que se experimenta la vejez tiene mucho que ver con la personalidad, expectativas, condición física, seguridad económica, experiencia de la vida entre otras y capacidad para aceptar las realidades del envejecimiento.

La realidad también puede significar aislamiento, mala nutrición, pérdidas personales y físicas, desesperación y depresión ya que vivimos en una sociedad que acepta a los jóvenes y adultos productivos y en ocasiones hace caso omiso de los ancianos.

Un método importante para que el anciano lleve una vida independiente en el hogar es la participación de la familia quien debe apoyar al anciano para favorecer la calidad de vida del adulto mayor ya que ésta es más efectiva que la cantidad de años vividos.

Se observa la necesidad de elaborar un proyecto de vida y de aceptación a esta etapa porque facilitará que el adulto mayor esté consciente de que las buenas relaciones con los que nos rodean son indispensables para obtener, la tranquilidad, la aceptación y la felicidad y que es necesario tener una adecuada comunicación para lograrlo. También se identifica la conveniencia de hacer notar a los familiares que los cambios en la vejez y las circunstancias vitales pueden alterar la imagen que el anciano tiene de sí mismo y que favorecen la presencia de depresión, sentimientos de soledad y trastornos somáticos en la medida en que hay dificultad para la aceptación de la vejez.

El rol de la enfermera en este caso debe ser el de una profesional autónoma en el cuidado de la salud que coordine la atención compleja a los ancianos y sus familias, ayudando a optimizar la salud del adulto mayor, mejorar su calidad de vida, lograr su bienestar y facilitar su desarrollo personal.

#### 4.- Sugerencias

A través de la valoración se identifica que el comportamiento coincide con una Depresión leve debida a que la forma en que se experimenta la vejez tiene mucho que ver con la personalidad y con la falta de información al respecto y se considera conveniente establecer estrategias que faciliten la relación del adulto mayor con familiares y otros allegados así como la orientación necesaria que permitan que el anciano acepte su situación actual y evite caer en sentimientos de soledad y abandono que lo conducen a padecer episodios de depresión y aislamiento social dificultando así el logro de la calidad de vida que el merece tener.

Las estrategias sugeridas son:

- **Buscar Redes de apoyo que le permitan integrarse socialmente para evitar aislamiento.**
- **Elaborar un Plan de atención de autoeficacia que le permitan al adulto mayor una toma de decisiones independiente en su cuidado.**
- **Motivar y orientar al familiar más cercano para que participe como apoyo eficaz en la atención del adulto mayor.**
- **Crear un entorno libre de riesgos para evitar lesiones y peligros.**
- **Favorecer las buenas relaciones entre el anciano y sus familiares allegados.**
- **Hacer labor de convencimiento para que el anciano mejore sus estándares de vida.**
- **Explicar al adulto mayor el Proceso de envejecimiento y sus consecuencias así como la forma adecuada de adaptarse a los cambios.**
- **Establecer formas de comunicación asertiva para disminuir el sentimiento de soledad y el miedo a enfermarse estando solo.**
- **Buscar apoyos eficaces para la ocupación del tiempo libre.**
- **Crear un ambiente de confort y funcionalidad que faciliten las actividades cotidianas del adulto mayor**
- **Buscar apoyo para la realización de actividades domésticas que se le dificultan al adulto mayor**

## 5.- Glosario

<b>Ciencia</b>	Es una doctrina o conjunto de Conocimientos.
<b>Conocimiento</b>	Es la consciencia o percepción de la realidad, que se adquiere por medio del aprendizaje o de la investigación.
<b>Modelo</b>	Es una idea que se explica mediante una visualización simbólica y física.
<b>Paradigma</b>	Es una amplia estructura utilizada para organizar la teoría.
<b>Teoría</b>	Es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos.
<b>Entorno</b>	Es el conjunto de todos los factores internos y externos que rodean e interactúan con el hombre/paciente.
<b>Envejecimiento</b>	Proceso que resulta de la interacción de factores genéticos, influencia del medio ambiente y estilos de vida de una persona. Es la suma de todos los cambios que normalmente ocurren en un organismo con el paso del tiempo.

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

**Adulto Mayor**

**Persona de 60 años y más**

**Esperanza de vida**

**Promedio de años de vida esperados de una persona desde su nacimiento o desde cualquier edad que se especifique.**

**Deficiencia**

**Es toda pérdida o anormalidad de De función psicológica, fisiológica o Estructura anatómica.**

**Discapacidad**

**Es toda restricción o pérdida de la Habilidad para desarrollar una actividad en la manera considerada normal para un individuo.**

**Estilo de vida**

**Hábitos, consumos, conductas y exposiciones a factores externos que afectan la salud.**

## 6.-BIBLIOGRAFIA

- 1.-ALVAREZ del Real María Eloisa. La tercera Edad. Edit. América Panamá 1991
- 2.-BLANCK Cereijido Fanny. Cereijido Marcelino La vida, El tiempo y la Muerte. Fondo de Cultura económica S.A de C.V. México D.F. 1981
- 3.-C. MARTINEZ & J.B. Gracia. Saber Envejecer Edit. Oria. Bilbao 1998.
- 4.-CANALES Francisca H. De, Alvarado Eva Luz de, Pineda Elia Beatriz. Metodología de la Investigación Edit. Limusa México 1990
- 5.-COLLIERE Marie, Françoise. Promover la vida. Edit. Mc. Graw - Hill Interamericana España 1997.
- 6.-D'HYVER, Carlos. Manual Clínico de Geriátria. Ciencia y Cultura Latinoamérica S.A. de C. V. J. GH. Editores. México, 1999.
- 7.-DONAHUE. M. Patricia, La Enfermería la condición del arte, en Historia de Enfermería. Tr. María Picazo y Carmen Hernández , Edit. Doyma, Barcelona, 1988. Edit. Mc. Graw Hill Interamericana. México, 1999
- 8.-FERNANDEZ Ferrin, Carmen, El Modelo de Henderson y el Proceso Atención de Enfermería. Edit. Masson- Salvat Barcelona 1995.
- 9.-GONZALEZ Aragón G. Joaquín. El Médico y el paciente Geriátrico. Manual Práctico inspirado en impresos publicados por el Instituto Nacional del envejecimiento de los E.U.A. y por la OMS.
- 10.-J. HERNANDEZ Conesa. M. Esteban Albert. Fundamentos de la Enfermería, Teoría y Método Edit. Mc. Graw - Hill Interamericana España 1999.

- 11.-KANE, Robert L., Ouslander Joseph G. Abrass, Itmar B. Geriatría Clínica Tr. Dra. Martha Elena Araiza Martínez. Edit. Mc. Graw – Hill Interamericana México, 1997.
- 12.-KIM Mc Farland Mc Lane Diagnósticos de Enfermería Editorial Interamericana McGraw – Hill Madrid 1993
- 13.-KOZIER, Bárbara, et, al. Introducción a la Enfermería, en Enfermería Fundamental I, Carlos J. Bermejo Ceja y otros, 4ª. Edición Edit. Interamericana Mc. Graw Hill, Madrid 1993.
- 14.-OPS. Enfermería Gerontológica. Conceptos para la Práctica. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud Washington E.U.A. 1993
- 15.-PHANEUF Margot. Cuidados de Enfermería El Proceso Atención de Enfermería. Tr. Carlos Ma. López González y Julia López Ruíz, Editorial Interamericana Mc. Graw Hill Madrid 1993
- 16.-PHANEUF. Margot, Ph. D. La Planificación de los cuidados enfermeros. Editorial Interamericana Mc Graw Hill Madrid 1993
- 17.-RODRIGUEZ Estrada, Mauro, David Corona Gutiérrez. Goñi Laura Creatividad en la tercera edad. Edit. Panorama S.A. de C.V. México 1998
- 18.-SIMON Staab, Angela. Campton Hodges Linda. Enfermería Gerontológica. Edit. Mac. Graw – Hill Interamericana, México 1997.
- 19.-SOLIS Guzmán Carolina, Orozco Tagle Amanda. Programa Académico de Servicio Social y de Titulación Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México 1997
- 20.-W. IYER. Patricia, J. Taptich Bárbara, Bernocchi – Losey Donna. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Tr. Dra. Carmen Valladar Martínez. Edit. Mc. Graw – Hill Interamericana México, 1995.

## **7.- ANEXOS**

**Anexo 1**  
**Instrumento de Valoración**

**Anexo 2**  
**Escala de Depresión Geriátrica**

**Anexo 3**  
**Escala de Valoración de Dependencia**

**Anexo 4**  
**Aspectos que influyen en la Nutrición del anciano**

**Anexo 5**  
**Evaluación Mental**

**Anexo 6**  
**Estado de Memoria**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA DEL ANCIANO

VALORACION DE ENFERMERIA EN EL ANCIANO

I DATOS GENERALES:

Institución: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religioso: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Tiene derecho a algún servicio de salud: \_\_\_\_\_

II APOYOS CON QUE CUENTA:

Casa propia: \_\_\_\_\_ Rentada: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Con quién vive: \_\_\_\_\_ Trabajo anterior: \_\_\_\_\_  
De donde obtiene sus ingresos: \_\_\_\_\_  
Cubre sus necesidades: \_\_\_\_\_  
Cuenta con algún apoyo comunitario: \_\_\_\_\_  
Pertenece a algún grupo: \_\_\_\_\_  
Problemas de salud en los últimos 3 años: \_\_\_\_\_  
Dispone de transporte cuando necesita salir del hogar: \_\_\_\_\_  
Nombre del familiar más cercano: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

III INMUNIDAD:

Inflamación de nódulos linfáticos: \_\_\_\_\_  
Fecha de su última inmunización para: \_\_\_\_\_

- ◆ Tétanos : \_\_\_\_\_
- ◆ Difteria: \_\_\_\_\_
- ◆ Tuberculosis: \_\_\_\_\_
- ◆ Influenza: \_\_\_\_\_
- ◆ Otros: \_\_\_\_\_

#### IV VALORACION DE NECESIDADES:

##### 1. Necesidades de oxigenación:

F.C.: \_\_\_\_\_ F.R.: \_\_\_\_\_ T.A.: \_\_\_\_\_

	SI	NO
⇒ Tos		
⇒ Rinorrea		
⇒ Secreción Nasal		
⇒ Epistaxis		
⇒ Obstrucción Nasal		
⇒ Ronquido		
⇒ Resfriados frecuentes		
⇒ Asma o alergia		
⇒ Disnea		
⇒ Disnea de esfuerzo		
⇒ Disnea paroxística nocturna		
⇒ Ortopnea		
⇒ Hemoptisis		
⇒ Expectorcación		
⇒ Respiración sibilante		
⇒ Mormullo o soplo		
⇒ Edema de miembros inferiores		
⇒ Cambio de coloración de la piel en Miembros inferiores		
⇒ Varices		
⇒ Claudicación intermitente		
⇒ Parestesias		

Fecha y resultado de la última radiografía de tórax:

\_\_\_\_\_

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Necesidades de Nutrición e Hidratación:

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

SI NO

	SI	NO
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta		
<input type="checkbox"/> Lesiones o úlceras en la boca		
<input type="checkbox"/> Dificultad para deglutir		
<input type="checkbox"/> Gengivorragia		
<input type="checkbox"/> Caries		
<input type="checkbox"/> Alteraciones del gusto		
<input type="checkbox"/> Problemas de masticación		
<input type="checkbox"/> Prótesis dental		
<input type="checkbox"/> Infección bucal		
<input type="checkbox"/> Náuseas o vómito		
<input type="checkbox"/> Cambio de apetito		
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal o intestinal		
<input type="checkbox"/> Polifagia		
<input type="checkbox"/> Polidipsia		
<input type="checkbox"/> Úlcera gástrica		
<input type="checkbox"/> Intolerancia alimentaria		
<input type="checkbox"/> Indigestión		
<input type="checkbox"/> Acidez de estómago		
<input type="checkbox"/> Anemia		
<input type="checkbox"/> Hematemesis		
<input type="checkbox"/> Variación de peso		
<input type="checkbox"/> Tumuración gástrica o intestinal		

Historia de transfusión sanguínea : \_\_\_\_\_

Fecha del último reconocimiento odontológico: \_\_\_\_\_

Método de cepillado de los dientes: \_\_\_\_\_

Rutina y problemas relacionados con la limpieza de la prótesis dental: \_\_\_\_\_

Valoración sobre los aspectos que influyen en nutrición (preguntas anexas): \_\_\_\_\_

Patrón de eliminación intestinal: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

3. *Necesidades de eliminación:*

Orina: color : \_\_\_\_\_ olor: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_  
Ph: \_\_\_\_\_ Densidad: \_\_\_\_\_ Proteína: \_\_\_\_\_  
Sangre: \_\_\_\_\_ Glucosa: \_\_\_\_\_ Cetona: \_\_\_\_\_

Heces: Color: \_\_\_\_\_ Olor: \_\_\_\_\_ Consistencia: \_\_\_\_\_  
Frecuencia: \_\_\_\_\_ Configuración: \_\_\_\_\_  
Presencia de sangre: \_\_\_\_\_

Sudor: Cantidad: \_\_\_\_\_ Olor: \_\_\_\_\_ horario: \_\_\_\_\_  
Situación en la que se da la sudoración: \_\_\_\_\_

	SI	NO
✓ Disuria		
✓ Polaguiuria		
✓ Poliuria		
✓ Oliguria		
✓ Nicturia		
✓ Hematoria		
✓ Goteo terminal al orinar		
✓ Urgencia		
✓ Dificultad para iniciar la micción		
✓ Incontinencia fecal		
✓ Dolor al miccionar		
✓ Problemas de litiasis renal		
✓ Infección urinaria		

♂ Secreción al nivel del pene		
♂ Testiculos dolorosos		
* Tumoración a nivel de testículos		
* Problemas prostático		
* Enfermedad de transmisión sexual		
* Cambios en la libido		
* Impotencia		
* Preocupación acerca de la actividad sexual		

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. Necesidades de movimiento y postura:

SI NO

	SI	NO
❖ Articulaciones dolorosas		
❖ Rigidez articular		
❖ Inflamación articular		
❖ Deformación de articulaciones		
❖ Espasmos musculares		
❖ Calambres		
❖ Parálisis		
❖ Paresias		

SI NO

	SI	NO
• Parestesias		
• Tics, temblores o espasmos		
• Debilidad muscular		
• Dolor de espalda		
• Problemas de deambulaci3n		
• Pr3tesis		
• Lesi3n cerebral		

Clase de ejercicio que pr3ctica habitualmente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

En los 3ltimos tres a3os ha sufrido alg3n traumatismo o ca3da:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Escalas de valoraci3n sobre:

- Actividad de la vida diaria b3sicas: \_\_\_\_\_
- Actividades de la vida diaria instrumentadas: \_\_\_\_\_
- Marcha: \_\_\_\_\_
- Balance: \_\_\_\_\_
- Observaciones: \_\_\_\_\_

5. Necesidades de descanso y sueño:

**SI      NO**

✓ Dolor de cabeza		
✓ Vértigo		
✓ Vahidos		
✓ Rigidez meníngea		
✓ Dolor o sensibilidad en el cuello		
✓ Convulsiones		
✓ Sincope		
✓ Problemas de memoria		
✓ Disturbios del sueño		

Traumatismo cefálico, importante en el pasado: \_\_\_\_\_

Valoración neurológica: \_\_\_\_\_

Escala de valoración del estado mental: \_\_\_\_\_

Condiciones del entorno que impide el descanso o sueño (sonido, luz, temperatura, colchón, etc.): \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

6. Necesidades de usar prendas de vestir adecuado:

**SI      NO**

* Exhibicionismo		
* Tiene capacidad para vestirse		
* Tiene capacidad para desvestirse		
* Las prendas de vestir están sucias		
* Prendas de vestir inadecuado a la situación		
* Espacio inadecuado para mantener su ropa sucia limpia y en orden		

Problemas físicos o del entorno que le impide lavar y planchar su ropa: \_\_\_\_\_

Otros factores: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

7. Necesidades de termo regulación:

Temperatura: \_\_\_\_\_

**SI**      **NO**

<input type="checkbox"/> Exposición al sol		
<input type="checkbox"/> Exposición al frío		
<input type="checkbox"/> Prendas de vestir inadecuadas a la temperatura ambiental		
<input type="checkbox"/> Habitación fría		
<input type="checkbox"/> Habitación caliente		
<input type="checkbox"/> Cambios de temperatura corporal por situaciones emocionales		

Otras situaciones que impiden la termo regulación: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

8. Necesidades de higiene y protección:

**SI**      **NO**

Lesiones de piel		
Heridas		
Cambios en la pigmentación de la piel		
Cambios en la textura		
Cambios en los nevus		
Hematomas frecuentes		
Cambios en el pelo		
Cambios de las uñas		
Callos		
Juanetes		

Forma de cicatrización de las lesiones o de los hematomas: \_\_\_\_\_

Forma de hacer el autoexamen de las manos: \_\_\_\_\_

Descripción de lesión cutánea o de los anexos de la piel:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Escala de valoración de factores de riesgo a úlceras de presión: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

9. Necesidad de evitar los peligros:

	SI	NO
✓ Somatización		
✓ Hipocondriasis		
✓ Factores de riesgo a caídas:		
✓ Suelo encerado		
✓ Suelo mojado		
✓ Cables en el piso		
✓ Suelo con desniveles		
✓ Falta de iluminación en escaleras		
✓ Falta de iluminación en la habitación		
✓ Existencia de alcantarillas		
✓ Barandillas en la cama		
✓ Riesgos a accidentes:		
✓ Disminución auditiva		
✓ Disminución visual		
✓ Disminución de reflejos		

Otros: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

10. Necesidades de comunicación:

	SI	NO
❖ Ansioso		
❖ Deprimido		
❖ Acceso de llantos		
❖ Nervioso		

❖ Miedoso		
❖ Problemas para tomar decisiones		
❖ Dificultad para concentrarse		
❖ Estrés o tensión actual		
❖ Cambios en la voz		
❖ Problemas de memoria		
❖ Afasia		
❖ Apraxia		

### OJOS:

‡ Lagrimeo en exceso		
‡ Prurito en los ojos		
‡ Inflamación en párpados		
‡ Partículas flotantes		
‡ Diplopia		
‡ Visión borrosa		
‡ Cambios de visión		
‡ Fotofobia		
‡ Escatoma		
‡ Uso de gafas o lentes		
‡ Infección o dolor frecuente		

### OIDO:

• Tinnitus		
• Secreción ótica		
• Vértigo		
• Sensibilidad auditiva		
• Infección ótica		
• Prótesis auditivas		
• Cambios en la audición		

Manejo de satisfacción frustración: \_\_\_\_\_

Mecanismos de adaptación habituales: \_\_\_\_\_

Fecha y resultado de su último reconocimiento visual: \_\_\_\_\_

Fecha y resultado de su última verificación para glaucoma: \_\_\_\_\_

Fecha y resultado de su último examen otológico: \_\_\_\_\_

Costumbres particulares en el cuidado del oído: \_\_\_\_\_

Tipo de comunicación verbal: \_\_\_\_\_

Tipo de comunicación no verbal: \_\_\_\_\_

Actitud y facilidad de relación: \_\_\_\_\_

Utilización de mecanismos de defensa: \_\_\_\_\_

Condiciones del entorno que limitan la comunicación: \_\_\_\_\_

Calidad y cantidad de la interacción familiar (familiograma anexo): \_\_\_\_\_

Escala de valoración sobre depresión geriátrica (anexo): \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

*11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores:*

	SI	NO
* Viste de acuerdo a un grupo social o religioso		
* Pertenece a una religión concreta		
* Dios tiene importancia para ella o él		
* Le resulta de ayuda:		
* La oración		
* La lectura		
* La escritura		
* Alguna práctica religiosa		

La enfermedad afecta sus sentimientos sobre:

❖ Dios		
❖ Sobre la fe		
❖ Sus propios sentimientos		

Significado de Dios para ella o él: \_\_\_\_\_

Qué es lo que más le preocupa al estar enfermo: \_\_\_\_\_

Quién o qué le resulta de más utilidad cuando necesita ayuda: \_\_\_\_\_

Qué es lo que más le ayuda cuando tiene miedo: \_\_\_\_\_

Tiene algún temor o esperanza en concreto: \_\_\_\_\_

Tiene un asunto o negocio pendiente: \_\_\_\_\_

Cómo maneja las pérdidas significativas: \_\_\_\_\_

Sentimientos sobre la muerte: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

*12. Necesidad de trabajo y realización:*

Problema para realizar algún trabajo:

	SI	NO
† Impedimento físico		
† Impedimento mental		
† Pertenece a algún grupo de la tercera edad		
† Rechaza las actividades		

Ocupación del tiempo libre: \_\_\_\_\_

Que hace para resocializarse: \_\_\_\_\_

*13. Necesidad de aprendizaje:*

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Capacidad de atención y memoria: \_\_\_\_\_

Interés por aprender su autocuidado: \_\_\_\_\_

Interés por aprender educación para su salud: \_\_\_\_\_

Otro interés de aprendizaje: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### V.-MEDICAMENTOS PRESCRITOS NO PRESCRITOS O MEDICINA TRADICIONAL

<i>NOMBRE DE FARMACO</i>	<i>DOSIS</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>FECHA DE INICIO</i>	<i>ULTIMA TOMA</i>	<i>REACCION ALERGICA</i>

Sabe para qué toma cada uno de los medicamentos: \_\_\_\_\_

Desde que inició a tomar los medicamentos nota alguna mejoría: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Realiza algún control adicional con su tratamiento médico como son:

Dieta: \_\_\_\_\_

Ejercicio: \_\_\_\_\_

Control de T.A.: \_\_\_\_\_

Registro de pulso: \_\_\_\_\_

Registro de respiración: \_\_\_\_\_

Control de glucosa en sangre: \_\_\_\_\_

Control de glucosa en orina: \_\_\_\_\_

Revisión periódica de visión: \_\_\_\_\_

Audición: \_\_\_\_\_

Prostática: \_\_\_\_\_

Memoria: \_\_\_\_\_

Otra: \_\_\_\_\_

Control de anticoagulantes: \_\_\_\_\_

Con qué frecuencia visita al médico: \_\_\_\_\_

Cuando tiene problemas de salud con quien acude: \_\_\_\_\_

Utiliza medicina alternativa: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Cuál: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ESCALA DE DEPRESION GERIÁTRICA

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE EVALUACION \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

- |   |                   |
|---|-------------------|
| 1.-¿ Está usted satisfecho con su vida?                                     | SI _____ NO _____ |
| 2.-¿ Ha abandonado usted muchos de sus intereses y actividades?             | SI _____ NO _____ |
| 3.-¿ Siente usted que su vida está vacía?                                   | SI _____ NO _____ |
| 4.-¿ Se aburre usted con frecuencia?  | SI _____ NO _____ |
| 5.-¿ Está usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente    | SI _____ NO _____ |
| 6.-¿ Tiene usted esperanza en el futuro?                                    | SI _____ NO _____ |
| 7.-¿ Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?                    | SI _____ NO _____ |
| 8.-¿ Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder?                  | SI _____ NO _____ |
| 9.-¿ Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?                    | SI _____ NO _____ |
| 10.-¿ Se siente usted frecuentemente desamparado?                           | SI _____ NO _____ |
| 11.-¿ Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia?                | SI _____ NO _____ |
| 12.-¿ Prefiere usted quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas? | SI _____ NO _____ |
| 13.-¿ Se preocupa usted frecuentemente en el futuro?                        | SI _____ NO _____ |
| 14.-¿ Cree ud. que tiene más problemas de memoria que los demás?            | SI _____ NO _____ |
| 15.-¿ Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?                     | SI _____ NO _____ |
| 16.-¿ Se siente usted desanimado y triste con frecuencia                    | SI _____ NO _____ |
| 17.-¿ Siente usted que nadie lo aprecia?                                    | SI _____ NO _____ |
| 18.-¿ Se preocupa usted mucho por el pasado?                                | SI _____ NO _____ |
| 19.-¿ Cree usted que la vida es muy emocionante?                            | SI _____ NO _____ |
| 20.-¿ Le es difícil a usted comenzar nuevos proyectos?                      | SI _____ NO _____ |
| 21.-¿ Se siente usted lleno de energía?                                     | SI _____ NO _____ |
| 22.-¿ Siente usted que su situación es desesperante?                        | SI _____ NO _____ |
| 23.-¿ Cree usted que los demás están mejor que usted?                       | SI _____ NO _____ |
| 24.-¿ Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?                  | SI _____ NO _____ |
| 25.-¿ Tiene usted ganas de llorar con frecuencia?                           | SI _____ NO _____ |
| 26.-¿ Tiene usted problemas para concentrarse?                              | SI _____ NO _____ |
| 27.-¿ Disfruta usted al levantarse por las mañanas?                         | SI _____ NO _____ |
| 28.-¿ Prefiere usted evitar las reuniones sociales?                         | SI _____ NO _____ |
| 29.-¿ Es fácil para usted tomar decisiones?                                 | SI _____ NO _____ |
| 30.-¿ Está su mente tan clara como solía estar antes?                       | SI _____ NO _____ |

TOTAL DE PUNTOS \_\_\_\_\_

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**VALORACION DE DEPENDENCIA**

<b>ACTIVIDADES DEL DIARIO VIVIR</b>	<b>PUEDE HACERLO SOLO</b>	<b>CON AYUDA</b>	<b>INCAPAZ DE HACERLO</b>
Beber de una taza	4	0	0
Alimentarse	6	0	0
Vestirse parte superior	5	3	0
Vestirse parte inferior	7	4	0
Colocarse una prótesis	2	0	0
Arreglo personal	6	0	0
Aseo y baño	6	0	0
Control de micción	10	5	0
Control de evacuación		Ocasional	Incontinencia
Sentarse y levantarse de Una silla	15	7	0
Entrar y salir de tina o Regadera	1	0	0
Sentarse y levantarse del W.C.	6	3	0
Caminar 20 metros planos	15	10	0
Subir o bajar 15 o 20 Escalones	10	5	0
Capacidad de maniobrar Silla de ruedas	5	0	0

**MÁXIMO VALOR**            100 PUNTOS= INDEPENDIENTE  
                                       60 PUNTOS= INTERDEPENDIENTE  
**MÍNIMO VALOR**            40 o MENOS= DEPENDIENTE

**PUNTAJE OBTENIDO POR EL PACIENTE** \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA NUTRICIÓN DEL ANCIANO

- 1.- ¿ Cuales son las limitaciones físicas del anciano?
- 2.- ¿ Puede hacer planes para satisfacer sus necesidades alimenticias?
- 3.- ¿ Conoce sus necesidades alimenticias?
- 4.- ¿ Físicamente es capaz de ir a comprar sus alimentos?
- 5.- ¿ Puede encargarse de su alimentación por sí mismo?
- 6.- ¿ Tiene alguna necesidad nutricional específica o restricciones dietéticas?
- 7.- ¿ Alcanza a comprender lo suficientemente bien sus padecimientos y necesidades como para cumplir las instrucciones dietéticas?
- 8.- En caso de que no pueda controlar por sí mismo su dieta ¿qué opciones le quedan?
- 9.- En caso de que no pueda cuidar de sí mismo. ¿ Podrían los que conviven con el asumir esa responsabilidad?
- 10.-¿ Se muestra deseoso de aceptar su dieta?
- 11.- ¿ Tiene capacidad el anciano para prepararse el mismo su dieta?
- 12.- ¿ Cuenta con los utensilios necesarios para preparar su dieta?
- 13.- ¿ Hay un sitio agradable para que coma cómodamente?
- 14.- ¿ Hay posibilidad de comer en compañía de alguien?
- 15.- ¿ Tiene algún patrón alimenticio?
- 16.- ¿ Hay alimentos que disgustan o no tolera el paciente?
- 17.- ¿ Que tipo de alimentos consume en un día común y corriente?  
( En 24 horas )

( Canevali, D.L. Y. M. Patrick: p.p. 250-252 )

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

EVALUACIÓN MENTAL DEL ANCIANO

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ FECHA DE EVALUACIÓN \_\_\_\_\_

	PUNTAJE
1.- ¿ Cuantos años tiene?	_____
2.- ¿ En que año nació?	_____
3.- ¿ En que año estamos?	_____
4.- ¿ En que mes estamos?	_____
5.- ¿ Que día de la semana es hoy?	_____
6.- ¿ Cuantos hijos tiene y nombres?	_____
7.- ¿ En donde nació?	_____
8.- Cuente del 1 al 10 y al revés	_____
9.- ¿ Cual es su dirección?	_____
10.- ¿ En que trabaja o se ocupa?	_____

TOTAL DE PUNTOS \_\_\_\_\_

REALIZADO POR: \_\_\_\_\_

**PUNTAJE:**

0-3 Confusión severa

4-6 Confusión moderada

7-8 Confusión mínima

9-10 Lúcida

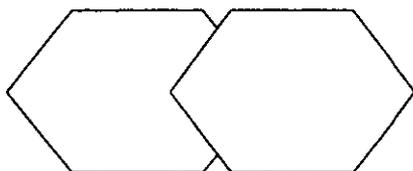
( Clínica Mexicana de Geriatria )

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ESTADO DE MEMORIA

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
LUGAR EN DONDE SE REALIZO LA EVALUACION \_\_\_\_\_  
PTS. MÁXIMO

- 5 \_\_\_\_\_ ¿ Que fecha es hoy? ( Mes, año, estación )
- 5 \_\_\_\_\_ ¿ En donde estamos? ( Piso, Hospital, etc. )
- 3 \_\_\_\_\_ Nombre tres objetos ( Por segundo ) y pedirle que los repita.
- 5 \_\_\_\_\_ Que reste empezando del 100 de 7 en 7  
( Hasta 5 respuestas )
- 3 \_\_\_\_\_ Pregunte por los tres objetos aprendidos
- 2 \_\_\_\_\_ Muestre una pluma y un reloj y pida que los identifique
- 1 \_\_\_\_\_ Que repita la frase “ Tres tristes tigres”
- 3 \_\_\_\_\_ Que cumpla la siguiente orden verbal:  
( Tome una hoja de papel con su mano derecha,  
dóblela por la mitad y colóquela en el piso )
- 1 \_\_\_\_\_ Que lea la frase “Cierre los ojos”
- 1 \_\_\_\_\_ Que escriba una oración
- 1 \_\_\_\_\_ Que copie un diseño gráfico  
( Exágonos cruzados )



PUNTOS \_\_\_\_\_ Mayor de 25 continúe con la valoración  
\_\_\_\_\_ Menor de 24 obtenga la información de un informante