



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL ADULTO MAYOR
QUE PASA POR UN PROCESO DE DUELO.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA:

BETZAIDA ENITH SÁNCHEZ MIRANDA

ASESOR ACADÉMICO

M.C.E. VIRGINIA REYES AUDIFFRED

MÉXICO, D.F ABRIL 2006



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.

DEDICATORIAS

Con la mayor gratitud por los esfuerzos realizados para que yo lograré terminar mi carrera profesional, siendo para mi la mejor herencia.

A mi madre Eva que es el ser más maravilloso del mundo, GRACIAS por el apoyo moral, el cariño y comprensión que desde pequeña me has brindado, por guiar mi camino y estar siempre junto a mi en los momentos más difíciles de mi vida y mi carrera.

A mis hermanos Abisaí, Jaziel y Josué porque siempre han estado conmigo apoyándome en los momentos buenos y malos.

A don Jaime Gracias por el apoyo y consejos que siempre hemos recibido de usted.

Toda la familia Miranda a mis abuelos Crisanta y Gregorio, tíos, tías, primos, primas y aquellas personas que son especiales en mi vida, gracias porque siempre han aportado algo en mi vida.

Sobre todo GRACIAS a DIOS por darme la vida y llenarme de bendiciones y así permitirme terminar un ciclo más en mi vida, el término de mi carrera.

¡¡¡GRACIAS LOS QUIERO!!!

De igual forma agradezco infinitamente a la profesora Virginia Reyes por el apoyo, paciencia y consejos, para la realización y culminación de este trabajo.

ÍNDICE	PAG.
I. INTRODUCCIÓN	
II. OBJETIVOS DE CASO	6
III. FUNDAMENTACIÓN	7
3.1 Antecedentes generales del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria	7
3.2 Antecedentes de otros estudios similares	7
IV MARCO CONCEPTUAL	9
4.1 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	9
4.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	15
V. MARCO TEÓRICO	20
5.1 Atención primaria	20
5.2 Cambios anatómicos y fisiológicos en el envejecimiento	22
5.3 Duelo en el anciano	29
5.4 La depresión como un problema de salud en el anciano	33
5.5 El adulto mayor y su autoestima	34
5.6 La nutrición y el adulto mayor	36
5.7 El adulto mayor y el sueño	37
5.8 La incontinencia urinaria en la persona adulta mayor	39
5.9 Caída en los adultos mayores	40
5.10 Cavidad bucal en los adultos mayores	41
5.11 La memoria y los adultos mayores	42
5.12 Hipertensión arterial en el anciano	43
5.13 Valoración de geriatría	45
VI. METODOLOGÍA	46

VII PRESENTACIÓN DEL CASO	46
VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	47
IX. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	63
X. BIBLIOGRAFÍA	64
XI. ANEXOS	66

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población en el mundo está bien documentado en países desarrollados y avanza con rapidez en los países en desarrollo, con incremento en las cifras absolutas y relativas de personas mayores de 65 años. El estudio de las características y condiciones de salud de este grupo poblacional adquiere cada vez mayor importancia, lo que ha impulsado a diferentes organismos a analizar el tema y elaborar planes y programas para dar respuestas oportunas, adecuadas y económicamente factibles a los efectos de dicho envejecimiento. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde 1994 ajustó la edad y señala como adulto mayor a la persona de 65 o más años de edad.

En México, el proceso de envejecimiento se hace más evidente a partir de la década de 1970; para 1990 el porcentaje de adultos mayores representó el 6.14% de la población total con cerca de 5 millones de personas. Diferentes estudios han señalado que el perfil de morbilidad y mortalidad plantea una situación compleja; además de la enfermedad y muerte atribuidas a causas infecciosas, los trastornos crónico-degenerativos se ubican en pocos años dentro de los primeros lugares.¹ Otra enfermedad que se presenta con mucha frecuencia en el adulto mayor pero se cursa sin diagnóstico es la depresión.

Según cifras, un 15% de las personas mayores de 65 años presenta síntomas de depresión, que se expresan con diferentes signos como falta de apetito, alteraciones del sueño, disminución de energía y pérdida de interés por las actividades de la vida diaria.

La depresión a cualquier edad es terrible, pero cuando se presenta en adultos mayores puede ser muy destructiva, altera la calidad de vida del que la sufre y es, además, un problema social y de salud pública.

Una de las principales causas de la depresión en el adulto mayor es la pérdida de su cónyuge. En el caso de los ancianos la muerte de un ser querido se añade a una situación previa con otras pérdidas acumuladas en la vejez: salud, fuerza física, movilidad, económicas y poder adquisitivo, consideración social, agudeza visual y auditiva, etc., además de enfermedades físicas o deterioro intelectual asociado. Todo predispone a responder mal a una nueva y difícil situación. En consecuencia, en la reacción de duelo, las respuestas adaptativas, dependen de la pérdida y de factores previos, además de la propia personalidad del anciano.

La mayor parte de los ancianos superan la pérdida y se adaptan a las nuevas circunstancias, a las que en buena parte se han adaptado previamente. Puede aparecer hiperactividad sin sentido de pérdida, como mecanismo de negación. Se alteran las relaciones con amigos y familiares. En ocasiones, la recuperación de los ancianos es difícil, no llegan a la etapa de aceptación y paz, pues al dolor, se añade la soledad. Se quedan solos en sus casas, todos los rincones rememoran recuerdos, situaciones vividas, objetos personales del ser querido, pero el espacio

¹ <http://www.insp.mx/salud/38/386-5.html>

ahora esta vacío. El riesgo de suicidio aumenta y el de muerte por causa natural también, porque el anciano se abandona, baja la guardia y pierde el interés por vivir, hasta le resulta una liberación el morir.

En el presente trabajo se aborda la atención de Enfermería a una adulta mayor que cursa el proceso de duelo de su cónyuge, presentado un cuadro de depresión.

El trabajo presenta, como inicio, una introducción seguido de justificación, objetivos del estudio de caso. En el capítulo tercero se aborda la fundamentación abarcando, a groso modo, los antecedentes del lugar donde se realizó el PAE, en el capítulo cuarto abarca el marco conceptual y se describe todo lo relacionado con el PAE como las etapas del proceso, paradigma, modelo de Virginia Henderson, metaparadigma, etc. , en el quinto apartado se maneja el marco teórico relacionado con la problemática de la paciente, en este caso, se describen las patologías mas frecuentes que afectan a la adulta mayor, así como algunas escalas de valoración en geriatría como por ejemplo: evaluación mental, evaluación de actividades básicas de la vida diaria, evaluación de las actividades instrumentales, etc.

El apartado sexto se refiere a la metodología, en este capítulo se describe donde elegí a mi paciente, por qué, cómo y de qué forma se recabó la información. Posteriormente sigue la presentación del caso, proporcionando información acerca de los antecedentes patológicos, no patológicos y situación actual de salud del paciente. En el octavo capítulo se aborda la aplicación del PAE incluyendo todos los hallazgos obtenidos. En el noveno capítulo se presentan las conclusiones y sugerencias, finalizando con bibliografía y anexos.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Realizar un Proceso de Atención de Enfermería con base en el modelo de Virginia Henderson y la aplicación del enfoque de riesgo en una mujer de 83 años de edad que pasa por un proceso de duelo por el fallecimiento de su cónyuge

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Aplicar un instrumento que permita detectar los factores de riesgo y necesidades no cubiertas.
- Elaborar diagnósticos de Enfermería con base en los factores de riesgo detectados.
- Realizar un plan de cuidados de Enfermería enfocados a satisfacer las 14 necesidades del adulto mayor.
- Mejorar el grado de independencia del adulto mayor para satisfacer sus necesidades.

III. FUNDAMENTACIÓN

3.1 Antecedentes históricos del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC):

La Atención Primaria es parte integrante tanto del sistema nacional que constituye la función central y núcleo principal del desarrollo social y económico global de la comunidad, de esta manera el CUEC representa un servicio de primer nivel de atención que a través de Enfermería brinda a los individuos, familia y comunidad la atención de salud en el lugar más cercano a su residencia, trabajo, escuela o cualquier espacio de reunión grupal, constituyendo un primer elemento en el proceso permanente de intervenciones independientes de Enfermería, para la identificación de riesgos y atención de problemas de salud incipientes, reversible con terapéutica sencilla común a la Enfermería.

El Centro Universitario de Enfermería Comunitaria, se crea por la necesidad de dar, coherencia a la teoría con la práctica comunitaria para fortalecer el proceso enseñanza aprendizaje de los futuros Licenciados en Enfermería y Obstetricia y estudiantes de postgrado.

Con base en un proyecto inicial de atención primaria a la salud, se logró obtener de los servicios metropolitanos del DF. un local perteneciente a la tienda de barrio en San Luis Tlaxialtemalco de la delegación Xochimilco, el cual entregado a la ENEO el 29 de Octubre de 1991 se procedió a la remodelación del local y el 11 de mayo de 1992 fue inaugurado, siendo directora de la ENEO la Lic. Graciela Arroyo De Cordero, la cual nombró a la Lic. Addy Gutiérrez Raigosa Coordinadora de lo que inicialmente se llamo Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud y que a partir de 1999 se le denominó Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud, actualmente lleva el nombre de Centro Universitario de Enfermería Comunitaria.

3.2 Antecedentes de otros estudios similares

Analizando otros estudios similares encontré Proceso de Atención de Enfermería titulado, "Envejecimiento con estado depresivo y ansiedad" y me pude percatar que es un trabajo similar al mío ya que el paciente descrito es el caso de una Sra. de 80 años de edad que se encuentra en estado depresivo, los resultados en este PAE fueron positivos porque ayudó al paciente a salir de esa depresión, a través de las intervenciones de Enfermería como por ejemplo evaluar las capacidades del cliente para enfrentarse a los problemas, proporcionar al cliente las necesidades básicas que le den tranquilidad, reducir o eliminar los factores constantes del trastorno del sueño, 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, etc.²

² Arroyo P. *Proceso Atención de Enfermería: Envejecimiento con estado depresivo y ansiedad* 2003; 74

De igual forma se encuentra el PAE titulado, “cuidados en el hogar en un adulto con alto grado de dependencia para el mantenimiento de su salud” se trata de un PAE realizado al Sr. Ricardo M. de 61 años de edad, en este trabajo, el responsable de este PAE hace notar que tiene la oportunidad de conocer y llevar a un nivel teórico y metodológico la forma en que se debe ejercer la Enfermería como profesión. Hace mención que el desconocimiento de estos aspectos le trajo dificultades pero que lo estimularon a continuar buscando más información y ejecutar con mayor facilidad algunas intervenciones. A pesar de estas dificultades el resultado de su trabajo fue positivo ya que ayudó al paciente a salir adelante, con intervenciones como por ejemplo: enseñar a efectuar los ejercicios de movilidad por lo menos 3 o 4 veces al día, planeando conjuntamente con él los horarios, ejercitar los músculos con movimientos pasivos, activos con ayuda, y activos, de hombros, de extremidades superiores e inferiores, etc.³

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso enfermero “es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”. Como todo proceso, consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente.⁴

VALORACIÓN.

Consta de cuatro pasos: recogida de datos, validación, organización y registro de los datos.

Recogida de datos: es el proceso planificado, sistemático y completo que permite reunir información específica sobre el usuario. Los datos recogidos se pueden clasificar en:

- Antecedentes o actuales: según pertenezcan al pasado o al presente.
- Objetivos o subjetivos: los primeros son observables, mensurables o se obtienen básicamente a través del examen físico; los segundos, por lo contrario, se refieren a ideas, sentimientos y percepciones y se consiguen a través de la entrevista con el usuario y la familia.
- Generales y focalizados: ya se trate de información básica sobre todos los aspectos relevantes del estado de salud y situación de vida de usuario, o de datos pormenorizados sobre una situación o aspecto concreto.

Las fuentes para obtener los datos son varias entre ellas, la principal es el propio usuario, al que cabe añadir la familia o las personas allegadas a él, la historia clínica y los informes de otros profesionales de la salud.

Los métodos para obtener la información requerida son:

³ Morales Tondopo E. *Proceso Atención de Enfermería: Cuidados en el hogar en un adulto con alto grado de dependencia para el mantenimiento de su salud*. 2000; 152.

⁴ Luis Rodrigo M. et al. *De la teoría a la Práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI* 2da ed. España: Masson; 2000; 3

- La entrevista: se trata de un interrogatorio metódico y organizado que permita a la enfermera adquirir información específica, sobre aquellos aspectos de salud que considera relevantes.
- Observación: consiste en el uso sistemático de la vista, el oído y el olfato para reunir información sobre el usuario, la familia y personas allegadas, y el entorno, así como las interacciones entre estas variables.
- Examen físico: la valoración física ya sea cefalo caudal o por órganos, aparatos y sistemas, emplea cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.
 - Inspección u observación: se utiliza para determinar características físicas tales como el tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, movimiento, simetría.
 - Palpación: para determinar las características de algunas estructuras corporales situadas debajo de la piel a fin de conocer su tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.
 - Percusión: análisis acústico de los sonidos producidos que varían dependiendo del tipo de estructura que haya debajo, producidos por el golpeteo suave con un dedo o dedos sobre la superficie corporal.
 - Auscultación: puede ser directa aplicando el oído sobre la zona que se desea auscultar o indirecta mediante el uso de estetoscopio, permitiendo identificar la frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos detectados.

Validación de datos: se trata de asegurar que la información recogida en el paso anterior es veraz y completa, a fin de evitar errores diagnósticos y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos los datos anómalos o incongruentes con el resto de la información de que se dispone, así como todos aquellos que resulten de importancia crítica para establecer el diagnóstico o planificar la actuación.

Organización de datos: es la agrupación sistemática en categorías de la información obtenida y validada a fin de lograr una imagen clara de la situación.

Registro de datos: consiste en plasmar por escrito toda la información obtenida y debe llevarse a cabo tan pronto como finalice la valoración a fin de prevenir el olvido de información relevante. Este último paso de la etapa de valoración es de capital importancia para formular el diagnóstico y planificar la actuación enfermera, así como para asegurar la continuidad de los cuidados.

DIAGNÓSTICO

En esta etapa podemos distinguir dos pasos el análisis de los datos y elaboración de inferencias e hipótesis y la formulación de los problemas detectados.

Análisis de datos y elaboración de inferencias e hipótesis: se empieza por revisar la información recogida a partir de la entrevista, la observación, la exploración física y las anotaciones de otros profesionales, diferenciando los datos relevantes o claves entre los que parezca existir alguna relación; una vez hecho esto se determinan las conexiones existentes entre las claves, es decir se

hacen inferencias. Finalmente la interpretación de las inferencias conduce a la formulación de hipótesis sobre los problemas y recursos de que la persona dispone, obteniendo así una imagen en la que puede encontrar: problemas (reales o de riesgo) susceptibles de ser tratados con otros profesionales (problemas de colaboración), problemas (reales o de riesgo) que requieren un abordaje independiente (diagnósticos enfermeros) y recursos personales o del entorno que parecen adecuados en esa situación concreta.

Problemas de colaboración: pueden definirse como aquellos problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera haga por él las actividades de tratamiento y control preescritas por otro profesional. Se trata por consiguiente de situaciones relacionadas con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por otro profesional.

En esta área de la práctica que comprende tanto problemas reales como de riesgo, la enfermera es plenamente responsable de su actuación, pero la responsabilidad del resultado final, así como el control de la situación y la autoridad para determinar las intervenciones que se han llevado a cabo, recaen sobre el profesional con el que colabora.

Diagnósticos enfermeros: La NANDA lo definió como “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de la actuación enfermera destinada a lograr objetivos de que la enfermera es responsable”

Los diagnósticos enfermeros pueden ser reales, de riesgo o de salud:

Diagnóstico real: describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Se apoya en características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

Para escribirlos, se aconseja un formato en tres partes, donde el problema se une a la causa o causas mediante la fórmula “relacionado con” (r/c), y esta a los datos objetivos mediante la frase “manifestado por” (m/p): Problema r/c causa m/p datos objetivos y subjetivos.

Diagnóstico de riesgo: describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Se apoya en factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

Al escribirlo debe anteponerse la frase “riesgo de” y se aconseja el formato en dos partes: Problema r/c factor de riesgo (causa).

Diagnóstico de salud: describe respuestas humanas en un individuo, familia o comunidad que presentan un buen nivel de salud, pero que tienen el potencial, para alcanzar un grado superior. Este tipo de diagnóstico tiene un solo componente: situación de salud a mejorar.

En los Diagnósticos reales y de riesgo, es importante identificar la causa que los provoca o que contribuyen a ellos, ya que en la medida en que esta pueda eliminarse o reducirse, o sus efectos puedan modificarse, el problema desaparecerá, se reducirá o se controlará. No obstante en los diagnósticos de

salud, no es preciso identificar la causa, dado que esta es irrelevante para nuestros propósitos.

PLANIFICACIÓN

Esta etapa consta de diversos pasos consecutivos: fijación de prioridades, formulación de objetivos o resultados esperados, determinación de intervenciones y actividades, y registro de plan.

Fijación de prioridades: Para facilitar el establecimiento de prioridades se aplican los siguientes criterios:

- 1.- Problemas (PC o DxE) que amenacen la vida de la persona.
- 2.- Problemas que para la persona/familia sean prioritarios ya que, en caso contrario pueden impedir centrar la atención en problemas que, aunque sean más urgentes, no son percibidos como tales.
- 3.- Problemas que contribuyen a la aparición o permanencia de otros problemas, dado que la resolución de aquellos eliminará o reducirá estos.
- 4.- Problemas que por tener una misma causa puedan abordarse conjuntamente, optimizando la utilización de los recursos y aumentando la eficiencia del trabajo enfermero.
- 5.- Problemas que tienen una solución sencilla puesto que su resolución sirve para abordar otros más complejos.

Formulación de objetivos: objetivos para los problemas de colaboración (PC) en el momento de formulación de objetivos, hay que prestar especial atención a no identificar resultados cuya consecución no está a nuestro alcance. Ya que este resultado no depende únicamente de la actuación de enfermera. Es conveniente destacar dos puntos; el primero es que los objetivos de los problemas de colaboración no se refieren a conductas del usuario, sino de la enfermera. El segundo es que, puesto que los objetivos serán siempre los mismos, una vez aclarada su naturaleza dado que están implícitos en el problema identificado.

Objetivos para los diagnósticos enfermeros: es necesario marcar objetivos claros que guíen la actuación enfermera y que estén formulados en términos de conducta del usuario, no de la enfermera.

Tipos de objetivos: objetivos para los diagnósticos reales y de riesgo. Debe identificarse un objetivo final y uno o más objetivos intermedios:

- Objetivo final: deriva directamente de la primera parte de la formulación diagnóstica (problema) y describe una conducta observable del usuario.
- Objetivos intermedios o específicos: derivan directamente de la segunda parte de la formulación diagnóstica y señalan la modificación, desaparición o control de los factores causales del problema (DxE de riesgo) o de los factores de riesgo (DxE de riesgo).

Objetivos para los diagnósticos de salud: tan sólo se formulará un objetivo final, en términos de conducta observable del usuario, que refleje el logro de un mayor nivel de salud y bienestar.

No es posible formular objetivos intermedios encaminados a la desaparición, reducción o control de los factores causales o a la modificación de sus efectos,

pues no se desea modificar las causas que impulsan a la persona a perseguir una mejora de salud.

Componentes de los objetivos para los DxE:

- Sujeto: Quien tiene que lograr el objetivo dado que el plan de cuidados es del usuario, el sujeto está implícito y sólo será necesario especificarlo cuando se trate de una persona distinta a él.
- Verbo: Que debe hacer el sujeto para evidenciar que ha logrado el objetivo, lo que necesariamente conlleva el empleo de verbos de acción (verbos que indiquen una conducta observable)
- Tiempo: Cuando hay que valorar si se ha logrado o no el resultado esperado.
- Modo: Como debe el sujeto realizar la acción para que consideremos que hemos logrado el objetivo propuesto. Este componente es preciso sólo cuando sea posible realizar la acción de diversas formas.
- Medida: Hasta cuándo o hasta dónde, cuando en el objetivo que desea conseguir sea posible, identificar distintos grados o niveles.

Determinación de intervenciones y actividades: Una vez identificados los problemas que se van a tratar y marcados los objetivos que se han de conseguir, es preciso planificar tanto la intervención como las actividades más adecuadas para lograrlos.

Intervención: modo de actuación para tratar el diagnóstico identificado y que es común en todos los casos en que se presente dicho problema.

Actividades: conjunto de operaciones o tareas necesarias para llevar a cabo cualquier intervención y que varíen en función de las condiciones del usuario, del entorno en que se encuentre, de los recursos de que se disponga.

Planificación en los problemas de colaboración (PC)

En este caso consiste en:

- 1.- Planificar y llevar a cabo las actividades de tratamiento y control que el usuario no pueda o no deba realizar por sí mismo.
- 2.- Aportar los elementos cognoscitivos necesarios (saber y saber hacer), y aplicar el juicio clínico a la hora de ejecutar esas prescripciones y controlar la evolución del enfermo.

De acuerdo con los objetivos fijados, la determinación de actividades para los PC se centra en:

- 1.- Aplicación de los tratamientos prescritos por el médico.
- 2.- Planificación de los cuidados que se deriven de la ejecución de tales prescripciones.
- 3.- Programación de medidas de control y vigilancia del estado del enfermo, tanto en lo que respecta a la evolución de su situación patológica, como a los efectos de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos.

Planificación en los diagnósticos enfermeros (DxE)

En este caso, la responsabilidad del resultado final es de la enfermera quién, en consecuencia, tiene también el control de la situación y la autonomía necesaria para determinar la actuación que se va a seguir. Si en las etapas anteriores ha

identificado el problema y ha marcado los objetivos, en esta ha de seleccionar la intervención y las actividades más convenientes para lograrlos.

Una vez clarificada la naturaleza de nuestra intervención, será necesario decidir cuales son las acciones más convenientes para ponerlas en práctica.

Igual como sucedía con los objetivos, hay que hacer constar: sujeto, verbo, modo, tiempo, medida.

Dentro de las actividades que se deben planificar para los diagnósticos enfermeros se distinguen dos grandes grupos: las que se dirigen al problema y las que guardan relación con la causa.

Registro del plan

Es el último paso de esta etapa y consiste en plasmar por escrito los pasos anteriores; el registro del plan de cuidados:

- 1.- Facilita la comunicación entre los profesionales del cuidado de la salud.
- 2.- Dirige los cuidados y la documentación.
- 3.- Crea un registro escrito que más tarde puede usarse para la evaluación, la investigación y con propósitos legales.
- 4.- Proporciona documentación sobre los cuidados de salud necesarios que después puede usarse para cuantificar su coste.

EJECUCIÓN

Durante la ejecución se ponen en práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos y con independencia del entorno donde la enfermera preste sus servicios. La realización del plan de cuidados consta de 3 pasos preparación, realización y registro de la actuación y de sus resultados.

Preparación para la acción

Hay que revisar las intervenciones y las actividades propuestas en la etapa anterior con el fin de:

- 1.- Determinar si unas y otras aun son apropiadas en la situación actual del usuario.
- 2.- Valorar si se poseen los conocimientos y habilidades requeridos para realizarlas.
- 3.- Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
- 4.- Preparar el entorno para llevar a cabo la actividad en las mejores condiciones posibles, incluyendo las medidas de seguridad adecuadas.

Realización de las actividades

Este paso comprende tanto la ejecución de la actividad preescrita como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan, tal como se concibió, o modificarlo a la luz de los nuevos datos.

Registro de la actuación

La enfermera debe anotar en la historia del usuario tanto la ejecución de la actividad como la respuesta de éste, prestando especial atención a cualquier dato anormal o inesperado.

EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso enfermero, la evaluación formal consta de 3 pasos: valoración de la situación actual del usuario; comparación con los objetivos marcados y emisión de un juicio, y mantenimiento, modificación o finalización de plan de cuidados.

Valoración de la situación actual del usuario: los datos para la evaluación formal se reúnen aplicando las técnicas ya explicadas en la etapa de valoración: entrevista, observación, valoración física y revisión de la historia para completar la información con los datos aportados por otros profesionales.

Comparación de la situación actual con los objetivos marcados y emisión de un juicio o conclusión: tras reunir los datos actuales, estos se comparan con los resultados identificados como deseables en los objetivos, comparación que puede llevar a uno de estos 3 resultados: los objetivos se han conseguido totalmente, se han conseguido parcialmente, o no se han conseguido en absoluto.

Mantenimiento, modificación o finalización del plan: finalmente debe tomarse una decisión sobre la actuación que se debe seguir en adelante.

Mantenimiento del plan: se optará por mantener el plan inicial cuando los objetivos se hayan alcanzado parcialmente y, al analizar todo el proceso, se compruebe que el diagnóstico y las intervenciones siguen siendo adecuadas para la situación del usuario, aunque el logro de los objetivos marcados inicialmente requieran un plazo más largo.

Modificación del plan: se procederá a modificar el plan inicial cuando los objetivos se hayan logrado parcialmente o no se hayan logrado en absoluto, y al revisar todo el proceso se llega a la conclusión de que:

- 1.- El plan inicial no era el más adecuado.
- 2.- Ha habido cambios en la situación del usuario que no se han reflejado en el plan.
- 3.- Han aparecido factores externos que influyen en el logro de los objetivos propuestos que no se han reflejado en la planificación.

Finalización del plan

Estará indicada la finalización del plan cuando los objetivos se hayan conseguido totalmente, las causas que lo provocan hayan desaparecido o se hayan controlado, y el usuario demuestre la capacidad necesaria para mantener estable su situación actual de salud.

4.2 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Es uno de los modelos conceptuales más conocidos, en gran parte, a causa de que la definición de la función propia de la enfermera que dio Henderson fue adoptada por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), que la ha mantenido hasta la fecha a consecuencia de ello y de la traducción a 25 idiomas de su libro "Principios de los Cuidados básicos de la Enfermería" en el que se recogen las

ideas claves de su pensamiento, se ha adoptado en numerosas escuelas de Enfermería y centros de cuidados.

Resulta coherente con nuestros valores culturales y emplea una terminología de fácil comprensión para describir los conceptos. Esto no significa que sea un concepto simplista o simplificador, sino que expresa ideas profundas y complejas con un lenguaje sencillo y exento de artificios.

Da lugar a diversas interpretaciones que permiten adaptarlo a las variantes culturales y sociales específicas de cada entorno y situación de cuidados (ya sea en centro de hospitalización y en la comunidad).

Incluye también como parte de la actuación de la enfermera el papel de colaboración con otras profesionales de la salud. Puesto que esto es un aspecto importante del ejercicio profesional en nuestro país el modelo de Henderson no solo delimita claramente el campo de actuación propio sino que incluye ayudar al paciente a seguir su plan terapéutico tal como fue iniciado por el médico, lo que hace que su adopción no entre en contradicción con nuestra realidad asistencial.

Da una imagen de unicidad del de la persona al conceptuar al ser humano como un todo compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre si.

Reconoce que la persona posee el potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás y con su entorno y de competencia para ocuparse de sus propios cuidados.

Propicia la toma de conciencia de las ventajas de desarrollar un estilo de vida sano y de mejorar y mantener un entorno saludable al afirmar que la familia/persona actúa como agente de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. Así, contemplada, la salud deja de ser algo externo que es "dado" por el sistema sanitario para convertirse en un deber personal y colectivo.

Propone el método de solución de problemas, es decir el proceso enfermero como metodología adecuada para llevarlo a la práctica, ventaja que comparten los restantes modelos incluidos en las corrientes filosóficas de pensamiento de la categorización y de la integración.

Permite utilizar la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para formular los problemas identificados. Esta terminología no es aplicable en todos los modelos de las dos corrientes mencionadas anteriormente sino sólo en unos pocos entre los cuales entra el de Virginia Henderson.

Las teorizadoras de esta escuela comparten dos características: la primera es de basarse en 2 teorías sobre las necesidades y el desarrollo humanos (A. Maslow, E. H. Erikson, J. Piaget) para conceptuar a la persona, y la segunda característica común es lo que las impulsó a desarrollar sus modelos fue el deseo de clarificar la función propia de las enfermeras.

CONCEPTOS NUCLEARES

Persona. Es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, y tiende al máximo.

Entorno. Se trata de algo estático, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud.

Rol profesional. Es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Se orienta específicamente a suplirla cuando ésta no pueda hacerlo o ayudar a desarrollar lo que le falta (fuerza, conocimiento o voluntad). Para que logre su independencia y la satisfaga por si misma.

Salud. Se equipara con la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas, mediante acciones llevadas a cabo por la persona o, cuando ello no es posible mediante acciones realizadas por otros.

Asunciones científicas o postulados

El interés especial de Virginia Henderson del concepto de persona en una visión integral del ser humano son básicamente 3:

- ⇒ La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
- ⇒ La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
- ⇒ Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo.

Asunciones filosóficas o valores

Virginia Henderson marca los límites que separaban las áreas de competencia médica y enfermera y son fundamentalmente 3:

- ⇒ La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales.
- ⇒ Cuando la enfermera suma el papel del médico abandona su función propia.
- ⇒ la sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ninguna profesión pueda darle).

ELEMENTOS FUNDAMENTALES

Objetivos de los cuidados. Consiste en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

Usuario del servicio. Es la persona que presenta un déficit, real o potencial en la satisfacción de sus necesidades básicas o aunque sin presentarlo, tienen un potencial que desarrollar.

Rol profesional. Consiste en suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudar a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollar su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

Fuente de dificultad. Este modelo recibe el nombre de área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

Necesidades Básicas. Necesidad no tiene el significado de carencia o problema, sino de requisito y, aunque algunas podrían considerarse especialmente para supervivencia física, todos son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano.

La satisfacción de cada una de las necesidades está condicionada por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, interrelacionándose como las restantes del tal modo que considerar cualquiera de ellas sin tener en cuenta las demás, constituye la negación de la totalidad de la persona.

Las 14 necesidades básicas son:

1. Respiración normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vía corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su valor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Cuidados Básicos. Derivan del concepto de necesidades básicas y se refieren al conjunto de intervenciones terapéuticas reflexionadas y deliberadas basadas en un juicio profesional razonado y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona, ya sea supliendo su autonomía en aquellos aspectos que lo requiera, ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimientos o voluntad para que pueda satisfacerlas por si misma de modo adecuado.

Al hablar de cuidados básicos no nos referimos a cuidados de escasa complejidad sino a cualquier cuidado enfermero que la persona requiera para alcanzar su independencia o ser suplida en su autonomía, sea cual sea su grado de dificultad.

Independencia. Se define como el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida. El término “situación de vida” se refiere al “aquí y ahora” de la persona e incluye tanto los aspectos biofisiológicos (edad, sexo, etapa de desarrollo, funcionamiento de los órganos, aparatos y sistemas etc.), como los socioculturales (experiencia previas, nivel cultural, entorno físico y social en el que viven) y espirituales (ideas, creencias y valores).

Dependencia. Se trata del desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, en el presente y en el futuro, de acuerdo con su situación de vida a causa de una falta de fuerza, conocimientos o voluntad.

Autonomía. Se trata de la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Tanto la definición de autonomía como la de fuerza hacen referencia a capacidad física y psíquica para realizar las acciones necesarias con objeto de satisfacer las necesidades básicas la cual puede inducir a confusión.

La diferencia entre una y otra estriba en el hecho de que exista o no un potencial que desarrollar. Es decir en la falta de fuerza, la persona no pueda hacer algo en ese momento, pero tiene capacidades que pueden desarrollarse. Por el contrario, en la falta de autonomía o bien la persona, por su edad y etapa de desarrollo, aun no a desarrollado sus capacidades para hacer por si misma las actividades necesarias o bien las perdió temporal o definitivamente.

Agente de Autonomía Asistida. Con este nombre se designa a la persona (familiar o persona allegada) que, cuando el usuario carece de autonomía, hacer por el ciertas acciones encaminadas a satisfacer aquellas necesidades susceptibles de cierto grado de suplencia: comer y beber, eliminar, moverse y mantener una buena postura, vestirse y desvestirse, mantener la temperatura corporal, conservar la piel y mucosas limpias y cuidadas, y procurar un entorno seguro.

Manifestaciones de independencia. Conductas o indicadores de conductas de la persona (datos objetivos y subjetivos) adecuadas para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida.

Por conducta entendemos aquellas acciones o reacciones sobre la que la persona puede incidir de forma voluntaria.

Con el término indicador de conducta nos referimos a una prueba directa observable de que se ha producido o se está produciendo una conducta determinada.

Manifestaciones de dependencia. Conductas o indicadores de conductas de la persona (datos objetivos y subjetivos) que resultan incorrectas inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, ahora o en el futuro, de acuerdo con su situación básica.

Consideramos una conducta incorrecta si resulta perjudicial para la salud de otra persona.

Entendemos por conducta inadecuada aquella que es perjudicial o contraproducente en el caso que nos ocupa, pero que no puede serlo en otras ocasiones. Finalmente, una conducta insuficiente es la que, siendo adecuado, el no alcanzar el grado deseado.⁵

⁵ Ibid pp. 54

III. MARCO TEÓRICO

5.1 ATENCIÓN PRIMARIA EN LA SALUD PÚBLICA

Es necesario considerar que existe un discurrir paralelo entre las concepciones acerca de la salud y de los movimientos en salud pública; desde el clásico concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la década de los cincuenta por el que la salud era “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad”, se ha pasado a considerar la salud como un recurso para vivir, o también se relaciona con la capacidad de adaptación del sujeto al medio: con lo que la salud se entiende como una relación entre el sujeto y su entorno. En este sentido la salud es la forma de vivir en equilibrio con el medio que nos rodea. Merece destacarse la definición dada en el X Congreso de Médicos y Biólogos Catalanes, donde se define la salud como una manera de vivir autónoma, solidaria y feliz. En 1985, la OMS afirma que “la salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente”.

El movimiento de atención primaria ha tenido en su origen y desarrollo una marcada orientación social y supone un intento para lograr un mundo con mejores cotas de desarrollo social y justicia a través de fuertes compromisos políticos para la lucha contra las desigualdades y el bienestar colectivos. Como corriente de pensamiento en salud pública, la atención primaria representa una estrategia para el abordaje de importantes problemas que se mantenían en los sistemas sanitarios de principios de la década de los setenta: importantes desigualdades en salud, con diferencias notables entre países e interregiones, insatisfacción de los usuarios, escalada de costes, deshumanización de la asistencia, etc.

El concepto tradicional de atención primaria que se recoge en la Conferencia de Alma Ata de 1978 señala: “es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad”.

En 1981, la OMS incluye oficialmente la estrategia de promoción de salud en su política, explicitada a través del programa “Salud para todos en el año 2000”, programa aceptado oficialmente por la 34 Asamblea Mundial de Salud en 1984. El objetivo estratégico es ambicioso y muy vinculado a la APS: lograr para el año 2000 que todas las personas puedan tener al menos el nivel de salud que les permita trabajar de forma productiva y participar de forma activa en la vida social de la comunidad en la que viven. La atención primaria es, sin duda, uno de los componentes estratégicos del movimiento de promoción de salud y del programa salud para todos. Mediante el movimiento de promoción de salud (ese pretende aumentar el control que tienen los individuos y las comunidades sobre los determinantes de su salud para, en virtud de esto, poder intervenir y mejorar las cotas de salud y bienestar); la promoción de salud supone una estrategia que vincula a la población con su entorno contribuyendo a que el ciudadano adopte

elecciones personales, con planteamientos saludables y con sentido de la responsabilidad social. Globalmente se hace notar que la evolución en la salud pública parte de transformaciones importantes respecto del concepto de salud.

Atención primaria y promoción de salud son dos conceptos que discurren paralelos en el tiempo y en el devenir de la nueva salud. Dentro del programa “Salud para todos en el año 2000”, se definieron 38 objetivos para su cumplimiento en la Región Europea de la OMS. Precisamente este programa hace una recomendación en el sentido de organización de los servicios de salud. En el objetivo 26 señala: “para 1990 todos los estados miembros deberán tener establecido, gracias a una colaboración efectiva de la colectividad, sistemas basados en la atención primaria, apoyados por otras atenciones secundaria y terciaria, de conformidad con los principios establecidos en la conferencia de Alma Ata”.

Fundamentos de la atención primaria

Las directrices programáticas del programa de atención primaria tienen sus fundamentos teóricos-filosóficos en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma Ata, URSS; 1978). Donde se instó a los gobiernos a una acción urgente en pro de la salud mundial basada en los siguientes puntos:

1. La salud es un derecho humano fundamental y cuya consecución es un objetivo de tipo intersectorial.
2. La existencia de importantes desigualdades en salud.
3. El derecho y deber de la población de participar en la planificación de los servicios.
4. La formulación de la prioridad internacional para que los gobiernos trabajen en conseguir a nivel mundial, un nivel de salud que permita llevar una vida social y económicamente productiva.
5. La orientación de la APS hacia los problemas prevalentes de salud de la comunidad.
6. Desarrollada por equipos de salud interprofesionales.

Conjunto de actividades

La APS debe contar, al menos, con un paquete de actividades y programas que aseguren su carácter preventivo, educativo y asistencia. Para que la APS pueda ser considerada como tal, debe reunir como mínimo las siguientes actividades:

1. Educación sanitaria sobre problemas de salud y su prevención.
2. Abastecimiento de alimentos y nutrición adecuada.
3. Control de aguas y saneamiento.
4. Atención de salud materna infantil.
5. Inmunización.
6. Prevención y control de enfermedades endémicas.
7. Tratamiento básico.
8. Suministro de medicamentos esenciales.

Nivel asistencial

La atención primaria, como nivel, representa teóricamente, el primer punto de contacto individual y comunitario para atender tanto al individuo enfermo como sano, haciendo hincapié en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, a la vez que potencia el autocuidado y la participación de la comunidad.

Puede resolver de esta manera el 90% de los problemas de demanda normal de los usuarios.

Estrategia de organización

Como estrategia, la APS es un programa de política sanitaria basado en la equidad y justicia social. La organización de los servicios sanitarios tiene un carácter universal, accesible, con una relación adecuada de coste-beneficio. Además de esto, como estrategia de desarrollo social debe estar basada en la colaboración intersectorial y en la participación de la comunidad.⁶

5.2 CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS EN EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un fenómeno que afecta a todos los órganos y sistemas del individuo. Estos cambios se presentan de manera individualizada, por lo que no todos los órganos, sistemas y personas envejecen igual ni al mismo ritmo.

Los cambios que ocurren en órganos y sistemas durante el envejecimiento son consecuencia, en cierta medida, de las modificaciones en la composición corporal que caracterizan el envejecimiento biológico.

Composición corporal. El cuerpo está constituido por células que a su vez forman los tejidos, estos conforman los órganos y finalmente un conjunto de órganos integran los aparatos y sistemas. Así mismo el agua es otro de los componentes fundamentales del organismo, cuyas modificaciones en volumen o calidad afectan el funcionamiento del organismo.

Durante el envejecimiento se presenta una disminución de hasta un 30% de la masa celular y de hasta un 50% de agua corporal, acompañados de un aumento de la grasa corporal de hasta 30%, propiciando una pérdida progresiva de la función global del organismo de hasta 1% promedio anual a partir de los 30 años.

Se manifiesta porque los músculos disminuyen de tamaño, el funcionamiento de los órganos en general se reduce comparado con el de los adultos, la piel es seca y menos turgente por la deshidratación y la producción de saliva es menor. De los 60 a 70 años en general se observa un incremento de la grasa corporal, para disminuir gradualmente a partir de los 70 años.

⁶ Frías Osuna A. *Enfermería Comunitaria*. España: Masson; 2000; 3

BOCA: la boca está constituida por la lengua, glándulas salivales, papilas gustativas, encías, dientes y paladar; estos órganos en conjunto forman el aparato buco-dental cuya función es iniciar el proceso de digestión de los alimentos.

En los adultos mayores se observa un adelgazamiento del tejido que forma la encía y del tejido que cubre la lengua (atrofia de la encía y mucosa lingual), pérdida proporcional de papilas gustativas, movilidad de los dientes y disminución en la producción de la saliva.

Se manifiesta porque la mayoría de los adultos mayores presentan la lengua lisa, boca seca, sensación de ardor, trastornos del gusto, dificultad para masticar los alimentos, dificultad para articular las palabras, predisposición a caries radicular e infecciones causadas por hongos y el virus del herpes simple.⁷

Sistema digestivo

El sistema digestivo está integrado por el esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso y recto; también participan en el proceso digestivo el hígado y páncreas. La función principal del sistema digestivo es la de descomponer o preparar los alimentos para que el organismo utilice de manera adecuada y óptima los nutrimentos. Los ancianos presentan disminución en la motilidad del esófago e intestinos y en la secreción ácida del estómago. El grosor del tejido del estómago está disminuido y la absorción alimenticia y funcionamiento hepático son deficientes.

Los adultos mayores cursan frecuentemente con estreñimiento, intolerancia a la ingesta abundante de alimentos por la disminución en la absorción, disminución en la absorción de algunos medicamentos, disminución en el metabolismo hepático de los medicamentos.

Sistema cardiovascular

El sistema cardiovascular está constituido por el corazón, las arterias y las venas. El corazón está conformado por cuatro cavidades, dos aurículas y dos ventrículos. El ventrículo izquierdo envía sangre oxigenada a las células a través de las arterias, la cual es recolectada por las venas, después de que el oxígeno es intercambiado por bióxido de carbono a la aurícula y ventrículo derecho para su oxigenación en el pulmón. La función primordial del sistema cardiovascular es distribuir el oxígeno y los nutrimentos a todos los órganos, aparatos y sistemas.

⁷Alcantara M. A. et al. *Bases conceptuales de Enfermería en el Anciano Antología*; 63

Con el envejecimiento los vasos sanguíneos se hacen más rígidos, se deposita grasa y se forma tejido fibroso en el corazón, la frecuencia cardíaca y la fuerza de contracción disminuyen, las válvulas cardíacas se calcifican y los mecanismos del sistema nervioso para mantener la presión arterial son deficientes.

Es frecuente detectar en los adultos mayores soplos cardíacos, la hipertensión arterial se presenta en más del 50% y la baja de presión arterial al ponerse de pie (hipotensión ortostática) es más de un 20%, también se puede observar una disminución de la frecuencia cardíaca.

Sistema respiratorio

El sistema respiratorio está constituido por tráquea, bronquios y pulmones. Su función primordial es la de abastecer de oxígeno el organismo y eliminar el bióxido de carbono. Este proceso se lleva a cabo a través de la inspiración y de la expiración. Para que la función respiratoria sea adecuada es necesaria que la expansión del tórax sea adecuada, a través de los músculos y cartílagos que rodean las costillas.

Con el envejecimiento se observa disminución de la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales, así como la debilidad de los músculos respiratorios, limitando los movimientos respiratorios de inspiración y expiración. También se produce estrechamiento de las vías respiratorias por la disminución en la elasticidad de los bronquios, hay disminución en la cantidad y función de cilios que ayudan a eliminar las secreciones y bacterias y degeneración del epitelio bronquial y de las glándulas mucosas.

Estas alteraciones se traducen en una función respiratoria restringida con predisposición a infecciones por la deficiencia para eliminar las secreciones y bacterias.

Sistema nervioso

El sistema nervioso está conformado por el cerebro, la médula espinal y los nervios. Las células del sistema nervioso se denominan neuronas, las cuales establecen una red que permite una intercomunicación con todo el organismo mediante sus prolongaciones celulares. El cerebro es el órgano que controla de manera armónica el funcionamiento vital del organismo. Así mismo, en la corteza cerebral se integran las funciones cerebrales superiores que nos permiten pensar, tener un lenguaje, realizar movimientos programados e intencionados, reconocer los objetos, las personas y el mundo que nos rodea y mantener almacenada la información del pasado reciente y remoto.

En los ancianos disminuye el tamaño del cerebro en un 10% debido a la pérdida de las células del sistema nervioso y a la disminución en las prolongaciones celulares, hay disminución nerviosa y aumento en el tiempo de la respuesta refleja.

Así mismo la producción de las sustancias que permiten la comunicación entre las células del sistema nervioso (neurotransmisores) y los sitios de contacto para que ocurra esto disminuyen.

Estas alteraciones se manifiestan como una lentitud en la coordinación sensitiva y motora que produce deterioro de los mecanismos que controlan la postura, el soporte antigravitacional y el equilibrio. También se presenta disminución de la memoria a corto plazo y cierta dificultad para el aprendizaje, debido a la lentitud en las respuestas intelectuales. Por otro lado, muestran alteraciones para la regulación de la temperatura corporal y en la apreciación del dolor visceral (estómago, hígado, intestino, apéndice) y disminución en la motilidad intestinal favoreciendo el estreñimiento, así como déficit en la sensibilidad de los centros nerviosos que regulan la presión sanguínea generando una predisposición a la hipotensión ortostática.

Sistema renal

El sistema renal esta conformado por los riñones, cuya función es la de filtrar los desechos tóxicos y sustancias que se encuentran en una concentración excesiva en la sangre, para ser eliminados por la orina.

Además cuenta con tubos (ureteros) que llevan la orina hasta la vejiga donde se almacena hasta que orinamos por la uretra.

Con el envejecimiento se observa disminución en el número y tamaño de las neuronas que son la unidad estructural y funcional del riñón, disminuye la capacidad de la filtración renal. En términos generales la función renal disminuye casi al 50%, en comparación con la que tienen los individuos a los 30 años.

Se manifiesta porque hay disminución de excreción de sustancias de desecho del organismo y de medicamentos.

Sistema genitourinario

El sistema genitourinario en el hombre esta conformado por ureteros, uretra, vejiga, próstata, testículos y pene. En la mujer esta constituido por ureteros, uretra, vejiga, ovario, útero, vagina y vulva. La función de este sistema, en lo referente a las vías urinarias es la de conducir, almacenar y eliminar la orina. Así mismo los genitales, son los órganos que permiten el coito sexual y la reproducción.

En los adultos mayores varones se observa aumento de tamaño de la próstata a partir de los 40 años, en las mujeres, después de la menopausia disminuye el grosor y función del tejido que cubre la vagina, provocando resequedad y susceptibilidad para las erosiones. Hay reducción de la capacidad vesical y flacidez de los músculos que mantienen en su posición la vejiga y el útero en la mujer.

Estas alteraciones se manifiestan como dificultad para retrasar la micción; el hombre puede presentar disminución en el calibre del chorro de la orina y dificultad para orinar por la hipertrofia prostática y la mujer puede presentar incontinencia urinaria de esfuerzo, debido al cambio de posición de la vejiga, por la falta de sostén de los músculos, lo cual es más intenso en mujeres que han tenido varios partos. También puede presentar falta de sostén del útero. Otra molestia que refieren las mujeres es el dolor cuando tienen relaciones sexuales debido a la resequedad de la mucosa de la vagina por la disminución de la producción de hormonas sexuales femeninas.

Sistema músculo esquelético

El sistema músculo esquelético está constituido por el esqueleto óseo y músculos, su función primordial es la de mantener la arquitectura del cuerpo, y permite que el individuo pueda mantener diferentes posiciones y realizar movimientos voluntarios simples y complejos.

Con el envejecimiento se observa la disminución en el tamaño y en el tono muscular, la fuerza muscular se pierde entre un 20 y 30% de los 60 a los 90 años. Hay una disminución en la estatura de aproximadamente 1.5 cm. cada 10 años a partir de los 50 años. También se observa una pérdida de tejido óseo a partir de los 45 años, la cual es más intensa en las mujeres dependiendo de los factores de riesgo. Además los ancianos presentan cambios degenerativos de los ligamentos, tendones y articulaciones.

Estas alteraciones se manifiestan como una pérdida de la masa muscular, predisposición a calambres musculares, debilidad muscular, presencia de xifosis, disminución de la estatura, predisposición para la osteoporosis, disminución de la elasticidad y resistencia de las articulaciones, rigidez y predisposición al dolor.

Sistema endocrino

El sistema endocrino está constituido por un conjunto de órganos denominados glándulas las cuales producen unas sustancias llamadas hormonas que actúan sobre otros órganos. Las principales glándulas que conforman el sistema endocrino son la tiroides, que produce las hormonas tiroideas, las cuales son fundamentales para mantener el metabolismo equilibrado del organismo. Las glándulas paratifoideas, que producen la hormona paratifoidea, la cual interviene en el metabolismo óseo; el timo cuya involución iniciada en la pubertad y acentuada con el envejecimiento repercute sobre la función inmunitaria; el páncreas que produce la insulina, cuya función es la de facilitar el paso de la glucosa al interior de la célula; los ovarios en la mujer, en donde se producen las hormonas sexuales femeninas llamadas estrógenos así como la progesterona, sustancia asociada con la menstruación y de vital importancia durante el embarazo; los testículos en el hombre en donde se produce la mayor cantidad de las hormonas sexuales masculinas denominadas andrógenos.

Durante el envejecimiento disminuye relativamente la producción y actividad de las hormonas tiroideas, sin afectar significativamente el metabolismo del organismo; la función del timo disminuye en forma importante, repercutiendo en la función inmunitaria los niveles de la hormona paratifoidea pueden estar aumentados, debido a una absorción defectuosa de calcio, secundaria a la falta de síntesis de vitamina D. Así mismo, se observan niveles más altos de azúcar, debido a una deficiencia o función defectuosa de la insulina, la producción de hormonas sexuales disminuye, repercutiendo en las funciones sexuales, en el metabolismo óseo y en los niveles de colesterol.

Los cambios en la producción de la insulina se manifiestan como una predisposición a la diabetes mellitus. Así mismo, la mujer presenta la menopausia entre los 45 y 50 años, la cual se puede acompañar antes o después de trastornos menstruales, bochornos, mareos, insomnio y cambios de carácter. Además en ambos sexos hay una disminución relativa del deseo sexual. Este proceso se llama climaterio y es resultado de la disminución en la producción de hormonas sexuales.

Debido a la disminución en la función del timo existe cierta predisposición a las infecciones y a la presentación de padecimientos inmunes y a la presentación de padecimientos autoinmunes ósea que el organismo no reconoce las sustancias tóxicas o extrañas o identifica como ajenas las propias, tales como la artritis reumatoide y cáncer.

Por otro lado, el incremento de la hormona paratifoidea y la disminución de las hormonas sexuales predisponen a la aparición de osteoporosis. Así mismo existe una predisposición a los padecimientos cardiovasculares por el aumento del colesterol, secundario a la disminución de la producción de hormonas sexuales.

Sistema inmunológico

El sistema inmunológico está constituido por los glóbulos blancos de la sangre, los cuales se encargan de comer y destruir microorganismos, desechos celulares y células malignas y los anticuerpos que son proteínas capaces de reconocer y facilitar la destrucción y eliminación de sustancias tóxicas o extrañas, bacterias, virus y células malignas.

Con el envejecimiento disminuye y se altera la inmunidad celular, esta última consiste en la capacidad de las células para defenderse de agentes nocivos, microorganismos y células malignas. Así mismo la actividad de los anticuerpos se ve disminuida o alterada apareciendo los anticuerpos que perdieron la capacidad de autoreconocimiento y atacan al propio organismo.

Estas alteraciones se manifiestan como una predisposición a infecciones en general y reactivación de tuberculosis y herpes zoster esto para los ancianos que las padecieron, además de una susceptibilidad a los tumores benignos y malignos.

Piel y tegumentos

La piel es un órgano extenso que cubre y protege nuestro cuerpo, interviene en el control de la temperatura, en la eliminación de sustancias tóxicas, en la síntesis de vitaminas como la D, en la absorción de medicamentos y en la apariencia estética. Como elementos complementarios de la piel están las uñas y el pelo, los cuales también tienen función de protección. La piel tiene glándulas que producen el sudor, grasa, y el olor característico de cada persona. El grosor y características de la piel son distintos de acuerdo al sitio y función específica.

Con el envejecimiento se presenta adelgazamiento de la capa externa de la piel, disminución en el tamaño y función de las glándulas que producen el sudor, de las células que producen el pelo y de las uñas. Así mismo, se deposita mayor cantidad de la proteína que protege la piel tornándola delgada pero áspera; disminuye la proporción de fibras elásticas, la cantidad de grasa subcutánea y los vasos sanguíneos de la piel son frágiles.

Estas alteraciones se manifiestan a través de arrugas, piel delgada, dura, áspera, reseca con sensación frecuente de prurito, disminuye la propiedad de aislamiento de la piel, incrementando la susceptibilidad a las lesiones por golpes leves y úlceras por presión; las uñas se hacen frágiles, engrosadas, torcidas y de lento crecimiento; el pelo se adelgaza, pierde su color y se cae principalmente en los hombres.

Ojos

Los ojos son los órganos sensoriales que le permiten al humano percibir las formas, colores y características del mundo que le rodea, incluyendo la posibilidad de la lectura. Las estructuras que conforman el ojo son los párpados, pestañas, las glándulas y conductos lagrimales y el globo ocular. Este último está cubierto en su parte central por una membrana transparente denominada córnea, tiene una estructura blanca que se denomina esclerótica, el iris y la pupila que constituye el orificio central cubierto por el lente ocular denominado cristalino por donde llegan las señales luminosas a la retina y de ahí a través del nervio óptico al cerebro para su interpretación. El interior del globo ocular está conformado por una sustancia gelatinosa llamada humor vítreo, la cual le permite mantener su forma.

Con el envejecimiento se presenta disminución de la grasa que rodea al globo ocular, disminución en el tamaño y funcionamiento de las glándulas lagrimales y estrechamiento del conducto lagrimal, sequedad del tejido que rodea al ojo, disminución de la elasticidad del cristalino y alteraciones en los músculos de la acomodación, en el iris y en las células de la retina.

Estas alteraciones hacen que los ojos tengan una apariencia de hundimiento, laxitud de los párpados, caída del párpado superior, reducción en la cantidad de lágrimas, aunque puede presentar lagrimeo por el estrechamiento del conducto lagrimal o la separación del párpado con relación al ojo. Las pupilas se observan contraídas y los reflejos a la luz y a la lejanía son lentos, existe dificultad para leer de cerca o realizar procedimientos de precisión como ensartar una aguja, lenta adaptación a la oscuridad, defectuosa apreciación del color y del espacio en distancia y profundidad.

Audición y equilibrio

Los oídos son los órganos sensoriales que le permiten al individuo percibir la intensidad y características de los sonidos, así como mantener el equilibrio. Las estructuras que conforman los oídos son los pabellones auriculares, conducto auditivo externo, membrana timpánica, el oído medio con sus huesecillos lo que es el martillo, yunque y estribo, el oído interno en donde se encuentra el nervio auditivo y aparato vestibular, que es la estructura que interviene en el equilibrio.

Durante el envejecimiento se presenta adelgazamiento y resequedad de la piel de los pabellones auriculares; en el conducto auditivo aumentan el número y la longitud de los pelos y se incrementa la descamación de la piel haciendo más difícil la eliminación del cerumen; la membrana timpánica pierde su elasticidad y los huesecillos se descalcifican pudiendo presentar osteoporosis, el oído interno

presenta alteraciones degenerativas, denominadas presbiacusia o sordera propia de la edad avanzada.

Estas alteraciones se traducen en una deficiente eliminación de cerumen con propensión a la formación de tapones, la presbiacusia se caracteriza por una creciente dificultad para oír los tonos de alta frecuencia, acompañado con frecuencia de zumbidos el 10% de los mayores de 60 años presenta esta alteración, percepción anormal de ruidos fuertes y dificultad para la localización de los sonidos en un ambiente ruidoso. En general, la presbiacusia se presenta por igual en ambos oídos y se inicia a partir de los 50 años. Las alteraciones del aparato vestibular propician un deterioro en el control postural reflejo es decir el mantener el equilibrio al chocar con algún objeto, lo que predispone a las caídas.

Olfato, gusto y fonación

El olfato y el gusto son dos funciones sensoriales estrechamente relacionadas, las cuales nos permiten percibir las características e intensidad de los olores y sabores respectivamente. Las estructuras que intervienen para que se den estas funciones son el bulbo olfatorio, las papilas gustativas y el cerebro.

La fonación es la función que nos permite articular palabras y emitir sonidos. Las estructuras que intervienen en la fonación son la lengua, los dientes, el paladar, la faringe, la laringe y las cuerdas vocales.

Con el envejecimiento hay disminución en el número y tamaño de las papilas gustativas y las células olfatorias, así como disminución en la elasticidad de los músculos y cartílagos laríngeos.

Estas alteraciones se manifiestan como una disminución en el sentido del gusto y del olfato, además de una disminución en el reflejo de la tos y de la deglución y cambios en el tono de la voz.⁸

5.3 DUELO EN EL ANCIANO

El duelo se puede definir como el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. En otras palabras es una reacción emocional que se da frente a una pérdida. Esta última es psicológicamente traumática en la misma medida que una herida o quemadura, por lo cual siempre es dolorosa. Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el proceso de duelo.

⁸ ibid. pp. 107

El proceso de duelo se inicia inmediatamente después o en los meses siguientes a la muerte de un ser querido. El período de tiempo o de duración varía de persona en persona, no siempre el mismo, y varía dependiendo del grado de impacto en el momento de la pérdida, por la personalidad del individuo, y por los recuerdos internos y externos que se posean de la persona fallecida. Además de estar determinado por la identidad y el rol de la persona fallecida, por la edad y sexo de la persona que sufrió la pérdida, por las causas y circunstancias en que esta ocurrió, y por las circunstancias sociales y psicológicas que afectan al sobreviviente.

Como todo proceso, el duelo cursa etapas las cuales han sido definidas por diferentes autores. En general, todos coinciden en que el duelo se desarrolla en cuatro etapas dinámicas, la primera etapa se denomina de "Impacto y Perplejidad o Shock". Esta etapa se inicia cuando nos enfrentamos a la noticia de la muerte. Puede prolongarse desde minutos, días y hasta seis meses. Se intenta defender del impacto de la noticia. El anciano se enfrenta a una realidad que no logra comprender y que capta toda su atención, por lo que el consuelo no será bien recibido. Es el mismo quien debe verificar y confrontar la realidad. Tampoco hay que sobreprotegerlo y no forzarlo a realizar actividades que no quiere, ni tampoco hay que dejarlo en un reposo absoluto por un tiempo prolongado. Por otro lado, experimenta sentimientos de pena y dolor, incredulidad y confusión. También presenta trastornos del apetito por defecto o por exceso, así como también náuseas e insomnio. La segunda etapa se denomina de "Rabia y Culpa"; hay una angustia intensa, acompañado de un desorden emocional. La muerte ya ha sido aceptada como un hecho real. El anciano comienza un proceso de búsqueda de quien ya no está y empieza a expresar los sentimientos por éste. Una tercera etapa sería la de "Desorganización del Mundo, Desesperación y Retraimiento". Esta etapa puede durar hasta dos años. Se intensifica la pena y llanto. Surgen los sentimientos de culpabilidad, resentimientos, soledad, añoranza y auto reproche. El anciano siente rabia lo cual lo mantiene resentido y le impide su readaptación a la nueva realidad y tienen comportamientos o conductas no meditadas. Sueña con el fallecido, se retira socialmente, suspiros constantes, hiperactividad y frecuenta los mismos lugares del fallecido. Presenta sensaciones físicas, como el estómago vacío, tirantes en tórax o garganta, hipersensibilidad a los ruidos, vivencias de despersonalización, sensación de ahogo y boca seca. También pensamientos de preocupación, presencia del fallecido, alucinaciones visuales y auditivas. No hay que esperar que el anciano cambie su conducta o reprima su tristeza, al contrario, hay que permitirle la realización del duelo, para que sea capaz de enfrentar los sentimientos de dolor y tristeza. Y la cuarta y última etapa se denomina de "Reestructuración del mundo, Reorganización y Sanación". La reestructuración puede durar hasta dos años. El anciano toma conciencia de la pérdida, acepta el vacío y lo incorpora como una ausencia presente. Reaparece la paz y el sentido de vivir, y se atenúa las emociones y sentimientos. Vuelve a sentir la calidez de quienes lo rodean. Comienza a tener una visión más realista del ser perdido.

Por su parte, el proceso de duelo posee tareas las cuales deben llevarse a buen término para desencadenar una buena elaboración de éste. Se debe *aceptar* la realidad de la pérdida, luego sufrir pena y dolor emocional, para después

ajustarse al medio sin la persona desaparecida en el sentido de construir una nueva vida estable y satisfactoria, y finalmente quitar la energía emocional del fallecido reduciéndola hacia otras relaciones en el sentido de recuperar la capacidad de amar en un sentido más amplio.

Si ahora caracterizamos los duelos patológicos éstos se producen cuando las tareas del proceso no han sido vividas y finalizadas. El duelo anormal puede presentarse de diversas maneras, que van desde el retraso del duelo o la ausencia, hasta un duelo muy intenso y prolongado, que puede incluso asociarse a conductas suicidas o síntomas psicóticos. Estos ancianos muestran signos de pesadumbre en forma grave y retardada. Aquí el problema es preguntarse por que el paciente es incapaz de superar la pérdida. Existen distintas explicaciones al respecto. Por un lado, se puede ver una fuerte dependencia debido al apego del anciano a su cónyuge difunto. O bien el anciano no mantiene estrecha relación con otro miembro de la familia a quien transferir algunos de los lazos que lo vinculaban a su cónyuge. Como también es probable que las relaciones de duelos patológicos anteriores, si las hubo, hayan sido ambivalentes. Como resultado de este tipo de duelo se puede desencadenar una depresión, la cual en el adulto mayor puede ser mortal. Esta está determinada por la personalidad del anciano como también por su historia vital. Éste tipo de depresión afecta el sistema orgánico central, endocrino e inmunológico, paralizando el continuo proceso de crecimiento y el intelecto. Además se presenta una declinación del funcionamiento del organismo, deterioro de las funciones físicas, baja de las defensas, con lo cual puede ser presa fácil de cualquier enfermedad. Se presenta alteración de algunos neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina. El ánimo se reciente y el anciano está constantemente cansado. La pérdida de la salud física puede llevar a una baja de autoestima, una mayor dependencia y una disminución de la movilidad. Es importante en este caso, tener en cuenta que el anciano que vive un duelo patológico nos dará algunas señales de alerta, como puede ser la pérdida de la energía, el sentirse viejo, la anhedonia o pérdida de las ganas de disfrutar. Así como también puede presentar insomnio, disminución del apetito y baja de peso cuantificable. Es común que tengan pensamiento de muerte, un fuerte retraimiento social, algún tipo de sentimiento de culpa, un cambio en el estado de ánimo, como también dolores físicos y quejas sobre su salud.

Es importante tener en cuenta que en esta etapa del desarrollo las reacciones del duelo serán más sostenidas en el tiempo, esto debido a que el anciano tiene más dificultades para adaptarse a los cambios. La pérdida es el tema predominante en la vida emocional del anciano. Para el anciano la muerte no solo le pone término a la vida, sino que ahora está más presente que nunca. El duelo en el anciano es similar al del niño, debido a que en la senectud se produce una vuelta a la dependencia. Esa actitud de búsqueda o vuelta a la dependencia, se debe a la expresión de la respuesta instintiva a la separación que observamos en la infancia. Este impulso no sólo se provoca cuando perdemos a la figura de apego más importante en cualquier etapa de la vida, sino que es específico de los seres humanos. Esto produce una disminución de la capacidad para el duelo. La dependencia que presenta el anciano lo lleva a desarrollar conductas no patológicas y adaptativas a la pérdida. También necesitan un sustituto que les

brinde seguridad, ya que la pérdida de la persona querida amenaza esta seguridad. No obstante, en otros casos, no parece haber un intento de búsqueda de sustituto, presentándose conductas autodestructivas, en un aparente intento de reunión con la persona perdida, sin mostrar signos de dolor por esta pérdida. El anciano en condición de dependencia, parecería estar más preparado para su propia muerte que la del objeto de su dependencia.

Viudez o viudedad en la tercera edad. La viudez en esta etapa está acompañada de la soledad, entendida como la crisis que se produce por la pérdida de personas queridas. Esta es una de las experiencias más duras a las cuales se ve enfrentado el senescente, el hecho de perder al ser con quien ha compartido una larga etapa de su vida. Es importante el papel que juegan los hijos en esta situación, ya que son ellos quienes deben tratar de aliviar esta soledad.

Durante el primer año de condolencia o duelo, el cónyuge puede estar deprimido, angustiado y hasta tener reacciones fóbicas, lo que no implica totalmente el hecho de estar desarrollando un cuadro patológico.

Otro punto importante a destacar es el hecho de que debido a que el ciclo de la vida de los hombres es más corto, y estos suelen ser mayores que sus esposas, la situación de viudez es más normal entre las mujeres mayores. Lo cual acarrea una serie de conflictos, no sólo por la muerte del cónyuge sino además por el hecho de tener que enfrentar ahora la vida sola. Si el marido, en este caso, ha sido la principal fuente de sustento ya sea económico, afectivo o de otra índole, su muerte suele implicar cambios en el nivel de vida. Incluso el despertarse adquiere otro significado cuando nos damos cuenta que a nuestro lado ya no hay nadie. Las mujeres viudas aprenden a funcionar en su propia casa sin la presencia de su marido. Ellas además enfrentan numerosos estresores que desafían los recursos adaptativos. También tiene fuertes fluctuaciones en sus recursos financieros. La mayoría de las mujeres siente que la pérdida del esposo es una pérdida de apoyo emocional. Por su parte los hombres viudos, tienden a sufrir de intensa depresión luego de la muerte de sus esposas, lo cual se traduce en la búsqueda rápida de una nueva pareja para casarse. La persona viuda, entonces, debe reconstruir una identidad cuyo elemento esencial pudo haber sido la persona casada durante la mayor parte de su vida adulta. Como plantea el psiquiatra Colin Parkes (1972), "aun cuando las palabras siguen siendo las mismas, cambian de significado. La familia no es lo que era. Ni el hogar, ni el matrimonio."

Si ahora nos centramos en como será la vida de las personas viudas veremos que, como lo constató Helena Lopata (1979) en sus dos estudios clásicos realizados a viudas de más de 50 años, quienes llevaban una media de once años en tal condición. Ella concluyó que la mayoría de las mujeres vivían solas. Esto debido a que necesitaban una independencia de los hijos. A su vez, descubrió que el ingreso mensual que recibían había disminuido a casi la mitad luego de la muerte del cónyuge. Pero lo que más llama la atención es que las entrevistadas manifestaron que su identidad como esposa había sido esencial en su vida adulta.

Tratamiento Psicoterapéutico. Como una manera de tratar el proceso de duelo normal desde la terapia se debe fomentar el deporte así como también el establecer una nuevas relaciones y realizar otras actividades ajenas a lo cotidiano. Más específicamente el tratamiento psicoterapéutico debe apuntar a favorecer la revisión de la relación personal con el fallecido, ayudar al paciente a expresar el dolor y la angustia, a reconocer las alteraciones cognitivas, afectivas y de conductas secundarias al duelo, así como también, encontrar una representación intrapsíquica del fallecido para evitar interpretaciones con mucha carga de conflicto. Además debe potenciar los mecanismos de adaptación del paciente, debe permitir la transferencia, y por último, debe facilitar la transmisión de la dependencia del fallecido a otras fuentes de gratificación cuando sea necesario.

Si ahora nos centramos en el tratamiento para enfrentar el dolor de la depresión en el anciano producido por el duelo patológico, el tratamiento farmacológico será administrarle fármacos al anciano en pequeñas dosis que actúan sobre la serotonina y la noradrenalina. Y el tratamiento terapéutico suele ser difícil ya que están constantemente rememorando la pérdida. La familia, un sacerdote o los servicios de una organización pueden ayudar para reestablecer un puente con el mundo exterior. Es importante por esto que se mantenga contacto con los familiares para así conocer como afectó la pérdida a nivel familiar y para que estos conozcan la situación del anciano, y así ser un apoyo y una compañía.⁹

5.4 LA DEPRESIÓN COMO UN PROBLEMA DE SALUD EN EL ANCIANO

La depresión es uno de los ejemplos de presentación inespecífica y atípica de la enfermedad en el anciano y una de las que con más frecuencia se enfrenta en geriatría. A pesar de que la prevalencia no se ha podido documentar como mayor, es sorprendente la cantidad de veces que los problemas depresivos acompañan a varias enfermedades de los ancianos. Las pérdidas frecuentes en esta edad, el aislamiento social y una visión negativa del envejecimiento hacen al anciano mucho más vulnerable.

Los síndromes afectivos pueden ser caracterizados por abatimiento (depresión) o exultación del humor (manía). Si estos estados afectivos se presentan alternados o combinados, se les denomina: trastorno bipolar.

La depresión es sin duda el trastorno del afecto que se presenta con mayor frecuencia. Al usar el término depresión, es importante diferenciarlo de la tristeza como una emoción no patológica, un síntoma aislado, un síndrome etc.

La depresión es un problema de salud pública, debido al gran número de personas que la padecen, no son diagnosticadas y no tienen tratamiento

⁹ www.psicología-online.com/colaboradores/mcarevic/duelo.shtml

adecuado. En el anciano, la frecuencia con que se presenta la depresión es del 40%, siempre se encuentra dentro de las primeras 10 causas de morbilidad, y casi nunca como un evento aislado, forma parte de otros procesos morbosos, con aumento de la confusión diagnóstica y de la morbimortalidad, incrementa los días de hospitalización y de los costos de atención. Se encuentra generalmente con manifestaciones de anhedonia, apatía, pérdida del interés por las cosas, sentimientos de inutilidad, pérdida de vitalidad, cansancio exagerado, falta de esperanza en el futuro.

Generalmente se acompaña de manifestaciones somáticas que confunden con estados patológicos concomitantes, exacerbación de los procesos existentes y en no raras ocasiones confusión con demencia (Alzheimer). Origina incapacidad para llevar una vida familiar y social adecuada, con sentimientos de culpa y de vergüenza, abulia, tristeza, melancolía, ansiedad, desesperanza e irritabilidad. Refieren incapacidad para resolver los problemas con indecisión, dudas, autorreproche, pesimismo, obsesión y angustia.

El estado de ánimo es depresivo con llanto fácil, desesperanza, reproche así mismo, ideas delirantes, ideas obsesivas, indecisión, dudas sobre todo para la toma de decisión y pensamientos de muerte en forma reiterativa; insomnio, miedo y pánico; anorexia, pérdida de peso, de energía y del deseo sexual, hay náusea, vómito, constipación, palpitaciones, hiperventilación, diaforesis, cefalea, dolores musculares, preocupación sobre su estado de salud, abatimiento, ideas suicidas, muchas veces hay suicidio consumado por no haber detectado la depresión a tiempo, se vuelven adictos en especial al alcohol y a las benzodiazepinas, pobreza del pensamiento con dificultades para la concentración, y de la memoria, en general, manifiestan estar muy enfermos y que nadie les hace caso, ya que los creen "locos", motivo por el cual muchas veces ocultan los síntomas.

Es importante destacar el fuerte riesgo de suicidio que tiene la persona deprimida en esta edad, cuatro veces mayor que los deprimidos de menor edad. Existen una serie de variables que se asocian con este riesgo, entre las que destacan, la ausencia de apoyo familiar, mala salud física, alcoholismo y sentimiento de culpa etc. La etiología es alteraciones de los neurotransmisores, en especial serotonina, dopamina y noradrenalina, así como también, aunque en menor grado, alteraciones de la monoamino oxidasa. Se exagera el problema por el empleo de polifarmacia, ya que muchos fármacos ocasionan depresión como: las benzodiazepinas, la digoxina, antihipertensivos, etc.

El medio ambiente del enfermo, así como los procesos patológicos que lo acompañan juegan un papel determinante para la presentación o exacerbación de la depresión en el anciano. La pérdida del cónyuge, o del rol social así como la jubilación o la presentación de enfermedades crónicas degenerativas; las enfermedades invalidantes como: las fracturas, la osteoartritis, la enfermedad vascular cerebral, amputaciones, cáncer, E.P.O.C., cardiopatías; el rechazo por parte de la familia, mutilaciones y la pérdida de la belleza, o la disfunción eréctil en el hombre aunado a los problemas económicos de los viejos son factores no sólo

de riesgo, sino de conflictos que en su tiempo, impiden una buena evolución del tratamiento y por ende, de la curación de los enfermos.

5.5 EL ADULTO MAYOR Y SU AUTOESTIMA

Una de las primeras necesidades de todo ser humano para su desarrollo psicosocial y para la construcción de una vida plena y satisfactoria es la autoestima, pues el ser humano necesita sentirse útil, saberse capaz, considerarse digno, aceptado, querido, acogido y perteneciente a algo y a alguien con quien se identifique.

Según como se encuentre nuestra autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos. La autoestima está vinculada a un concepto positivo de sí mismo. Potencia la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades personales.

En la última etapa de la vida, la autoestima cobra una relevancia especial, pues los factores que contribuyen a los problemas de autoestima, pueden ser asociados con cambios físicos, enfermedades, bienestar psicológico, y actitudes sociales compatibles con el fenómeno del “viejismo”. Sin embargo, frecuentemente, nos encontramos con personas adultas mayores que están plenamente en forma, totalmente vigentes, atentas, llenas de iniciativa y planes de trabajo y aunque ven disminuidas sus potencialidades físicas, su mente sigue lucida disfrutando de la vida y manteniendo una autoestima saludable.¹⁰

La autoestima es la valoración que tiene una persona de sí misma, en base al autoconocimiento, y al afecto recibido desde que nace. Se expresa en una actitud de aprobación o desaprobación revelando el grado en que la persona se sienta capaz, exitosa, y digna como tal.

Muchos de los factores que influyen en la disminución de la autoestima observada en los adultos mayores pueden estar asociados a los cambios físicos, enfermedades crónicas o agudas, bienestar psicológico, y actitudes sociales como la exclusión familiar, las carencias afectivas. Como consecuencia del tiempo, se presentan alteraciones en la imagen corporal; aspectos que pueden afectar la autoestima de los mayores.

Envejecer es un fenómeno natural inherente a lo biológico, cabe mencionar que son las carencias afectivas familiares y la exclusión social las que condicionan una positiva o negativa autoestima en la vejez y, por ende, su calidad de vida.

¹⁰ ibid pp. 149

En cuanto al tratamiento se mencionan algunas sugerencias para elevar y mantener una autoestima positiva.¹¹

Los adultos mayores en relación consigo mismos, se les sugiere:

- Conózcase y siéntase valioso/a y aceptado/a reconociendo su valía personal a pesar de los cambios y el deterioro físico.
- Identifique y acepte sus destrezas y conocimientos, esto ayuda a desarrollar y mejorar el autoconcepto. Todo el mundo tiene talentos, uselos para desarrollarse al máximo. Mantenga siempre un autoconcepto positivo.
- Debe leer libros de superación personal. Estos le ayudarán a pensar nuevas alternativas de cómo hacer las cosas y cómo visualizarse positivamente.
- Mantenga su mente ocupada con pensamientos positivos sobre usted mismo y sobre los demás.
- Sea usted mismo/ y no imite a nadie
- Tenga confianza en usted mismo y en sus decisiones. Usted es la persona más importante que existe sobre la tierra.
- Autoevalúese siempre, le permite crecer.
- Respétese buscando y valorando todo aquello que le haga sentirse orgulloso de sí mismo.
- Mantenga su independencia y autonomía al nivel más alto posible. Pida ayuda solo cuando lo necesite.
- Confié en su capacidad para controlar su vida.¹²

¹¹ www.saludalia.com/doc/salud/web_saludalia/

¹² Leiton Z, Ordoñez Y. *Autocuidado de la salud para el adulto mayo*. Lima: MIMMDES; 2003; 152

La depresión suele alterar la nutrición, memoria, patrón de sueño, y en general los hábitos de higiene.

5.6 LA NUTRICIÓN Y EL ADULTO MAYOR

La relación directa entre alimenticio y salud sigue totalmente vigente en esta etapa de la vida. Una nutrición bien orientada durante los años de la senectud puede promover y mantener la salud, retrasar algunos cambios del envejecimiento, prevenir las enfermedades y ayudar en la recuperación de las mismas con la disminución de la morbilidad en la vejez.

Los mismos principios que se aplican para los adultos sirven para los adultos mayores. Sus necesidades nutritivas son igualmente precisas para el mantenimiento del organismo, considerando en esta etapa las necesidades calóricas y de los micronutrientes. Sin embargo, hay que tomar en cuenta las enfermedades que están asociadas en esta etapa, como: la hipertensión arterial, diabetes sacarina, arteriosclerosis, osteoporosis, obesidad, gota y cáncer; los principales problemas dietéticos, como la anemia, desnutrición, obesidad, estreñimiento, escorbuto y deficiencia de vitamina D.

Entre los factores que intervienen en la nutrición del adulto mayor se encuentran los cambios propios del envejecimiento, los hábitos alimentarios que están muy arraigados, la actividad física, los estilos de vida, nivel de instrucción, las redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones. El estado de nutrición de una persona de 70 años es un vivo reflejo de su historia alimenticia. Es por ello que una correcta, adecuada y equilibrada nutrición es parte importante para el mantenimiento de la salud durante la vida y no será una excepción durante esta etapa.¹³

Dentro de los cambios normales de mayor relevancia están los del sistema gastrointestinal, hígado, vías biliares y páncreas, los cuales afectan la función motora, secretora y absorción, interfiriendo la buena digestión de los alimentos, y repercusión en el estado nutricional de los adultos mayores.

Entre los factores que afectan la nutrición y que pueden contribuir al descenso de la ingesta de comidas saludables podemos mencionar:

- Edad avanzada (mayor de 80 años)
- Nivel económico bajo

¹³ ibid pp. 73

- Asilamiento, institucionalización, depresión y soledad, especialmente después de la muerte de un ser querido
- Problemas familiares, personales o sociales, el estrés
- Debilidad física o movilidad limitada u otras restricciones que incapacitan para hacer compras y preparar los alimentos.
- La disminución del gusto y el olfato afectan el apetito
- Falta de conocimientos y hábitos dietéticos deficientes
- Factores culturales o religiosos
- La presencia de enfermedades
- La enfermedad dental y periodontal lleva a preferir alimentos blandos que muchas veces son ricos en carbohidratos y bajos en nutrientes.

5.7 EL ADULTO MAYOR Y EL SUEÑO

Mucha gente cree que las personas mayores necesitan dormir menos. Sin embargo, lo que disminuye con la edad no es la necesidad de dormir, sino la capacidad de dormir.

Dormir de noche permite que los centros nerviosos se carguen de fluidos vitales favoreciendo la vida al hacerla más armónica y a la vez longeva porque retarda el envejecimiento. Los ciclos sueño/vigilia están controlados por nuestro reloj biológico o ritmo circadiano y a medida que envejecemos nuestro reloj biológico se adelanta.

El sueño de la persona adulta mayor sufre cambios en la continuidad, duración y profundidad, propios del envejecimiento, por lo cual generalmente, el adulto mayor considera su sueño menos satisfactorio. También una proporción de ellos sufren enfermedades crónicas, consumen fármacos, enfrentan situaciones psicológicas y sociales que pueden afectar el sueño. Así, se ha encontrado que entre la tercera parte y la mitad de las personas mayores de 65 años tienen algún tipo de

problema para dormir e incluso una cuarta parte tiene serias dificultades, siendo el insomnio el mayor problema. Todos estos eventos afectan la calidad de vida, trastornan la relación y pueden alterar el desempeño de las actividades cotidianas. Por lo tanto el sueño adecuado por las noches es una de las principales necesidades del adulto mayor para mantener una vida activa y saludable.¹⁴

Numerosos estudios han demostrado cambios relacionados con la edad con la continuidad, duración y profundidad del sueño. Entre las principales tenemos:

- Disminución en la cantidad y duración del sueño debido a constantes despertares.
- Las siestas diurnas aumentan
- Aumento de la cantidad del sueño ligero y una disminución de la cantidad del sueño profundo, fácilmente se despiertan por ruidos y aumentan los despertares nocturnos.
- Se levantan temprano por las mañanas
- Cambios frecuentes de un estado del sueño a otro, lo que produce sueño de menor calidad.
- El adulto mayor es más sensible a los cambios de horario.

Dentro de sus repercusiones, la privación del sueño puede provocar varios síntomas y enfermedades, como pérdida de la memoria a corto plazo, reducción de la capacidad de atención, concentración, disminución de la coordinación motora, y de la capacidad de adaptación, irritabilidad, fatiga, intranquilidad, desorientación, confusión, depresión, apatía y somnolencia.

El insomnio es uno de los trastornos más frecuentes en los adultos mayores, el cual se define como una disminución sostenida de la cantidad del sueño habitual, usualmente es de etiología multifactorial y puede verse asociado a cambios en el horario de acostarse, enfermedades crónicas, enfermedades mentales, depresión, ansiedad, estrés y el uso de medicamentos, como los estimulantes.

¹⁴ ibid pp. 101

Algunas de las medidas para favorecer el sueño en los adultos mayores son:

- Levántese temprano y acuéstese todos los días a la misma hora, aun los días feriados y fines de semana y de acuerdo a una rutina preestablecida.
- Condicionarse mentalmente para dormir.
- Use la cama sólo para dormir. No sirva comidas en la cama.
- Elimine las siestas diurnas excesivas a menos que estén indicadas. Si hace siesta que no sea más de 30 minutos.
- Evite en lo posible el estrés y emociones fuertes, si es posible resuelva los problemas durante el día o exprese sus emociones libremente.
- Haga ejercicios pero no cerca de la hora de dormir. El ejercicio físico moderado y regular aumenta el flujo cerebral, por ello, puede favorecer el sueño al ayudar a restaurar los ritmos corporales normales.
- Realice técnicas de relajación, así como respiratorias.
- Si le es posible, pase un tiempo fuera de la casa para aumentar la exposición a la luz del sol, aproximadamente 30 minutos. El sol es el mejor estabilizador de los ritmos circadianos.
- Consuma una dieta liviana por las noches. Las comidas abundantes, especialmente por las noches, pueden conducir a una interrupción del sueño.
- Evite el consumo de estimulantes, como alcohol, tabaco, cafeína, cerca de la hora de acostarse, para dormirse más rápido y permanecer dormido más tiempo.

5.8 LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA PERSONA ADULTA MAYOR.

La incontinencia urinaria es la pérdida objetiva e involuntaria de orina y abarca desde el escape de unas cuantas gotas hasta la incontinencia total. La incontinencia aumenta casi siempre con la edad y es más frecuente en mujeres que en hombres.

Los tipos más comunes de incontinencia urinaria entre los adultos mayores son la de esfuerzo, la de urgencia, la de rebosamiento y la incontinencia funcional. Es importante tratarlas porque es responsable de infecciones urinarias u otras infecciones graves.

Incontinencia de esfuerzo. Se describe como una pérdida involuntaria de orina relacionada con un aumento de la presión intraabdominal, como consecuencia de actividades como levantar peso, toser, estornudar, saltar, reírse o inclinarse. Es más frecuente en las mujeres y se debe a la resistencia insuficiente de la uretra. El soporte anatómico del suelo de la pelvis suele debilitarse como consecuencia del traumatismo del parto, de la debilitación generalizada de los tejidos debida al envejecimiento y a la deficiencia de estrógenos, de una lesión del nervio pudendo o de un traumatismo causado por una cirugía ginecológica o urológica. Las mujeres que han tenido hijos suelen considerar esta pérdida de orina como normal y una consecuencia inevitable del envejecimiento.

Incontinencia de urgencia. Consiste en la salida brusca de orina como consecuencia de contracciones vesicales involuntarias. Aunque la persona siente un deseo muy fuerte de miccionar, es incapaz de aguantar la orina lo suficiente como para llegar hasta el aseo.

Incontinencia por rebosamiento. Es consecuencia de la incapacidad de la vejiga para vaciarse de forma eficaz, lo que da lugar a una sobredistensión de la misma, que ocasiona una pérdida de orina frecuente, e incluso constante. La persona afectada suele ser incapaz de percibir que la vejiga está llena. Es más frecuente en los hombres y puede deberse a la atonía o la disminución de actividad del músculo detrusor, o bien a un proceso obstructivo.

Incontinencia funcional. Algunos problemas externos a las vías urinarias pueden afectar a la continencia. En la incontinencia funcional, las vías urinarias inferiores se encuentran intactas, pero la continencia se altera como consecuencia de la inmovilidad o de trastornos intelectuales. No todos los pacientes con este tipo de trastornos presentan incontinencia.¹⁵

¹⁵ Staab S, Hodges L. *Enfermería Gerontológica*. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1998; 279

Los adultos mayores no siempre padecen de incontinencia urinaria, sin embargo toda persona con este síntoma debe ser evaluada por su médico para tener que corregir o controlar el trastorno. Algunas investigaciones reportan que entre el 10% y 30% en la comunidad y de 35% a 50% en instituciones de cuidados crónicos padecen de incontinencia urinaria.

Entre los cambios que ocurren en las vías urinarias con el envejecimiento tenemos:

- Debilidad de la musculatura vesical
- Reducción de la fuerza a chorro de la orina
- Aumento de la cantidad de orina residual
- Descenso ligero de la capacidad vesical.
- Disminución del volumen necesario para la contracción vesical.
- Aumento de las contracciones vesicales involuntarias
- Aumento de la excreción nocturna

A pesar de lo señalado anteriormente, los cambios funcionales relacionados con la edad no son suficientes para causar por si mismos la incontinencia urinaria. Dentro de los factores causales más comunes están: los factores físicos, factores psicológicos, factores sociales o ambientales.

Ejercicios pélvicos para prevenir y evitar la incontinencia.

Estos ejercicios (descritos por kegel) ayudan a aumentar la fuerza y el tono de los músculos usados para orinar y defecar, favoreciendo la reducción de la urgencia urinaria y evitando la incontinencia.

¿Cómo encontrar el músculo adecuado?

- Frene el chorro de la orina.
- Tensar los músculos para retener el gas o el movimiento intestinal.
- Se siente una sensación de “tirón” hacia adentro y hacia arriba.
- En los hombres: si el ejercicio se hace bien, el pene se elevara.
- No utilizar los músculos del abdomen, piernas o glúteos.¹⁶

5.9 CAÍDA EN LOS ADULTOS MAYORES

La estabilidad de la persona depende de la integridad física y buen funcionamiento de los componentes sensorial, central, cognitivo y músculo-esquelético; los cuales muchas veces se ven afectados por los cambios fisiológicos asociados a la edad, las enfermedades y factores ambientales que predisponen a las caídas.

Las caídas son uno de los síndromes geriátricos más frecuentes en los mayores. Aproximadamente un 30% a 50% de los adultos mayores de 65 años que son independientes y viven en su domicilio sufren cuando menos una caída al año. La incidencia aumenta al 50% en mayores de 75 a 80 años, en los institucionalizados en cuidados prolongados, un 40% a 50% y en los hospitalizados entre el 20% a 25%.

Las caídas son un problema grave en los adultos mayores, debido a sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Son una causa importante de lesiones, morbilidad, incapacidad, institucionalización e incluso la muerte.

Es importante destacar que las caídas se pueden evitar; por ello el conocimiento y comprensión de sus causas y evaluación son fundamentales para llevar a cabo estrategias fundamentales preventivas y de atención adecuada para poder conservar su funcionalidad, autonomía, bienestar, y reintegrarlos en el seno de su familia y comunidad.¹⁷

5.10 CAVIDAD BUCAL EN LOS ADULTOS MAYORES

¹⁶ Leiton Z, Ordoñez Y. *Autocuidado de la salud para el adulto mayo*. Lima: MIMMDES; 2003; 89

¹⁷ *ibid.* Pp. 140

La boca cumple importantes funciones, como es la formación del bolo alimenticio triturándolo por los dientes para una buena digestión; además ayuda a la buena pronunciación y apariencia personal.

La salud oral del adulto mayor es un indicador de los cuidados odontológicos recibidos durante toda la vida. Al respecto, la salud oral de los adultos mayores suele ser bastante precaria, debido fundamentalmente, a la falta de programas preventivos y educativos, lo que se refleja en que la mayoría de ellos carecen ya de dientes.

Los problemas que con mayor frecuencia afectan a los adultos mayores en la cavidad bucal son la caries y la enfermedad periodontal, la cual se observa hasta en el 88% de los adultos mayores que tienen dientes. Esto se debe a una deficiente o mala higiene de la boca, ocasionando la acumulación de la placa bacteriana entre el diente y la encía. Existen otras causas, como las dietas mal balanceadas, no visitar al odontólogo y algunas enfermedades que estarían alterando el funcionamiento de la cavidad bucal.

Las consecuencias de los problemas orales son graves, pues limitan la gama de alimentos a ser consumidos, especialmente los que son ricos en proteínas y fibra, repercutiendo negativamente en el estado nutricional y funcional. También disminuye la autoestima por la apariencia personal y alteraciones en la comunicación repercutiendo al final en su calidad de vida.

Medidas para una buena salud bucal.

- Cepillarse los dientes adecuadamente después de comer, principalmente después del desayuno, almuerzo y comida, para eliminar las partículas de alimentos que constituyen el medio propicio para el crecimiento de las bacterias.
- El cepillo puede ser de acuerdo a la necesidad de cada persona, pero generalmente son de cerdas suaves o de moderada consistencia.
- Usar pasta dental o bicarbonato de sodio, para el cepillado de los dientes.
- Usar hilo dental o hilo de seda después del cepillado de los dientes.
- Usar prótesis dental, si le faltaran los dientes naturales.

- Acudir al dentista por lo menos cada 6 meses.¹⁸

5.11 LA MEMORIA Y LOS ADULTOS MAYORES.

La memoria es una de las funciones más importantes del cerebro humano. Sin esta no se podría razonar, comunicarse o hacer planes a futuro.

Casi todas las personas, a medida que se van haciendo mayores, y envejecen, experimentan cierta pérdida de memoria, no solo porque de pronto son incapaces de recordar una cara, un nombre, sino también, porque les resulta más difícil retener nueva información, nuevos datos o nuevas caras. Estas fallas usualmente ocurren en el envejecimiento normal, y aun cuando estén presentes, no afectan su desenvolvimiento en sus actividades habituales. Por otro lado, hay que recordar que estos cambios relativamente normales no se encuentran en todos los adultos mayores. Existen grupos numerosos que conservan sus funciones intelectuales y cognitivas intactas.

De ahí la importancia del mantenimiento de la memoria y de otras funciones cognitivas y conductuales. Conservarlas posibilita el fortalecimiento de la identidad, rescatar la cultura, la historia, la tradición guardada en la memoria etc.

La memoria es la capacidad de retener y recordar. Es decir retener lo que sucede en el presente y lo que interesa. La memoria es condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva. Cuando la memoria se afecta podemos olvidar por desuso, interferencia, represión o por enfermedades.

Entre los adultos mayores la “disminución de la memoria” es una queja frecuente y una fuente de preocupación. Entre el 50 y 80% de los adultos mayores de una comunidad se quejan de este problema, especialmente cuando comparan sus habilidades intelectuales con las que tenían hace 10 años. Ellos manifiestan experimentar cierta dificultad en recordar algunos nombres, en encontrar palabras correctas para expresar lo que piensan, en recordar donde guardaron algunos objetos o lo que iban hacer. Sin embargo estos cambios no impiden que el adulto mayor siga desarrollándose correctamente en sus tareas.

Estos fallos esenciales ocurren en el envejecimiento normal y corresponde a la pérdida de memoria a corto plazo, y son los denominados “olvidos benignos de la ancianidad”, y aun cuando están presentes no afectan el desenvolvimiento de la

¹⁸ Ibid. pp. 69

funcionalidad del adulto mayor. Esta pérdida de memoria no es generalizada a todos los adultos mayores. Muchos de ellos mantienen su capacidad de memoria intacta y conservada.¹⁹

5.12 HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL ANCIANO

Por lo general se considera anciana a toda persona que ha cumplido los 60 años. No obstante, hoy se admite que este criterio supone una división arbitraria, puesto que en la actualidad las personas de edad avanzada están más despiertas que nunca. Esta división cronológica debe remplazarse por una división biológica que tenga en cuenta los procesos degenerativos, los malestares crónicos, la incapacidad y la dependencia.

La pérdida de autonomía se da especialmente entre los muy ancianos, de más de 80 años, por lo que las molestias prematuras en el grupo de 60 a 80 años pueden ser atribuibles a procesos cardiovasculares remediabiles como la hipertensión arterial (HTA) por lo cual resulta de extraordinario valor su detección precoz.

Se ha planteado que las cifras de presión arterial (PA) se elevan con la edad y que los valores de presión arterial sistólica (PAS) continúan incrementándose de forma constante, al menos hasta los 75 años, mientras las cifras de presión arterial diastólica (PAD) apenas aumentan a partir de los 50 años. Si bien es cierto que en nuestro entorno la PA aumenta con la edad, esto no ocurre en otras latitudes, como por ejemplo en algunas comunidades tribales lo cual pone en evidencia que factores dependientes del estilo de vida, como la ingestión de sal, influyen en la tendencia a presentarse la HTA con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años.

La hipertensión arterial en el anciano se clasifica en dos tipos: hipertensión sistólica aislada que se define como el incremento de las cifras tensionales sistólicas por arriba de 160 mm Hg. y las diastólicas menores de 90 mm Hg. su frecuencia es mayor y aumenta proporcionalmente con la edad. La hipertensión sistolodiastólica es aquella donde la presión sistólica es mayor de 140 mm Hg. y la presión diastólica es igual o mayor de 90 mm Hg.

Sabemos que la HTA constituye un factor de riesgo, el más importante en el anciano, para la prevalencia de accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares y que factores como hiperlipidemias, obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol y hábito de fumar no contribuyen en el mismo grado a la presentación de estas complicaciones.

En la actualidad se despejan incógnitas sobre la benignidad de la HTA sistólica aislada que acompaña al anciano y se desechan las ideas confusas de su pobre capacidad patogénica pues existen elementos que sustentan que la misma es un

¹⁹ Ibid. Pp. 159

marcador de daño de órgano diana, la relacionan con la aparición de hipertrofia ventricular izquierda que predispone a la isquemia miocárdica y con microproteinuria como expresión de daño de corazón y riñón, respectivamente.

Los efectos del envejecimiento y de la HTA están interrelacionados y tienden a potenciarse uno a otro, ambos procesos aumentan la rigidez de las grandes arterias por un mecanismo multifactorial y ambos se acompañan de proliferación de las células endoteliales, formación de placas y lesiones aterotrombóticas, éstas aparecen con mayor frecuencia en puntos concretos del árbol arterial, probablemente en relación con las turbulencias y la presión originada en las curvaturas y bifurcaciones del sistema. Estos fenómenos pueden verse potenciados por la exageración de las ondas de presión y flujo inducidos por la rigidez arterial. La amplitud de las variaciones de la presión en el anciano hipertenso, especialmente en la HTA sistólica aislada (HTASA), constituye un importante factor pronóstico de las principales complicaciones cardiovasculares. Se debe insistir en el tratamiento no farmacológico (pérdida de peso, ejercicios moderados, restricción de sal, eliminación de alcohol y tabaco) como coadyuvante que potencializa la acción de las drogas antihipertensivas y quizás puede constituir el único tratamiento de pacientes con HTASA con cifras de PAS entre 140 y 160 mmHg. La idea estereotipada del anciano como una persona empeñada en sus costumbres e incapaz de modificar sus hábitos de vida debe ir desapareciendo mediante el consejo de forma conceptual e individualizado.

El objetivo inicial, una vez que se ha recurrido al tratamiento farmacológico, es reducir la PA a menos de 160 mmHg para aquéllos con PAS superior a 180 mmHg y bajar la PA en 20 mmHg para aquéllos con PAS entre 160 y 179 mmHg. Algunos autores prefieren mantener una PA menor de 140/90 mmHg (135/85 mmHg) en bipedestación, aunque generalmente esta PA se obtiene en posición sentada.

El tratamiento debe iniciarse de forma cautelosa pues los ancianos son más sensibles a la depleción de volumen y a la inhibición simpática que los jóvenes, además sus reflejos cardiovasculares están atenuados, esto los hace más susceptibles a la hipotensión por lo cual siempre la PA debe ser medida en la posición de pie, sentado y acostado. Se debe comenzar con bajas dosis en comparación a las habituales e incrementar paulatinamente espaciando los intervalos al mayor tiempo posible.

En lo que respecta a la elección del fármaco más adecuado, en general, podemos decir que todas las clases de drogas antihipertensivas han demostrado ser efectivas en descender la PA en ancianos pero las de reconocida eficacia con reducción de la morbilidad y la mortalidad cardiovascular en ensayos prospectivos son los diuréticos y betabloqueadores. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (I-ECA) y anticálcicos presentan ventajas en cuanto a su mecanismo de acción y tolerancia que la convierten en una opción atractiva para el tratamiento de ancianos hipertensos. A pesar de todo lo que se ha escrito sobre el tema, ningún grupo farmacológico resulta superior a los demás cuando se trata de elegir el fármaco más apropiado, por cuanto la elección debe basarse en las condiciones clínicas de cada paciente en concreto, hay que ajustar cuidadosamente la dosis y retirar el fármaco en caso de ineficacia o toxicidad.

Parece legítimo considerar el descenso de la morbilidad cardiovascular y cerebrovascular y, por tanto, de la incapacidad y la dependencia como un éxito social y humano, mayor incluso que una simple disminución de la mortalidad.²⁰

²⁰Rodríguez García R. *Geriatría*. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000; 119

IV. METODOLOGÍA

Realicé el servicio social dentro del programa de salud comunitaria en la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, dentro de este programa, uno de los rubros importantes es el de realizar visitas domiciliarias. Cuando realicé las visitas tuve la oportunidad de conocer a varias personas entre ellas la Sra. Ángela M. a quien tomé como mi paciente para realizar el PAE. Me pareció interesante el caso de la Sra. Ángela M. porque cuando falleció su cónyuge ella cayó en una profunda depresión, no comía, no dormía, se aislaba, se sentía sola, sus hijos y nietos manifestaban preocupación por la Sra. Cuando me informaron de esta situación por la que estaba pasando la Sra. decidí ayudarla aplicándole el PAE. La información fue recabada por medio de un instrumento de valoración que le fue aplicado al realizar constantes visitas. De la información recabada se derivaron los diagnósticos de Enfermería detectados que sirvieron de base para la fase de planeación.

Para la ejecución del plan de atención se realizaron cinco consultas en el CUEC y 25 visitas domiciliarias. En la consultoría tuve la oportunidad de entablar la relación con la Sra. Ángela y su familia. Durante las visitas domiciliarias se realizó la valoración encontrando necesidades alteradas por consiguiente se derivaron los diagnósticos de Enfermería, en los siguientes días de visita, realice la aplicación del PAE; la evaluación se realizó durante todo el proceso para definir el logro de los objetivos ya sea para hacer cambios en la planeación u observar la resolución del problema.

VII PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de la señora AMC de 83 años de edad, originaria del DF. y residente de San Luis Tlaxialtelmalco Xochimilco. En el mes de marzo del año en curso la Sra. AMC sufrió la pérdida de su cónyuge y como consecuencias una profunda depresión que conlleva a un aislamiento, pérdida del placer para hacer las cosas, sentimientos de culpabilidad, pérdida del apetito, pérdida de peso etc. La Sra. Ángela padece Hipertensión Arterial desde hace 4 meses aproximadamente, esto no le ha causado ningún problema ya que la enfermedad se encuentra controlada con captopril.

VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN DE DATOS DE INDEPENDENCIA Y DEPENDENCIA

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

DATOS INDEPENDIENTES	DATOS DEPENDIENTES
<ul style="list-style-type: none">• F.C. 66 x´• F.R. 20x´• Llenado capilar distal en MS Inf. Der 3 seg.• Llenado capilar distal en MS Inf. Izq. 3 seg.	<ul style="list-style-type: none">• T/A sistólica acostado/sentado 130/70 mm/Hg.• T/A sistólica sentado/parado 140/80

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

DATOS INDEPENDIENTES	DATOS DEPENDIENTES
<ul style="list-style-type: none">• Peso: 50 Kg.• Talla: 1.43• Glucosa capilar: 120 mg/dl• La Sra. come acompañada de otras personas.• Consume fibra fruta, verdura, pan, tortillas, leguminosas	<ul style="list-style-type: none">• Presencia de caries: adoncia• Realiza 2 comidas o menos al día• Líquidos consume de 800 a 900 ml.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

DATOS INDEPENDIENTES	DATOS DEPENDIENTES
----------------------	--------------------

<ul style="list-style-type: none"> • No tiene problemas para iniciar la micción • No presenta dolor o escozor al orinar. • No orina con sangre • Orina de 4 a 6 veces al día. • Orina de 4 a 6 veces en las noches. • No hay presencia de flujo • Evacua de 3 a 4 veces por semana. • No defeca involuntariamente • No evacua con sangre, esfuerzo, dolor o distensión abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta goteo incontrolado de orina • Tiene salida involuntaria de orina
--	--

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA

DATOS INDEPENDIENTES	DATOS DEPENDIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • No hay pérdida de fuerza muscular. • No hay presencia de contracturas y rigidez de las articulaciones. • Es interdependiente al realizar las actividades básicas de la vida diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se ha realizado la densitometría por más de un año. • Interdependencia para realizar actividades instrumentales.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DATOS INDEPENDIENTES	DATOS DEPENDIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • No hay problemas con familiares o con otras personas • No efectúa siestas diurnas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Su vida ha tenido un cambio importante porque falleció el cónyuge • Se despierta en las noches porque se siente sola. • Se despierta en las noches a orinar más de 3 veces. • Duerme 5 horas.

NECESIDAD DE TERMOREGULACIÓN

DATOS INDEPENDIENTES	DATOS DEPENDIENTES
<ul style="list-style-type: none">• No experimenta sensación de calor.• Es capaz de tomarse la temperatura por ella misma• Utiliza vestido adecuado a la estación• La habitación y vivienda están adecuadas para mantener una temperatura adecuada.	

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

DATOS INDEPENDIENTES	DATOS DEPENDIENTES
<ul style="list-style-type: none">• la Sra. Ángela se baña 3 veces por semana.• El lavado de manos siempre lo hace después de ir al W.C. y siempre antes de comer.• Las uñas de manos y pies están de tamaño normal.• No hay presencia de úlceras• No hay riesgo de úlceras	<ul style="list-style-type: none">• La higiene buco dental lo hace 2 veces al día.• Hay resequedad en la piel.

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

DATOS INDEPENDIENTES	DATOS DEPENDIENTES
----------------------	--------------------

- La casa donde vive es propia
- No tiene ningún problema para subir o bajar escaleras.
- Se baña ella sola sin ningún problema
- Su casa está libre de alfombras o cables que le puedan ocasionar alguna caída.
- La aplicación de la vacuna de la influenza se puso la dosis inicial.
- Ingiere solo un medicamento que es el captopril
- El medicamento está suministrado por un médico.
- Conoce la dosis, el horario y efecto de los medicamentos que ingiere.
- No requiere de aplicación de insulina.

- Las calles a su alrededor están pavimentadas pero con algunos obstáculos.
- En el camino para llegar al CUEC se encuentran algunos obstáculos.
- Su vista y oído ya no le permite darse cuenta del peligro como escaleras, autos etc.
- La vacuna Td solo se aplicó la 1era dosis.
- Hay incapacidad auditiva tanto del oído derecho e izquierdo.
- Hay incapacidad en cuanto a la comprensión auditiva tanto del oído derecho como del izquierdo.
- El papanicolaou tiene más de 3 años que no se lo realiza.
- La exploración mamaria tiene más de 3 años que no se la realiza.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

DATOS INDEPENDIENTES	DATOS DEPENDIENTES
----------------------	--------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Su vista le permite leer sin problemas los títulos y textos de periódicos. • No tiene problemas para coser. • No le es imposible conversar • Viven 6 personas en la casa de la Sra. Ángela incluyéndola. • Cuenta con el apoyo de su hijo Sabino. • La mayoría del tiempo esta acompañada. • Dispone de transporte cuando necesita salir a algún lugar • Se siente bien cuando tiene que pedir ayuda porque está segura. • La calidad de la interacción familiar es buena. • No le preocupa el hecho de envejecer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agudeza visual ojo derecho disminuida. • Agudeza visual ojo izquierdo disminuida. • No escucha lo suficientemente bien para mantener una conversación en grupo. • Tiene algunas dificultades para mantener una conversación en grupo o en un ambiente ruidoso. • Tiene dificultad para conversar con una persona. • No puede salir sola al CUEC necesita de ayuda • Se describe como a una persona normal pero se siente sola y triste. • La Sra. se encuentra deprimida. • GDS positivo
---	--

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

DATOS INDEPENDIENTES	DATOS DEPENDIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • La Sra. Ángela es de religión católica • Dios significa ayuda 	

NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN

DATOS INDEPENDIENTES	DATOS DEPENDIENTES
----------------------	--------------------

<ul style="list-style-type: none"> • La Sra. se dedica al hogar • Cuenta con los vales de despensa del DF. • Sus ingresos económicos cubren sus necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se siente inútil frente a la disminución de su capacidad para realizar actividades
---	--

NECESIDAD DE JUGAR O PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

DATOS INDEPENDIENTES	DATOS DEPENDIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Su pasatiempo preferido es el coser. • La Sra. siente que siempre aprovecha el tiempo libre. • Considera que podría tener entretenimiento más adaptado, acorde a su edad; como manualidades. • Le gustaría formar parte de la casa de la salud de los adultos mayores del CUEC. 	<ul style="list-style-type: none"> • La Sra. no realiza ejercicio • El tiempo que le dedica a coser es sólo cuando le sobra tiempo y a veces no tiene ganas de hacer nada.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DATOS INDEPENDIENTES	DATOS DEPENDIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Estudio hasta cuarto año de primaria. • Sabe leer muy bien • Sabe escribir muy bien 	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad: Comunicación, Jugar o participar en actividades recreativas.

Dx de Enfermería:

- Aflicción crónica relacionado con muerte de cónyuge manifestado por referir que está insatisfecha con la vida, haber abandonado muchos de sus intereses y actividades, se siente frecuentemente desamparada; prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas, se siente inútil y despreciable, tiene pensamientos sobre que no es maravilloso estar vivo ahora. GDS (depresión).
- Déficit de actividades recreativas relacionado con estado depresivo, manifestado por no realizar ejercicio y no tener ánimos de realizar actividades como coser y bordar.

Fuente de dificultad: Falta de fuerza, conocimiento y voluntad

Objetivo general:

- Ayudar a la Sra. Ángela a afrontar el proceso de duelo en un periodo de seis meses.
- La Sra. Ángela participará en actividades recreativas y comentará la conveniencia de ocupar su tiempo en actividades que le satisfagan en un lapso de 3 semanas.

Intervenciones	Evaluación
-----------------------	-------------------

- ⇒ Los días martes y miércoles de 3 a 5 de la tarde durante 6 meses, se realizaron visitas domiciliarias a la Sra. Ángela y en todo momento estuve dispuesta a escuchar atentamente los sentimientos que expresaba, como: la muerte de su cónyuge.
- ⇒ En 2 sesiones de visita domiciliaria, martes y miércoles, de 3 a 5 de la tarde, le expliqué por medio de un tríptico en que consisten las fases del proceso de duelo.
- ⇒ Explicué en 2 sesiones al hijo y 3 nietos de la Sra. Ángela, que son los más allegados, que la comunicación y el contacto físico como caricias, abrazos y besos entre ellos es importante para estimular a la Sra. Ángela y disminuir su estado depresivo.
- ⇒ Animé en todo momento a la Sra. Ángela a que participara en la casa de la salud los días lunes de 3 a 5 de la tarde para que conviviera con otros adultos mayores.
- ⇒ Animé a la Sra. a que en su casa participara en actividades recreativas que fueran de su agrado como: coser, bordar y hacer manualidades.
- ⇒ Aconsejé al hijo y nietos que leyeran, conjuntamente, libros de superación personal, ya que esto le ayudaría a pensar nuevas alternativas de cómo hacer las cosas y cómo autovisualizarse positivamente.
- ⇒ Aconsejé a que mantuviera su mente ocupada con pensamientos positivos sobre ella misma y sobre las personas que son cercanas a ella

En cada visita domiciliaria que realicé con la Sra. me senté con ella y escuché atentamente las aflicciones que le aquejaban. Se desahogó conmigo en todo momento y me pude percatar que me ganó su confianza y su cariño.

Le expliqué, por medio del tríptico, el tema de proceso de duelo y ella, con sus propias palabras, me explicó lo que había entendido.

Así, me pude percatar que su hijo y sus nietos eran más cariñosos con ella, ya que llegaban y la saludaban de beso o con un abrazo.

La Sra. aceptó ir a la casa de la salud del adulto mayor cada lunes y así mantuvo su mente ocupada con manualidades como: coser, bordar.

Cada tercer día el hijo y los nietos leían durante media hora algún libro para mantener ocupada la mente de la Sra.

De esta manera la evaluación fue positiva, ya que las intervenciones resultaron favorables.

Necesidad: Comunicación

Dx de Enfermería: Baja autoestima crónica relacionado con estado depresivo manifestado por sentirse inútil, sin ganas de hacer cosas nuevas, desesperanza.

Fuente de dificultad: falta de fuerza, y voluntad.

Objetivo general: La Sra. Ángela manifestará sentimientos positivos sobre si misma y sus capacidades en un tiempo de un mes.

Intervenciones	Evaluación
-----------------------	-------------------

- ⇒ En 2 sesiones de visita domiciliaria expliqué cual era la causa que le provocaba baja autoestima.
- ⇒ Traté de hacer consciente, a la adulta mayor, de la importancia de reiniciar conductas que le hicieran sentirse útil como: hacer manualidades en casa, asistir a la iglesia frecuentemente, realizar algunos quehaceres domésticos (hacer la comida, lavar trastes, barrer) etc.
- ⇒ Estimulé la puesta en práctica de actividades que fueran de su agrado como: ejercicios de amplitud de movimientos, coser y bordar.
- Expliqué y enseñé en una sesión, por medio de un manual, los ejercicios de amplitud de movimientos.
- ⇒ Estimulé al hijo y a los nietos a que participaran y le apoyaran en toda actividad.
- Aconsejé que hicieran, conjuntamente, con la Sra. los ejercicios de amplitud de movimientos.
 - Estimulé a que hijo y nietos leyeran, con la Sra. el manual de ejercicios y un libro sobre autoestima.
 - Insistí que acompañaran a la Sra. siempre que ella deseara salir algún lugar.
- ⇒ Aconsejé a la Sra. que siempre tuviera confianza en ella misma y en sus decisiones, le hice comprender, que ella es la persona más importante sobre la tierra.

La evaluación resultó positiva ya que la Sra. Ángela comprendió el por qué estaba pasando por esta situación y manifestó, en todo momento, tener pensamientos positivos sobre ella misma.

Después de unos días ya realizaba actividades como barrer y hacer la comida, se sentía más útil.

Cada tercer día o cuando tenía tiempo se dedicaba a coser las servilletas que tenía pendientes.

Diariamente realizaba por lo menos los ejercicios de amplitud de movimientos.

Acudía constantemente a la iglesia.

Necesidad: Comer y beber adecuadamente

Dx de Enfermería: Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto relacionado con estado depresivo y falta de piezas dentales e ingesta de 2 o menos comidas en el día.

Fuente de dificultad: falta de fuerza, conocimientos y voluntad.

Objetivo general: La Sra. Ángela mejorará sus hábitos alimenticios aumentando el número de comidas y variedad de alimentos con una dieta nutritiva equilibrada en una semana.

Intervenciones	Evaluación
----------------	------------

<ul style="list-style-type: none"> ⇒ En 2 sesiones de visita domiciliaria: por medio de una lámina de grupo de alimentos, expliqué a la Sra., cual es la importancia de consumir una dieta nutritiva y balanceada. ⇒ Indiqué a la persona que prepara los alimentos que lo hiciera basándose en la capacidad de masticar y tragar de la Sra. así mismo expliqué la importancia de variar la textura y consistencia de los alimentos. ⇒ Expliqué al hijo que por falta de dientes, a la Sra. le era más difícil masticar y tragar; aconsejé que acudieran con un odontólogo. ⇒ Conversé con el hijo de la Sra. y le aconsejé que le preguntaran, constantemente, a su mamá qué comidas le apetecían y así prepararle alimentos de acuerdo a sus preferencias. ⇒ Aconsejé a la Sra. que entre comidas ingiriera algún tipo de fruta, pan, yogurt ⇒ Hablé con hijo y nietos y les comenté la importancia de que cuando la Sra. ingiriera sus alimentos lo hiciera en compañía de otras personas. ⇒ Seguí aconsejando que hiciera ejercicio para promover el aumento del apetito. 	<p>La evaluación fue positiva porque la Sra. Ángela, hijo y nietos entendieron la importancia de consumir una dieta nutritiva y balanceada. Así cada vez que consumían alimentos lo hacían juntos, en familia.</p> <p>Llevaron a la Sra. Ángela con el odontólogo y me refirieron que le hicieron una valoración pero no habían regresado a terminar el tratamiento. Les insistí en la importancia que concluyeran el tratamiento.</p> <p>Cuando hacían la comida me manifestaban que, constantemente, le preguntaban a la Sra. que es lo que le apetecía comer y los alimentos los hacían lo más blando posible para facilitar la masticación.</p> <p>La Sra. seguía realizando ejercicio.</p>
--	---

Necesidad: Descansar y dormir

Dx de Enfermería: Deterioro del patrón de sueño relacionado con pérdida del compañero, manifestado por referir dormir 5 horas en las noches, levantarse a orinar más de 3 veces en las noches y sentirse cansada en el día.

Fuente de dificultad: Falta de fuerza y voluntad

Objetivo general: la Sra. Ángela recuperará el patrón de sueño normal en un plazo de 2 semanas.

Intervenciones	Evaluación
-----------------------	-------------------

<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Expliqué, por medio de un tríptico, la importancia de dormir adecuadamente. ⇒ Enseñé y aconsejé a hijos y nietos que hicieran, conjuntamente, con la Sra. Ángela, antes de dormir, técnicas de relajación como: respiraciones lentas y profundas, concentración mental, plegarias, meditación. ⇒ Aconsejé que, conjuntamente, antes de acostarse realizaran unos minutos de lectura. ⇒ Expliqué a la Sra. que un baño, antes de acostarse, relaja y que cada vez que lo realizara se pusiera ropa cómoda y limpia. ⇒ Aconsejé reducir la ingesta de líquidos, por lo menos 2 o 3 horas antes de acostarse. ⇒ Aconsejé que fuera al baño antes de acostarse. ⇒ Si se le dificultaba el traslado al sanitario, le aconsejé que colocara un orinal cerca de la cama. ⇒ Si se despertase por la noche y no pudiese volver a conciliar el sueño le recomendé que no permaneciera en la cama, sino que se levantara y leyera algún texto o hiciera otra actividad ligera hasta que volviera a sentir sueño. 	<p>El resultado fue positivo ya que hijo y nietos, por las noches, realizaban plegarias y leían unos minutos con la Sra.</p> <p>Le compraron un orinal a la Sra. y se lo colocaban debajo de la cama.</p> <p>La Sra. me manifestó, que cada vez que se bañaba se sentía más tranquila y relajada.</p> <p>Me refirió que ya no se despertaba en las noches y que podía dormir por lo menos tres horas más.</p>
--	---

Necesidad: Eliminación

Dx de Enfermería: Incontinencia urinaria funcional relacionado con debilidad de las estructuras pélvicas, manifestado por salida involuntaria de orina, pérdida de orina antes de llegar al inodoro.

Fuente de dificultad: Falta de fuerza y conocimiento.

Objetivo general: La Sra. Ángela será capaz de contraer los esfínteres y así experimentará una desaparición o disminución de los episodios de pérdida de orina en un lapso de un mes.

Intervenciones	Evaluación
-----------------------	-------------------

<p>En 3 sesiones de visita domiciliaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Expliqué por medio de un tríptico todo lo relacionado con incontinencia urinaria: definición, causas etc. ⇒ Expliqué y enseñé por medio de un manual a hijo, nietos y a la Sra. Ángela los ejercicios pélvicos para prevenir y evitar la incontinencia (ejercicios de kegel) ⇒ Le enseñé a contraer los músculos antes de toser, cargar algo pesado o realizar cualquier maniobra que aumentara la presión abdominal. ⇒ Aconsejé a la Sra. que orinara, manteniendo un rígido esquema, de cada 2 a 4 hrs. ⇒ Aconsejé a hijo y nietos que le proporcionaran un acceso fácil y rápido al W.C. eliminando cualquier obstáculo como: muebles, cables y otros. ⇒ Aconsejé que colocaran un orinal cerca de la cama, especialmente, de noche. ⇒ Le comenté a la Sra. que era recomendable que utilizara vestimenta fácil de quitar y poner. 	<p>La evaluación fue positiva porque la Sra. Ángela realizaba constantemente los ejercicios de Kegel y manifestaba que ya no sufría de pérdida de orina involuntaria.</p> <p>Compraron un orinal y solían ponerlo debajo de la cama; al mismo tiempo quitaron todo obstáculo que había para que la Sra. Ángela llegara al W.C.</p>
--	--

Necesidad: Evitar los peligros, movimiento y postura.

Dx de Enfermería:

- Riesgo de caída relacionado con déficit visual y auditivo y a un entorno peligroso.
- Deterioro de la de ambulación relacionado con disminución de la fuerza muscular y déficit visual y auditivo, manifestado por realizar con ayuda de alguna persona las compras cerca de la casa, viajar en microbús, taxis y recorrer distancias largas.

Fuente de dificultad: falta de fuerza y conocimientos.

Objetivo general:

- Reducir el riesgo de caída y ayudar a la Sra. Ángela, hijo y nietos a identificar los riesgos ambientales.
- En un lapso de 3 semanas la Sra. Ángela será capaz de deambular sin ayuda.

Intervenciones	Evaluación
-----------------------	-------------------

En 2 sesiones de visita domiciliaria expliqué:

- ⇒ Por medio de un tríptico: qué son las caídas, sus consecuencias etc.
- ⇒ Con ayuda de hijo y nietos valoramos la distribución del domicilio y sugerí cambios apropiados en el hogar como: sujetar en la pared los cables, reorganizar los muebles de forma que la Sra. los pueda utilizar como apoyo al andar, recoger siempre que vean los objetos pequeños o juguetes que puedan hacer que tropiece.
- ⇒ Estimulé a la Sra. a que utilizara zapatos cómodos y que le quedaran bien.
- ⇒ Estimulé a la Sra., a que hiciera ejercicio, regularmente, como: caminar para mejorar el equilibrio y los ejercicios de amplitud de movimientos.
- ⇒ Sugerí a hijo y nietos que cuando la Sra. Ángela deseara caminar la acompañaran.
- ⇒ Hablé con hijo y nietos, y les sugerí que cuando la Sra. Ángela deseara salir a caminar, dar un paseo, recorrer distancias largas, lo hiciera en compañía de alguna persona, esto mientras la Sra. no fuera capaz de deambular sola.
- ⇒ Aconsejé tener una iluminación apropiada en el hogar la mayoría del tiempo.
- ⇒ Examiné la necesidad de que utilizara la ayuda de un bastón.
- ⇒ Hablé con hijo y nietos y les aconsejé, que cuando la Sra. Ángela deseara salir lo hiciera acompañada y que estuvieran pendientes de los obstáculos como: calles mal pavimentadas, suelo mojado etc.
- ⇒ Hablé con el hijo de la Sra. Ángela y le aconsejé que la

El resultado fue positivo porque la Sra. se sentía segura en su hogar ya que sus hijos quitaron todo obstáculo que le podía ocasionar alguna caída.

Utilizaba zapato cómodo.

La Sra. continuaba haciendo ejercicio como caminar.

Le expliqué la necesidad de utilizar un bastón pero la Sra. se rehusó a utilizarlo.

Llevaron a la Sra. con médicos especialistas para una valoración pero no asistieron para terminar el tratamiento; se les insistió que acudieran para terminarlo.

Necesidad: Nutrición e hidratación

Dx de Enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado con consumo de 800 ml. de agua al día manifestado por resequeidad en mucosas, concentración en la orina, resequeidad en la piel.

Fuente de dificultad: falta de fuerza, conocimientos y voluntad.

Objetivo general: La Sra. Ángela mejorará la ingesta de líquidos y mantendrá piel y mucosa hidratadas en un tiempo de 15 días.

Intervenciones	Evaluación
<p>En dos sesiones de visita domiciliaria expliqué:</p> <ul style="list-style-type: none">⇒ Por medio de un tríptico, a la Sra. hijo y nietos la importancia de mantener un equilibrio hídrico.⇒ Estimulé a que realizaran un aumento gradual en la ingesta de líquidos:<ul style="list-style-type: none">• Pedí que le ofrecieran, frecuentemente y en pequeñas cantidades, alrededor de 150 ml. diarios.• Les aconsejé a hijo y nietos que constantemente ofrecieran líquidos a la Sra. Ángela.• Aconsejé dejaran una jarra de agua al alcance de la Sra.⇒ Estimulé a la Sra. a que hiciera, frecuentemente, enjuagues bucales con agua.⇒ Valoré, en cada visita domiciliaria, que la mucosa oral estuviera en buen estado.⇒ Aconsejé se aplicara crema hidratante en la piel cuantas veces fuera necesario.⇒ Valoré en cada visita domiciliaria el estado de la piel.	<p>Al momento de que me percaté de que esta necesidad no estaba cubierta le pedí a la Sra. que me permitiera ver el estado de su orina y fue como me pude dar cuenta de que la orina se encontraba concentrada, por lo tanto le insistí, en todo momento, que debía tomar más líquidos.</p> <p>El resultado fue positivo ya que la Sra. accedió a ingerir, diariamente, más líquidos (aproximadamente 400 ml.), porque también comprendió la importancia de mantener un equilibrio hidroelectrolítico.</p>

Necesidad: Higiene y protección de la piel.

Dx de Enfermería: Deterioro de la dentición relacionado con cepillado de dientes solo 2 veces al día, manifestado por sólo presencia de 3 dientes deteriorados, caries y halitosis.

Fuente de dificultad: falta de fuerza, de conocimientos y voluntad

Objetivo general: La Sra. Ángela conocerá la importancia del cepillado de dientes y adquirirá la habilidad de la técnica del cepillado en un lapso de 10 días.

Intervenciones	Evaluación
<p>En dos sesiones de visita domiciliaria expliqué:</p> <ul style="list-style-type: none">⇒ Por medio de un tríptico la importancia y beneficios del cepillado correcto de los dientes, después de cada comida y antes de acostarse.⇒ Explicué la técnica correcta del cepillado de dientes, por medio de una maqueta.⇒ El cepillo de dientes puede ser de acuerdo al gusto de cada persona, pero generalmente son de cerdas suaves o de moderada consistencia y pequeño para poder abordar los recovecos.⇒ Aconsejé que cambiara el cepillo de dientes cuando las cerdas estuvieran gastadas o abiertas.⇒ Estimulé que utilizara pasta dental o bicarbonato de sodio, para el cepillado de los dientes.⇒ Seguí aconsejando que llevaran a la Sra. con el odontólogo, porque era necesario utilizar una prótesis dental.⇒ Aconsejé que acudieran al dentista cada seis meses o cuando sea necesario.	<p>Se le explicó a la sra la técnica correcta del cepillado, pero no se lavaba los dientes 3 veces al día porque manifestaba que se “le olvidaba”. Se le siguió insistiendo que se cepillara los dientes constantemente.</p> <p>Se les insistió que llevaran a la Sra. con el odontólogo.</p>

Necesidad: Evitar peligros

Dx de Enfermería: Riesgo de sufrir daño o enfermedad relacionado con no realizar DOCMA, citología cervical, densitometría.

Fuente de dificultad: falta de fuerza, de conocimientos y voluntad.

Objetivo general: La Sra. Ángela llevará acabo las actividades necesarias para el mantenimiento de su salud en un plazo de un mes.

Intervenciones	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Expliqué la importancia que tiene el realizarse prácticas sanitarias como el DOCMA, PAP y densitometría. ⇒ Expliqué, por medio de un tríptico, en que consiste cada práctica sanitaria. ⇒ Enseñé la técnica de autoexploración de DOCMA. ⇒ Estimulé la máxima participación de la Sra. Ángela en sus cuidados y al mismo tiempo traté de fomentar el apoyo de la familia. ⇒ Traté de Identificar cualquier signo o síntoma que requiriera evaluación profesional. 	<p>La Sra. Ángela no sabía en que consistía cada práctica sanitaria, ni siquiera sabía que existían, le expliqué la importancia de que se practicara cada prueba pero no pude convencerla de que se las realizara porque refirió “que ya estaba vieja y mejor se lo dejaba a Dios”.</p> <p>En cada visita domiciliaria, se le insistió en que se realizara estas prácticas sanitarias.</p>

Necesidad: Comunicación

Dx de Enfermería: Deterioro de la memoria relacionado con proceso de envejecimiento manifestado por no saber en que año, mes día de la semana estamos y por no recordar el nombre de todos sus hijos.

Fuente de dificultad: Falta de fuerza.

Objetivo general: La Sra. mejorará la memoria en el tiempo y espacio en un tiempo de un mes.

Intervenciones	Evaluación
----------------	------------

- ⇒ Aconsejé que tratara de memorizar, visualizando los rasgos de los rostros, los nombres de personajes de televisión y de las revistas; personas desconocidas, familiares.
- ⇒ Le recomendé, que mientras conversara con una persona, repitiera, mentalmente, su nombre: al principio, a la mitad y al final de la conversación.
- ⇒ Aconsejé a la familia a que se identificara siempre que interactuaran con la Sra.
- ⇒ Aconsejé a la familia, a que diariamente, le repitieran: en que día, mes y año estamos.
- ⇒ Recomendé que pusieran a la vista fotografías de su hogar, y de sus familiares, escribiendo detrás: la fecha, qué o quiénes aparecen en ella.
- ⇒ Animé a la familia a que comentaran las fotografías con la Sra. Ángela y recordaran situaciones vividas.
- ⇒ Aconsejé que se ejercitara en la memorización: de los números de teléfonos, de significados en relación a la edad propia de los seres queridos, de acontecimientos vitales, de nacimientos, y de acontecimientos históricos.

El resultado fue positivo ya que constantemente ponían en práctica las recomendaciones dadas y la Sra. Ángela le era más fácil acordarse: de las cosas, de los nombres de sus hijos, de las fechas etc.

IX. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El Proceso Atención de Enfermería, se realizó con la finalidad de que la Sra. AM alcanzará, por medio de la satisfacción de las catorce necesidades de Virginia Henderson, bienestar físico y mental así como independencia.

Entre los obstáculos presentados para el logro de los objetivos, al inicio la Sra. AM se mostraba sin interés y sin ganas de hacer las intervenciones planeadas. Sin embargo posteriormente, considero que los objetivos que se trazaron se lograron en su mayoría, ya que al finalizar la evaluación la Sra. AM manifestaba que se sentía bien, con ganas de hacer las cosas. Este era evidenciado ya que cuando realizaba las visitas domiciliarias, algunas veces, encontraba a la Sra. deambulando sola y conversando con otras personas, u otras veces llegaba a su casa y la encontraba cocinando, lavando los trastes o bordando.

La familia de la Sra. fue un apoyo importante porque cuando realizaba las visitas, ellos se encontraban siempre en su domicilio, y así, cuando les explicaba algunos de los cuidados que debían tener, mostraban bastante interés, de igual forma les aconsejaba que realizaran conjuntamente con la Sra. toda actividad que requiriera de su apoyo y el resultado fue positivo ya que ellos siempre estuvieron a lado de la Sra. AM. Es importante mencionar que se le insistió, a la Sra. que acudiera a la casa de la salud del adulto mayor y así fue, cada lunes asistía con gran entusiasmo para realizar todo tipo de manualidades y lo más importante, convivir con otros adultos mayores; me percaté, que esta actividad la mantuvo siempre ocupada y feliz porque se sentía a gusto y querida.

Estoy completamente satisfecha porque con el PAE realizado obtuve bastantes logros; y uno de esos logros, no menos importante, es que me hice acreedora del cariño y la confianza tanto de la Sra. AM. como de su familia. Por este motivo incitó a los pasantes del CUEC a que no dejen de acudir a sus visitas domiciliarias porque se puede interactuar y conocer a personas de diferentes edades, sexo, creencias, costumbres, religiones y como resultado aprender algo nuevo cada día.

Así mismo sugiero que los PSS del CUEC, sigan visitando a la Sra. AM y continúen aplicándole los cuidados requeridos para su completa recuperación.

X. BIBLIOGRAFIA

- Alcantára M. A. et al. *Bases conceptuales de Enfermería en el Anciano Antología*.
- Arroyo P. *Proceso Atención de Enfermería: Envejecimiento con estado depresivo y ansiedad* 2003
- Exton S, Weksler M. *Tratado de Geriátría* 1ª ed. España: Pediátrica; 1988
- Fernández F, Novel M. *El Proceso Atención de Enfermería, Estudio de caso*. España: Masson/Salvat; 1993
- Frances Rogers S. *Planes de cuidados en Enfermería Geriátrica*. España: Masson; 1994
- Frías Osuna A. *Enfermería Comunitaria*. España: Masson; 2000
- Kaschak D, Jakovac D. *Planes de Cuidados en Geriátría*. España: Mosby / Doyma; 1994
- Leitón Z, Ordoñez Y. *Autocuidado de la salud para el adulto mayor*. Lima: MIMDES; 2003
- Luis Rodrigo M. et al. *De la teoría a la Práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI* 2da ed. España: Masson; 2000
- Marriner T, Raile M. *Modelos y teorías en Enfermería*. 4ta ed. España: Harcourt Brace; 1999
- Morales Tondopo E. *Proceso Atención de Enfermería: Cuidados en el hogar en un adulto con alto grado de dependencia para el mantenimiento de su salud*. 2000
- Pietro de N. *Geriátría*. México, DF: Manual Moderno; 1985
- Rodríguez García R. *Geriátría*. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000; 119
- Ruipérez C, Báztan J, Jiménez C, Sepúlveda D. *El paciente anciano 50 casos clínicos comentados*. España: McGraw-Hill Interamericana; 1998
- Sánchez A, Aparicio V, German C, Mazarrasa L, Merelles A, Sanchez García A. *Enfermería Comunitaria*. España: Mc Graw Hill Interamericana; 2000
- Staab A, Hodges L. *Enfermería Gerontológica*. México: McGraw-Hill Interamericana; 1998
- Arranz, L. *Depresión en el anciano* (en línea) diciembre 2004 citado Mayo 7, 2005 disponible en: tu.salud/doc/anciano/doc/doc/depresión_anciano_2.htm-14k-

Johnson, M. *Proceso de Duelo en el Anciano* (en línea) citado Junio 4 2005 disponible en: www.psicología-online.com/colaboradores/mcarevic/duelo.shtml/

Lara, M. *Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social* (en línea) citado Mayo 11 2005 disponible en: <http://www.insp.mx/salud/38/386-5.html>

XI. ANEXOS

INSTRUMENTO DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN DEL ADULTO MAYOR

Nota: Las letras con negritas son las respuestas de la paciente

Nombre: Ángela M. C **Edad:** 83 años **Domicilio:** Camelia # 12

I. DATOS GENERALES

	Sin Riesgo	Riesgo medio	Riesgo Alto
1. Edad (años)	60 a 69	70 a 79	Más de 80
2. Sexo	Hombre		Mujer
3. Nivel socioeconómico	Alto y medio		Bajo
4. Estado civil	Casada / Unión libre	Soltera / Viuda + años	Viuda - años
5. Actitud	Adecuada	Inadecuada	Muy alterada
6. ¿Con quién vive?	Esposa e hijos solteros	Hijos casados	Solo
7. ¿No. de Pers. que viven en la misma casa?	4 a 6	7 a 10	Más de 10
8. ¿Vive con alguna persona con enfermedad?	No		Si
9. ¿Se cambió recientemente de domicilio?	No		Si En – menos de un año 3 veces

II. ANTECEDENTES

1. Diabetes Mellitus (años)	No	1 a 10 años /80 – 120 mg/dl	+ 11 años/120mg/dl
2. Hipertensión Arterial	No	Controlada Menos de 90/140	Sin controlar Más de 90/140
3. Enfermedad Cardiovascular	No	Con antecedentes familiares Controlada	¿Cuál? Sin control
4. Artritis	No	Si, sin o con poca limitación	Fase aguda Severa limitación
5. Caídas	No		Más de 2 a 6 meses

6. Alta hospitalaria reciente (si fue en el último mes)	No		Si
---	-----------	--	----

[[[. VALORACIÓN DE NECESIDADES

OXIGENACIÓN

1. F. C.	60 a 90/min.	66 x´	+ 90 / -60
2. F. R.	16 – 22	20 x´	+ 22 / - 16
3. T/A Sistólica Acostada/sentada	Disminuyó, menos de 20 mmHg	130/70 mm/hg	Disminuyó, más de 20mmHg
4. T/A Sistólica Sentada/parada	Disminuyó, menos de 20 mmHg	140/80 mm/hg	Disminuyó, más de 20mmHg
5. Llenado capilar distal en Ms. Inf Der.	1 a 3 seg.	+ 3 seg.	
6. Llenado capilar distal en Ms. Inf Izq.	1 a 3 seg.	+ 3 seg.	

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

1. Peso/talla	Normal	50 Kg.	Sobrepeso
2. Glucosa capilar	80 a 120	121 – 139mg/dl	Más de 140mg/dl
3. ¿Presencia de caries?	No	Presenta adoncia	Si
4. ¿Existencia dentadura	No		Si
5. ¿Cuántas comidas realiza al día?	4 a 5	3	Dos o menos
6. ¿Come en compañía de otras personas?	Si		No
7. ¿Los líquidos / al día equivalen a	1600 a 1800 ml.		Menos de 1600 ml.
8. ¿La fibra que consume al día equivale a	3 raciones (frutas y verduras) 2 reb. Pan, 2 tortillas y 1 leguminosas		

ELIMINACIÓN

1. ¿Tiene problemas para iniciar la micción?	No		Si
2. ¿Tiene goteo incontrolado de orina?	No		Si
3. ¿Tiene salida involuntaria de orina?	No		Si
4. ¿Tiene dolor o escozor al orinar?	No		Si

5. ¿Orina con sangre?	No		Si
6. ¿Cuántas veces orina al día?	1 a 3	4 a 6	Más de 7
7. ¿Cuántas veces orina en la noche?	1 a 3	4 a 6	Más de 7
8. ¿Algún tipo de flujo (vagina/pene)?	No		Si
9. ¿Cuántas veces evacua?	3 a 4 semana	1 a 2 semana	1 a3 al día
10. ¿Defeca involuntariamente?	No		Si
11. ¿Evacua usted con sangre, esfuerzo, dolor o distensión abdominal?	No		si

MOVIMIENTO Y POSTURA

1. Pérdida de fuerza muscular	No		Si
2. Contracturas y rigidez de las articulaciones	No		Si
3. ¿En el último año se ha realizado densitometría?	Si		No
4. Capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz)	Independiente	Dependencia moderada	Dependencia severa
5. Capacidad para realizar actividades instrumentales (Escala Lawton)	Independiente	Interdependencia	Asistencia

DESCANSO Y SUEÑO

1. ¿Tiene usted problemas con sus familiares o con otras personas?	No		Si ¿Con quien? ¿Por qué?
2. ¿Su vida ha tenido algún cambio importante para usted?	No		Si, fallecimiento de cónyuge ¿Cuál?
3. ¿Algún ser querido falleció recientemente? (Menos de un año)	No		Si ¿Quién? cónyuge ¿Cuándo? Hace un mes (marzo 2005)
4. ¿Despierta por la noche?	No		Si, despierta y ya no concilia el sueño ¿Cuántas veces?
5. Sueño	Duerme – de 7 hrs. al día	Efectúa siestas diurnas	Se acuesta inmediatamente tras cenar Duerme menos de 7 hrs. al día

TERMORREGULACIÓN

Temperatura			
-------------	--	--	--

1. ¿Experimenta con frecuencia sensación de frío?	No	Si
2. ¿O de mucho calor?	No	Si
3. ¿Es capaz de tomarse usted mismo la temperatura, si lo necesita?	Si	No
5. Utiliza vestido adecuado a la estación	Si	No
6. La habitación y su vivienda esta adecuada para mantener una temperatura adecuada	Si	No

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

1. Periodicidad aseo personal	2 a 3 en una semana	1/semana	Uno de cada quince días
2. Lavado de manos	Siempre después de ir al W.C. Siempre antes de comer	Siempre antes de comer	No siempre antes de comer No siempre antes de ir al W.C.
3. Higiene buco-dental	Después de cada comida	1 a 2 /día	Ocasionalmente
4. Uñas de las manos	De tamaño normal	Ligeramente largas	Muy largas
5. Uñas de los pies	De tamaño normal	Ligeramente largas	Muy largas
6. Su piel es seca	No		Si
7. ¿Alguna lesión en el cuerpo?	No		Si
8. Presencia de úlceras por presión	No		Si
9. Riesgo de úlceras por presión (Esc. Nortón)	No hay riesgo		Riesgo inminente

EVITAR PELIGROS

1. ¿La casa en donde vive es?	Propia		Rentado / otros
2. Las calles a su alrededor están	Pavimentada / libres de riesgo	Algunas partes	El suelo esta accidentado y con muchos obstáculos
3. El camino a seguir para llegar al CUEC está	Libre de caídas o accidentes		Alto riesgo de caídas o accidentes
4. ¿Tiene usted problema para subir o bajar escaleras fuera y dentro de su casa?	No		Si

5. ¿Tiene usted problemas para bañarse?	No		Si
6. ¿Tiene alfombras o cables en su casa que le puedan ocasionar una caída?	No		Si
7. ¿Su vista le permite darse cuenta del peligro? (escalera, auto, etc.)	Si		No
8. Cuando sale ¿su oído le permite oír ruidos de un vehículo?	Si		No
9. Aplicación de la vacuna contra la influenza	Una cada año /Oct –Nov		No se la aplica
10. Aplicación de la vacuna antineumocócica	Dosis inicial Refuerzo cada 5 años		Nunca se la aplicado No se aplicó el refuerzo
11. Aplicación de la vacuna TD	1ra. Dosis 2da. Dosis refuerzo a los diez años		Nunca se la aplicado No se aplicó el refuerzo
12. Capacidad auditiva Oído izquierdo	Buena		Incapacidad
13. Capacidad auditiva Oído derecho	Buena		Incapacidad
14. Compresión auditiva oído izquierdo	Buena		Incapacidad
15. Compresión auditiva oído derecho	Buena		Incapacidad
16. Tiempo de realización del ultimo papanicolaou	6 meses a 1 año	2 a 3 años	Más de tres años
17. Tiempo de realización de la última exploración mamaria	6 meses a 1 año	2 a 3 años	Más de tres años
18. ¿Cuántos medicamentos ingiere en 24 horas?	1 a 2	3 a 5	Más de 5 años
19. Los medicamentos están ministrados por el médico	Si		No
20. ¿Conoce la dosis, el horario y el efecto de cada uno de ellos?	Si		No
21. Requiere aplicación de insulina?	No		Si

COMUNICACIÓN

1. Agudeza visual ojo derecho			- 20 / 40
2. Agudeza visual ojo izquierdo			- 20 / 40

3. ¿Su vista le permite leer los títulos y el texto de un periódico?	Si		No
4. ¿Solo puede leer los títulos y tiene alguno problema para coser?	Si		No
5. ¿Oye suficiente bien como para mantener con facilidad una conversación en grupo?	Si		No
6. ¿Sólo tiene algunas dificultades para mantener una conversación en grupo o en un ambiente ruidoso?	Si		No
7. ¿Tiene dificultades para conversar con una sola persona?	Si		No
8. ¿Es imposible conversar?	No		Si
9. ¿Cuántas personas en la misma casa que usted?	4 a 6	7 a 10	Más de 10
10. ¿Cuenta con un familiar o un amigo cercano de quien pueda recibir apoyo?	Nombre: Dirección: Teléfono:	Sabino Xolalpa, camelia #12	No
11. La mayoría del tiempo esta	Acompañado		Solo
12. Puede usted salir sola para ir al CUEC	Si		No
13. ¿Dispone de transporte cuando necesita salir de su hogar?	Si		No
14. ¿Cómo se siente cuando tiene que pedir ayuda?	Bien	Indiferente	Mal
15. Calidad de la interacción familiar	Buena	indiferente	Mala
16. ¿Le preocupa el hecho de envejecer?	No		Si
17. Pedirle que describa a sí mismo	Normal		Se devalúa o supervalora
18. Esta deprimido (Escala de depresión Geriátrica)	No		Si

VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

1. ¿Pertenece a algún grupo social o religioso?	Si		No
2. ¿Qué significado tiene Dios para usted?	Ayuda		Nada

TRABAJO Y REALIZACIÓN

1. Situación laboral actual	Se mantienen ocupado realizando algunas actividades remunerativas	Hogar	No se ocupa de actividades remunerant.
2. ¿Cuenta con los vales de despensa de DF:?	Si		No
3. ¿Sus ingresos económicos cubren sus necesidades?	Si		No
4. ¿Qué siente frente a la disminución de su capacidad para realizar las actividades?	Situación normal del ser humano	Indiferencia	Inútil

JUEGA O PARTICIPA EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

1. ¿Cuánto tiempo realiza ejercicio?	30 minutos diarios	- 30 min. / Ocasionalmente	No realiza
2. ¿Tiene algún pasatiempo preferido?	Si		No
3. ¿Cuánto tiempo le dedica?	2hrs. diarias	El tiempo que le sobra de vez en cuando	- de dos horas diarias
4. ¿Qué sentimiento tiene sobre la forma de ocupar su tiempo libre?	Aprovech a		No
5. ¿Cree ud. Que podría tener entretenimiento más adaptado a su edad?	Si ¿Cuál?	Realizar manualidades	
6. ¿Le gustaría formar parte de la casa de la salud de los adultos mayores del CUEC?	Si		No

APRENDIZAJE

1. Escolaridad	Profesional	4° año de primaria	
2. ¿Sabe leer?	Si		No
3. ¿sabe escribir?	Si		No
4. Función intelectual / Ev. Del estado cognitivo (PFEIFFER)	F M Intacta	Deterioro int. moderado	Det. Int. Severo
5. ¿Conoce usted en qué consiste su problema o enfermedad?	Si		No
6. ¿Sabe la acción de los medicamentos que toma?	Si		No
7. ¿Sabe en qué consiste los análisis, Tratamiento, a qué debe ser sometido?	Si		No
8. ¿Le gustaría tener información sobre su enfermedad, problema, análisis o tratamiento a qué debe ser sometido?	Si	Indiferente	No

Índice de Katz. Evaluación de Actividades Básicas de la Vida Diaria	SI	NO
1. Baño (con esponja, en bañera o regadera) No necesita ayuda o la necesita sólo para bañarse una parte del cuerpo		no
2. Vestido: Preparar las prendas y vestirse sin ayuda, excepto para anudarse los zapatos	si	
3. Aseo: Va al cuarto de baño, usa el W.C., se arregla la ropa y vuelve sin ayuda (Puede emplear un bastón o un andador para soporte, o un cómodo u orinal para la noche)	si	
4. Desplazamiento: Entra y sale de la cama y de la silla sin ayuda (Puede utilizar un bastón o andadera)	si	
5. Continencia: Controla el intestino y la vejiga totalmente (sin accidente esporádicos)		no
6. Alimentación: Se alimenta a si mismo sin ayuda (excepto para cortar la carne o extender la mantequilla en el pan)	si	

Se suman las respuestas con SI

Total: **Dependencia moderada**

Calificación: 6 = Independiente

5 = Dependiente moderado

4 – 0 = Dependencia severa

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVI)	SA	AA	TA
a. Realizar tareas domesticas: limpiar, ordenar, barrer, hacer las camas, arreglar y lavar ropa o cocinar.	2	1	0
b. Realizar las compras cerca de la casa (ir al mercado, etc.)	2	1	0
c. Usar la movilidad (viajar en micro, taxi a lugares distantes)	2	1	0
d. Usar la movilidad (viajar en ómnibus, taxi a lugares distantes)	2	1	0
e. Controlar su dinero (cambiar dinero, ahorra y paga cuentas)	2	1	0
f. Tomar sus medicamentos (nombre, hora, cantidad)	2	1	0

Calificación: 1) 12 = Independiente

Total:

Dependiente

2) 0 – 11 = Dependiente

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (Abreviada)

1. ¿Esta 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 esta vacía?	SI	no
4. ¿Se aburre usted con frecuencia?	SI	no
5. ¿Está de buen humor la mayoría de tiempo?	si	NO
6. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya suceder?	SI	no
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	NO
8. ¿Se siente usted frecuentemente desesperado?	SI	no
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa antes de salir y hacer cosas nuevas?	SI	no

10. ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	si	NO
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	no
13. ¿Se siente lleno de energía?	si	NO
14. ¿Siente usted que su situación es desesperante?	SI	no
15. ¿Cree usted que los demás están mejor que usted?	SI	no

Sume todas las respuestas SI en mayúscula o NO en mayúsculas.

SI = 1

Total: **14 puntos GDS depresión**

si = 0

NO = 1

no = 0

EVALUACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO (THE SHORT PORTABLE MENTAL STATUS "SPMSQ") PFEIFFER

	Puntaje
1. ¿Cuántos años tiene?	83
2. ¿En qué año nació?	1921
3. ¿En qué año estamos?	No sabe
4. ¿En qué mes estamos?	No sabe
5. ¿Qué día de la semana es hoy?	No sabe
6. ¿Cuántos hijos tiene y sus nombres?	5 varones y una mujer
7. ¿En dónde nació?	San Luis
8. ¿Cuenta del 1 al 10 y al revés?	No pudo
9. ¿Cuál es su dirección?	Camelia #12
10. ¿En qué trabajó o se ocupó?	Al hogar y chinampas
Total de puntos	6 puntos

Medicamentos

Nombre	Vías	Dosis
Captopril	Oral	1 c/12 hrs.