

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UNA PERSONA ADULTA MAYOR
CON AISLAMIENTO SOCIAL RELACIONADO CON
INCAPACIDAD PARA ESTABLECER RELACIONES
PERSONALES SATISFACTORIAS MANIFESTADO
POR EXPRESION DE SOLEDAD.**

Qué para obtener el título de

Licenciada en Enfermería y Obstetricia

p r e s e n t a:

Lorena Montesino Hernández

No. De cuenta:

4-0311349-7

Directora de trabajo:

M. E. Leticia Sandoval Alonso.



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:

A Dios:

**Le agradezco infinitamente por permitirme realizar una de mis mas
anheladas metas en mi formación profesional, la cual hace 10 años era
solo un sueño hoy ese sueño se ha convertido en realidad.**

A mis hijos:

**Con todo mi amor por haber compartido conmigo este logro, por ser el
motivo y la inspiración para continuar con mi desarrollo profesional.**

A mi madre:

**Gracias por su gran y valioso apoyo incondicional con el cual me ha
ayudado a convertir mis sueños en una realidad.**

A mi esposo:

Por ser la luz que ilumina mi vida.

A Behaney:

**Por ser la inspiración para continuar con mis metas, por que sin tu ayuda
hubiera sido más difícil el logro de ellas.**

A Ere y Ange:

**Por su sincera e invaluable amistad, su comprensión, por que siempre
han confiado en mí, por apoyarme cuando las he necesitado, por ser
participes de mis sueños y también de mi realidad mil gracias.**

A mi directora de trabajo:

Mtra. Leti un agradecimiento especial por dedicar su valioso tiempo permitiéndome realizar este trabajo y por compartir sus conocimientos conmigo.

A todas aquellas personas:

Que de alguna u otra forma han sido participes de este trabajo.

INDICE

INTRODUCCION.....	5
OBJETIVOS.....	7
METODOLOGIA.....	8
1. MARCO TEORICO.....	9
1.1 Antecedentes de la Enfermería.....	9
1. 1. 1. Conceptualización de la Enfermería.....	10
1. 2. Proceso Atención de Enfermería.....	12
1. 2. 1. Ventajas.....	13
1. 3. Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	13
1. 3. 1. Valoración.....	13
1. 3. 2. Diagnostico.....	14
1. 3. 3. Planificación.....	14
1. 3. 4. Ejecución.....	15
1. 3. 5. Evaluación.....	15
1. 4. Modelo de Virginia Henderson.....	16
1. 4. 1. Persona.....	19
1. 4. 2. Salud.....	20
1. 4. 3. Entorno.....	20
1. 4. 4. Enfermería.....	21
2. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA.....	24
2. 1. Ficha de identificación.....	24
2. 2. Presentación del caso.....	24
2. 3. Desarrollo de las etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	25
3. CONCLUSIONES.....	36
4. SUGERENCIAS.....	38
5. BIBLIOGRAFIA.....	39
6. ANEXOS.....	41
6. 1. Anexo 1.....	42
VALORACION DE LAS NECESIDADES HUMANAS.....	42
6. 2. El envejecimiento.....	53

INTRODUCCION:

El desempeño profesional de Enfermería abarca todos los niveles relacionados con la salud sin importar condición, género, edad o práctica religiosa, siendo importante el actuar de manera holística sin perder de vista la constante transformación global y la exigencia de una capacitación constante en la práctica de Enfermería.

La práctica de Enfermería tiene como guía el Proceso Atención de Enfermería, en el presente trabajo se desarrolla para satisfacer las necesidades básicas de una persona adulta mayor.

Este Proceso esta basado en el modelo de Virginia Henderson quien conceptualiza a la persona como un ser humano único, y complejo que tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad.

Dentro de la metodología se describe la manera de cómo pudo llevarse a cabo la elaboración del trabajo desde la elección de la persona para la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, hasta la revisión del trabajo.

En el marco teórico se describe la evolución que ha sufrido la Enfermería, la conceptualización que se le ha dado a la misma, se define el Proceso Atención en Enfermería donde se hace referencia a las etapas que lo integran así como la mención de las ventajas que ofrece a la Enfermera, a la persona, familia o comunidad, se expone además el modelo de Virginia Henderson, las 14 necesidades básicas y la definición de los conceptos básicos del Metaparadigma de Enfermería según Henderson.

En la aplicación Proceso Atención de Enfermería se menciona la ficha de identificación, la presentación del caso y la valoración de las necesidades básicas donde se establecen los diagnósticos de Enfermería en base a

los editados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) desarrollando la segunda etapa del Proceso la planeación de las acciones de Enfermería basadas en la identificación de necesidades de la persona y la evaluación. de la persona

Dentro de las conclusiones y las sugerencias se hace mención si los objetivos fueron alcanzados, la experiencia que se obtuvo al realizar el Proceso, la capacitación sobre Proceso Atención de Enfermería a estudiantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia especialmente a las alumnas de sedes.

En la bibliografía se hace mención sobre la literatura consultada para la realización de este trabajo.

Los anexos constan del instrumento guía de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia para la valoración de las 14 necesidades básicas en base al modelo de Virginia Henderson y un texto sobre el envejecimiento y sus efectos.

Todos estos elementos se inscriben como un aporte significativo en mi profesión así como en la práctica profesional.

OBJETIVOS:

✚ GENERAL:

- ❖ **Integrar los conocimientos teórico - prácticos adquiridos durante la formación académica en la aplicación del Proceso Atención de Enfermería**

✚ ESPECÍFICOS:

- ❖ **Desarrollar un Proceso Atención de Enfermería que sirva como requisito para presentar el examen profesional y obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.**

METODOLOGIA:

El presente Proceso Atención de Enfermería se eligió como opción de titulación, para lo que se busco asesoría de una docente de la ENEO que acepto fungir como asesora del trabajo. Se programaron tres asesorías, las cuales se impartieron en Cuernavaca Morelos los días 12, 19 y 26 de agosto del 2006, posteriormente se mantuvo comunicación por vía correo electrónico donde se hicieron revisiones y correcciones al trabajo.

Se obtuvo información de diferentes textos bibliográficos los cuales fueron de gran apoyo para sustentar las bases teóricas de los lineamientos en la elaboración del proceso para llegar a su desarrollo y aplicación, además de obtener información para la elaboración de un marco teórico fundamentado.

Posteriormente se realizó la elección de la persona aplicando la primera etapa del proceso que es la valoración en la cual se valoran las 14 necesidades a través de entrevista directa con la persona, el familiar.

Para la realización de los diagnósticos de enfermería se utilizaron los editados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) Desarrollando la segunda etapa del Proceso Atención de Enfermería, la planeación de las acciones de enfermería se llevo a cabo en base a la identificación de las necesidades de la persona, se evaluaron los resultados obtenidos durante el desarrollo de cada etapa y en la evolución de la persona.

Finalmente se revisó el trabajo por la asesora y se transcribió en la computadora.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la Enfermería.

La Enfermería ha venido practicándose desde los albores de la especie humana, desde entonces ha cambiado mucho y continuará cambiando a medida que el conocimiento científico y los avances tecnológicos se incrementan.

Se debe a Florencia Nightingale (1820-1910), el cambio de la dirección de la Enfermería y por ende, su concepción moderna. Ella pensaba que esta disciplina tenía que responder a una vocación pero que esta debería basarse en algo más que la intuición y la dedicación. Esta precursora demostró que la salud de los enfermos y de los heridos podía restablecerla mediante la instrucción y la formación clínica de las Enfermeras. Los programas modernos de atención siguen siendo fieles a ese modelo. Florencia Nightingale dijo que “la Enfermería nos coloca en la mejor condición natural posible para recuperar y preservar la salud”¹

La disminución de las tasas de mortalidad de las personas a las que Florencia Nightingale prodigó sus cuidados se debió tal vez al uso de procedimientos físicos en las áreas de medicina sanitaria, higiene y nutrición.

La historia de la Enfermería abunda en definiciones que han sido acuñadas por aquellos que han sido reconocidos como autoridades de la Enfermería y portavoces calificados de la práctica de esta disciplina. No obstante, los cambios que muestran las definiciones también nos muestran las transformaciones que ha sufrido esta disciplina y por las que continúa pasando. La definición que vino a enriquecer las ideas de Florencia Nightingale en lo relativo a la promoción de la salud fue propuesta por Virginia Henderson en 1955 y modificadas en 1956.

La función que distingue a la Enfermera es la de cuidar a la persona sana o enferma, mediante actividades que contribuyen a mantener la salud o a recuperarla o en todo caso a un buen morir, actividades que la persona puede

¹ WOLFF, Luverne. (1992) Fundamentos de enfermería.

llevar a cabo por su cuenta propia si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

Es función de la Enfermera desempeñar su labor de una manera que ayuden a la persona a recuperar su independencia lo más pronto posible.²

1. 1.1. Conceptualización de la Enfermería:

Enfermería se describe como el arte del cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida, su campo de acción son todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud.

El objeto de estudio de Enfermería es el cuidado el cual se concibe como todas las acciones que realiza la Enfermera con la intención de que las personas desarrollen al máximo sus capacidades para mantener y conservar la vida y permitir que continúe o esforzarse en compensar las alteraciones de las funciones ocasionadas por un problema de salud. En suma el cuidado de Enfermería es cuidar de la vida humana integral, respetando los derechos y sentimientos de la persona que se cuida.³

Por lo que la práctica de Enfermería es mucho más que la realización de técnicas y procedimientos pues al ser el cuidado a la persona su objeto de estudio, requiere de agudeza intelectual para elegir (un cuidado) una acción pensada, reflexionada que responda a las necesidades particulares de la persona, lo que implica para quién lo realiza el dominio de conocimientos teóricos y metodológicos, de habilidades técnicas y de actitudes de compromiso hacia el sujeto del cuidado.

Enfermería se sustenta en cuatro núcleos básicos que son: el cuidado, la persona, el entorno y la salud.

² Ibidem, p. 30.

³ CARDENAS, Margarita. (2000) Conceptualización de la enfermería.

- ***El cuidado:*** tiene diferentes connotaciones, cuidar de si mismo, cuidar de otros y cuidar con otros. Los cuidados están orientados hacia la vida, están vinculados hacia esta necesidad de garantizar la continuidad de la vida.
- ***La persona:*** se define como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente a estas. que tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo; maneras de ser que están en una relación mutua y simultánea con el entorno. La persona no puede ser separada de su cultura, sus expresiones y estilo de vida, que reflejan los valores, las creencias y las prácticas en torno a su salud que le han permitido su supervivencia. Así la persona se considera única y particular, lo que determina necesidades propias, capacidades y potencialidades, las cuales se constituyen en el punto de referencia para el cuidado de enfermería, la noción de la persona abarca al individuo, a la familia, al grupo y a la comunidad.
- ***El entorno:*** comprende el medio interno (genético, fisiológico, psicológico y espiritual) y al medio externo, compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Se relaciona con todos los elementos contextuales en los que la persona se encuentra: físicos, ecológicos, sociales, culturales, políticos, económicos, es decir, con cualquier factor que tenga influencia sobre su estilo de vida de tal forma que las influencias del entorno proporcionan un significado a las experiencias de la vida de la persona. La interacción entre la persona y el entorno condiciona su proceso de salud-enfermedad.
- ***La salud:*** es un valor y una experiencia de vida según la perspectiva de cada persona, las creencias, las formas de actuar, que son culturalmente conocidas y utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo y permite la realización de las actividades cotidianas,

Por consiguiente varía de una cultura a otra. Los factores de estilo de vida son agentes causales de salud y enfermedad, la experiencia de la enfermedad forman parte de la experiencia de salud la cual está determinada por el potencial de vida, el estilo de vida, la calidad de vida, y el significado de vida de la persona.⁴

1. 2. Proceso Atención de Enfermería:

El Proceso Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.⁵

El Proceso Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de Enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales. Como todo método configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que la puesta en práctica se superpone. Consta de cinco etapas “valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación” durante las cuáles la Enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos de Enfermería que son:

- promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a las personas a lograr una muerte pacífica, cuando su estado es terminal.
- permitir a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.
- proporcionar cuidados de Enfermería de la mejor calidad y eficiencia posible.

⁴ Ibidem, p. 37 y 38.

⁵ GUILLEN Roció. (2002). Planeación de Obstetricia II.

1. 2. 1. Ventajas:

La aplicación del Proceso Atención de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y la Enfermera; profesionalmente el Proceso Enfermero define el campo de ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es el beneficiado, ya que mediante este se garantiza la calidad de los cuidados de Enfermería; para el profesional de Enfermería produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Las ventajas para la persona son:

- participación en su propio cuidado.
- continuidad en la atención.
- mejorar la calidad de la atención.

Las ventajas para la Enfermera son:

- se convierte en experta.
- satisfacción en el trabajo.
- crecimiento profesional.

1. 3. Etapas del Proceso Atención de Enfermería:

1. 3. 1. Valoración:

La valoración es la primera etapa del proceso atención de Enfermería; la primera parte de la identificación del problema en la que se reúne información para asegurarse de que dispone de toda la información necesaria, para obtener una imagen clara del estado de salud de la persona. “la fase de valoración trata principalmente de la recolección de los datos, el exámen de los mismos y la determinación del lugar en que encajarán dentro de la imagen global. Puesto que todas las decisiones e intervenciones de Enfermería se basan en la información reunida durante esta fase. Este proceso incluye las siguientes actividades.⁶

La valoración se hará en base al modelo conceptual de Virginia Henderson identificando las catorce necesidades para que con base a ellas se implemente el plan de cuidados de Enfermería.

⁶ ALFARO Rosa linda. (1992) Aplicación del proceso de enfermería.

- **recolección de datos:** reunir información sobre la persona/cliente.
- **validación de datos:** asegurarse de que conoce los datos que son hechos reales y los que son cuestionables.
- **organización de datos:** organizar los datos en grupos de información que ayudarán a identificar patrones de salud o enfermedad.
- **comunicación/anotación de los datos:** informar de los datos significativos para acelerar el tratamiento y completar la recolección de la base de datos.

1. 3. 2. Diagnóstico:

Es la segunda fase o etapa del Proceso Atención de Enfermería, en donde después de haber reunido, examinado los datos y se ha empezado a detectar patrones de salud o enfermedad, durante esta etapa se acabará de ordenar los datos, para identificar los problemas y capacidades (que serán usadas y reforzadas para desarrollar un plan de cuidados eficaz y eficiente.)

Razonamiento diagnóstico: el proceso de analizar los datos y reunirlos para formular un diagnóstico o el método que usa la lógica para llegar a conclusiones sobre el estado de salud de un individuo se denomina razonamiento diagnóstico. Su habilidad para identificar los diagnósticos de Enfermería y otros problemas de salud, dependerá de la habilidad para ser metódica sistemática y lógica para alcanzar conclusiones acerca de los problemas y capacidades de salud de la persona.

1. 3. 3. Planificación:

Una vez identificados los diagnósticos de Enfermería y problemas interdependientes específicos, damos inicio al tercer paso del Proceso Atención de Enfermería: la planificación es el momento en que se determina como brindar los cuidados de Enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a los objetivos, la planificación implica lo siguiente:

- **Fijación de prioridades.**
- **Establecimiento de objetivos de la persona/resultados esperados.**
- **Determinación de las acciones/actividades de Enfermería.**
- **Documentación del plan de cuidados de Enfermería.**

1. 3. 4. Ejecución:

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución implica las siguientes actividades de Enfermería:

- Continuar con la recolección y valoración de datos.
- Realizar las actividades de Enfermería.
- Anotar los cuidados de Enfermería.
- Dar informes verbales de Enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

La Enfermera tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye a la persona y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones de Enfermería dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de la persona.

1. 3. 5. Evaluación:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados. Evaluar es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación, o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la Enfermería en este sentido son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. El Proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recolección de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación de los resultados esperados y un juicio sobre la evolución de la persona hacia la consecución de los resultados esperados.

1. 4. Modelo de Virginia Henderson:

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como Enfermera docente. Esta teórica de Enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de Enfermería. Inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería. Lo que la llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la Enfermera desde su época de estudiante. “sus experiencias teóricas y prácticas la llevaron a preguntarse que es lo que deberían de hacer las Enfermeras que no pudieren hacer otros profesionales de la salud.⁷ El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de Enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo Enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

A partir de la revisión propia de la bibliografía existente en aquellos años sobre Enfermería, se dio cuenta que los libros que pretendían ser básicos para la formación de Enfermeras, no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin ese elemento principal para ella no se podían establecer los principios y la practica de la profesión. En 1956 define la función propia de la Enfermera en el libro “The Nature of Nursing” de la siguiente forma:

“La única función de una Enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”⁸

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La Enfermera asiste a las personas en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia de la persona e la valoración de la salud.

⁷ FERNANDEZ Carmen.(1995)El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería.

⁸ Ibidem. P .70.

- **Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados Enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.**

Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

1º._Respirar con normalidad.

2º.- Comer y beber adecuadamente.

3º.- Eliminar los desechos del organismo.

4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.

5º.- Descansar y dormir.

6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.

7º.- Mantener la temperatura corporal.

8º.- Mantener la higiene corporal.

9º.- Evitar los peligros del entorno.

10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.

12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.

14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos y cada persona en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de forma diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas, están determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la interrelación existente entre las diferentes necesidades que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes. “esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser

humano en su totalidad sano solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo”.⁹

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la Enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

⁹ Ibidem, p. 71.

Variables: estados patológicos, falta aguda de oxígeno, conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias), estados de inconsciencia (desmayos, delirios, coma), exposición al calor o al frío que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales, estados febriles agudos debidos a toda causa, una lesión local, herida o infección o bien ambas cosas, una enfermedad transmisible, estado preoperatorio, estado postoperatorio, inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento, dolores persistentes que no admitan tratamiento.

Las actividades que las Enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de Enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de Enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en la persona.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo Enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación Enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de Enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de Enfermería:

➤ 1. 4. 1. Persona:

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables.

La persona y su familia son consideradas como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia .Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

➤ 1. 4. 2 .Salud :

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Considera la salud en términos de habilidad de la persona para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.

Independencia.

La capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia.

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

➤ 1. 4. 3. Entorno :

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Virginia Henderson, no incluyó un concepto de entorno en su modelo. Sin embargo si menciona de forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados. Así podemos afirmar que el entorno está contemplado sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 necesidades básicas y de los factores que las influyen.

Causas de la dificultad:

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades:

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

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos que deben ser valorados para la participación de las intervenciones correspondientes. El tipo de participación (de suplencia o de ayuda) vendrá siempre determinada por el grado de dependencia identificado.

➤ **1. 4. 4. Enfermería:**

Rol profesional/cuidados básicos de Enfermería y equipo de salud:

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la Enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Virginia Henderson afirma que “los cuidados básicos de Enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, por que todos tenemos necesidades comunes”¹⁰

Sin embargo varían constantemente por que cada persona interpreta a su manera estas necesidades. Así la Enfermera se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

¹⁰ FERNANDEZ Carmen.(1995) El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería.

AFIRMACIONES TEÓRICAS:

Relación Enfermera – Persona:

Se establecen tres niveles en la relación Enfermera persona y estos son

La Enfermera como sustituta de la persona: este se da siempre que la persona tenga una enfermedad grave, aquí la Enfermera es un sustituto de las carencias de la persona debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.

La Enfermera como auxiliar de la persona: durante los periodos de convalecencia la Enfermera ayuda a la persona para que recupere su independencia.

La Enfermera como compañera de la persona: la Enfermera supervisa y educa a la persona pero es ella quien realiza su propio cuidado.

Relación Enfermera – Médico:

La Enfermera tiene una función especial, diferente al de los Médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación Enfermera – equipo de salud:

La Enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado a la persona pero no deben realizar las tareas ajenas.

Dentro de las afirmaciones de Virginia Henderson ella define que la Enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas.

La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la Enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger a la persona de lesiones mecánicas.

2. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA:

2. 1. Ficha de identificación

Nombre: Estela G. A. Edad: 80 años. Peso: 54Kgs. Talla: 1.46CMS. Fecha de nacimiento: 07-11-1926. Sexo: Femenino. Ocupación: Ama de casa. Escolaridad: Analfabeta. Fecha de admisión: ---- Hora: ----- Procedencia: San José de pala Morelos. Fuente de información: Directa. Fiabilidad: (1-4):1 Miembro de la familia/ persona significativa: Hija.

2. 2. Presentación del caso:

Se trata de persona adulta mayor de 80 años de edad sexo femenino con un peso de 54 kilogramos y una estatura de 1.46 centímetros, de ocupación ama de casa, analfabeta, de religión evangélica, viuda, procedente de área rural, convive solamente con una hija la mayor parte del tiempo, tiene establecido régimen terapéutico a base de antihipertensivos y diuréticos, dieta hiposódica e hiperproteica ya que hace un año estuvo hospitalizada durante tres días con un diagnóstico medico de insuficiencia congestiva cardiaca. Sus actividades recreativas se ven limitadas solamente a la asistencia a su culto religioso y ver televisión así como el dedicar algún tiempo en el mantenimiento de su jardín, depende económicamente de sus hijos. Presenta hipoacusia y disminución de la visión.

El estudio a la persona se llevo a cabo en su domicilio ya que al ser una persona adulta mayor y que la pirámide poblacional se conforma cada vez de adultos mayores puesto que la cifra va en aumento, me intereso´ valorar la parte emocional que muchas veces pasamos inadvertido en este tipo de personas y que una de las funciones de Enfermería es proporcionar atención a las personas sin importar su edad, genero, condición e ideología.

2. 3. Desarrollo de las etapas del Proceso Atención de Enfermería

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN:

Valoración:

- ✓ **Datos de independencia:** la Sra. Estela respira por si sola. Sus signos vitales son: T/A: 130/80, F. C. 76 X', TEMP. 37 ° C.
- ✓ **Datos de dependencia:** la persona se encuentra polipneica con F. R. de 22 x'. a la auscultación se escuchan campos pulmonares ventilados, al esfuerzo muestra datos de insuficiencia respiratoria. La piel se encuentra con coloración rosada, llenado capilar es de dos a tres segundos, miembros inferiores con presencia de dilatación venosa.

Diagnóstico de Enfermería:

- **Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la disminución del oxígeno del aire inspirado manifestado por cansancio y sensación de compresión en el tórax.**

Plan de cuidados

Objetivo:

- **Mantener los parámetros de ventilación dentro de límites normales.**
- **Evitar cargas de trabajo.**

Intervenciones de Enfermería:

- **Proporcionar a la persona un ambiente coherente y rutinario, para ayudar a funcionar con sus limitadas capacidades.**
- **Explicar a la sra. Estela que el esfuerzo incrementará su dificultad para respirar.**
- **Orientar a la sra. Estela así como a sus familiares que la capacidad de sus pulmones se encuentra disminuida por lo tanto un esfuerzo mayor generará un incremento de la frecuencia respiratoria.**

Evaluación: la Sra. Estela logró mantener sus parámetros respiratorios dentro de 14 a 16 respiraciones por minuto.

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:

Valoración:

- ✓ **Datos de independencia:** puede ingerir sus alimentos sin ayuda alguna, presenta sus piezas dentales completas.
- ✓ **Datos de dependencia:** por ser una persona adulta mayor se le olvidan llevar su tratamiento por lo que es necesario vigilar que sus alimentos no lleven sal y su ingesta de líquidos este controlado. Su piel se muestra con coloración rosada, su cuero cabelludo esta brillante y limpio, sus mucosas esta hidratadas y turgentes.

Diagnóstico de Enfermería 1:

- **Riesgo de exceso de volumen de líquidos relacionado con aporte excesivo de líquidos.**

Plan de cuidados

Objetivo: Mantener una ingesta de líquidos balanceada.

Intervenciones de Enfermería:

- **Explicar a la Sra. Estela la importancia que tiene el que ingiera líquidos controlados.**
- **Orientar sobre la cantidad de líquidos que debe tomar en un día especificando un vaso con la medida indicada.**
- **Enseñar a los familiares la cantidad de agua que debe ingerir la Sra. Estela así como la cantidad de líquidos que contiene los alimentos.**
- **Explicarles la importancia que presenta el edema en miembros inferiores.**
- **Proporcionar información sobre signos y síntomas de alarma.**

Evaluación: la Sra. Estela logro mantener la ingesta de líquidos recomendada por el medico ya que se familiarizó con el uso de un vaso de 250 mililitros.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:

Valoración:

- ✓ **Datos de independencia:** la eliminación vesical es de 8 a 15 veces en 24 horas y la eliminación intestinal es de 1^a 2 veces en 24 horas, presenta control de esfínteres. Su abdomen es blando con presencia de panículo adiposo, el intestino presenta ruidos peristálticos.

- ✓ **Datos de dependencia:** en esta necesidad no se encontraron datos de dependencia.

4.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN:

Valoración:

- ✓ **Datos de independencia:** la Sra. Estela percibe los cambios de temperatura.
- ✓ **Datos de dependencia:** refiere no adaptarse a los cambios bruscos de temperatura, por lo que prefiere un ambiente templado y no uno frío o extremadamente caluroso pues siente que se ahoga.

Diagnóstico de Enfermería 1:

- **Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con características de la piel en la vejez.**

Plan de cuidados:

Objetivo: mantener la temperatura corporal de la Sra. Estela en parámetros de 36.5 a 37 ° centígrados.

Intervenciones de Enfermería:

- **Orientar a la Sra. Estela que debido a su edad los cambios bruscos de temperatura pueden afectarle de manera brusca.**
- **Establecer un horario para el baño diario entre las 12 y 13 horas.**
- **Evitar la ingesta de alimentos fríos.**
- **Indicarle el uso de medias o calcetines después de las 6 de la tarde.**
- **Sugerir el uso de calzado cómodo y cerrado.**

Evaluación: la Sra. Estela no ha presentado desequilibrios en su temperatura corporal ya que ha utilizado sus calcetines y su zapato cerrado además su horario del baño lo toma al medio día.

5.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA:

Valoración:

- ✓ **Datos de independencia:** puede moverse por si sola así como adoptar la postura que le sea agradable sin ayuda.

- ✓ **Datos de dependencia:** su capacidad física se ha visto modificada ya que por indicación médica le prohíben hacer esfuerzos o caminar en exceso, además de referir dolor cuando camina en exceso. Refiere disminuida su fuerza y presentar encorvamiento por la edad.

Diagnóstico de Enfermería 1:

- **Riesgo de caídas relacionado con disminución de la fuerza en los miembros inferiores.**

Objetivo: Ayudar a la Sra. Estela a realizar sus labores dentro del hogar.

Intervenciones de Enfermería:

- **Evaluar el estado físico y cognoscitivo de la Sra. Estela**
- **Enseñar a la familia y al cuidador a proporcionar ayuda en la realización de las labores de esfuerzo.**
- **Proporcionar instrucciones paso a paso, para que la Sra. Estela pueda realizar el máximo número de tareas por si solo.**
- **Utilización de zapatos con suela antideslizante.**
- **Evitar el empleo de calentadores, estufas, etc.**

Evaluación: la familia se involucro en las tareas del hogar, por lo tanto se redujo el riesgo de caídas en el hogar.

6.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO:

- ✓ **Datos de independencia:** están cubiertas las horas de descanso y sueño.
- ✓ **Datos de dependencia:** su necesidad de sueño se ve afectada por el estrés y las preocupaciones que ella tiene de sus hijos.

Diagnóstico de Enfermería 1:

- **Deterioro del patrón del sueño relacionado con separación de las personas significativas manifestado por insomnio.**

Plan de cuidados:

Objetivo: Disminuir el trastorno del sueño.

Intervenciones de Enfermería:

- **Espaciar las actividades a lo largo del día intercalando periodos de reposo.**

- Proporcionar un ambiente tranquilo, sin ruidos y sin luces durante la noche.
- Establecer una rutina para acostarse, y procurar que se cumpla.
- Enseñar a la persona cómo puede realizar técnicas de relajación.
- Establecer comunicación constante con los hijos que se encuentran lejos a través de cartas o vía telefónica.

Evaluación: La Sra. Estela refiere haber disminuido sus noches de insomnio a través de terapias de relajación cuando se siente preocupada.

7.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS ADECUADAS:

Valoración:

- ✓ Datos de independencia: esta necesidad es cubierta por la persona puesto que muestra una capacidad de vestirse y desvestirse ella sola.
- ✓ Datos de dependencia: esta necesidad no se encuentra afectada.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL:

Valoración:

- ✓ Datos de independencia: esta necesidad esta cubierta por la persona puesto que ella sola puede realizar sus prácticas higiénicas.
- ✓ Datos de dependencia: no se encontraron datos de dependencia en esta necesidad.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS:

Valoración:

- ✓ Datos de independencia: esta necesidad se ve alterada presenta riesgos potenciales para la Sra. Estela
- ✓ Datos de independencia: la Sra. Estela se le olvida los horarios de sus medicamentos así como sufrir accidentes involuntarios al cocinar o estar realizando sus actividades diarias.

Diagnóstico de Enfermería 1:

- **Riesgo de traumatismo relacionado con las características físicas del entorno.**

Objetivo: disminuir los riesgos de caídas acompañando a la Sra. Estela cuando salga a realizar sus compras.

Intervenciones de Enfermería:

- **Orientar a la persona sobre el ambiente que le rodea.**
- **Mantener el ambiente libre de obstáculos ,**
- **asegurarse que existe suficiente luz para prevenir las caídas en la oscuridad.**
- **Utilización de zapatos con suela antideslizante.**
- **Acompañar a la Sra. Estela cuando salga a la calle.**

Evaluación: Se logró que la Sra. Estela salga acompañada de sus familiares cuando tiene que salir a realizar sus compras o a caminar. Por lo tanto el riesgo que pudiera presentarse es mínimo.

Diagnóstico de Enfermería 2:

- **Riesgo de lesión relacionado con la disminución de los sentidos.**

Plan de cuidados:

Objetivo: disminuir el riesgo de lesión en el hogar.

Intervenciones de Enfermería:

- **Uso de zapatos con suela antideslizante.**
- **Mantener iluminadas todas las áreas de la casa.**
- **Mantener los pisos secos y libres de líquidos.**
- **Utilizar tapetes antiderrapantes en el baño.**
- **Solicitar la ayuda de los familiares en la hora del baño.**
- **Mantener el ambiente libre de obstáculos.**

Evaluación: Se logró disminuir el riesgo de caídas dentro del hogar ya que los familiares de la Sra. Estela colaboraron con ella.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE:

Valoración:

- ✓ **Datos de independencia:** Se expresa de manera verbal siendo su comunicación coherente y congruente con sus expresiones corporales.
- ✓ **Datos de dependencia:** Para una persona adulta mayor es muy importante el tener comunicación y contacto con sus familiares pues se encuentra en una etapa en la que se consideran una carga para los familiares. La Sra. Estela muestra alterada esta necesidad pues su contacto es solo con una persona de su familia.

Diagnóstico de enfermería 1:

- **Riesgo de trastorno de la percepción sensorial relacionado con hipoacusia izquierda.**

Objetivo: Disminuir el avance progresivo de la hipoacusia izquierda.

Intervenciones de Enfermería:

- **Solicitar la valoración de un otorrinolaringólogo.**
- **Integrar a los familiares para que tengan mayor comunicación verbal y no verbal con la Sra. Estela**
- **Explicarle a la Sra. Estela que puede comunicarse con señas o gestos y que la van a entender.**

Evaluación: La Sra. Estela visitó al otorrinolaringólogo y le sugirió el uso de un implante para mejorar su audición.

Diagnóstico de Enfermería 2:

- **Riesgo de soledad relacionado con falta de contacto con personas significativas.**

Objetivo: Establecer una comunicación verbal y no verbal lo más eficaz posible y comprender sus necesidades.

Intervenciones de Enfermería:

- **Dirigirse a la Sra. Estela de forma abierta, amistosa y relajada.**
- **Valorar la conducta no verbal, la expresión facial, el lenguaje corporal, postura, gestos, etc.**
- **Explicar las actividades empleando para ello frases cortas.**
- **Escuchar a la Sra. Estela e incluirla en la conversación.**
- **Estimular a la Sra. Estela a describir historias o situaciones pasadas.**

Evaluación: El riesgo de soledad se disminuyó la familia de la Sra. Estela se turna para que no se quede sola durante el tiempo que su hija no se encuentra con ella.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES:

Valoración:

- ✓ **Datos de independencia:** no se encontraron datos de independencia en esta necesidad.
- ✓ **Datos de dependencia:** se ve alterada ya que dentro de los valores ella menciona la unión Familiar y piensa que sus hijos no aprendieron ese valor ya que no tienen convivencia con ella y la comunicación es esporádica.

Diagnóstico de Enfermería 1:

- **Aislamiento social relacionado con incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorios manifestados por sentimientos de tristeza.**

Plan de cuidados:

Objetivo: Reducir la tristeza de la sra. Estela

Intervenciones de Enfermería:

- **Estimular a la Sra. Estela a expresar sus sentimientos, frustraciones y problemas.**
- **Ofrecer apoyo, comprensión y seguridad a los familiares.**
- **Ayudar al cuidador a aprender las responsabilidades que acaba de asumir**
- **Solicitar a la familia se turnen para visitar a la Sra. Estela**
- **Aconsejar a los parientes o amigos que visiten a la Sra. Estela**
- **Aconsejar a la Sra. Estela que siga manteniendo su grupo de amistades.**

Evaluación: La tristeza de la Sra. Estela ha aminorado ya que su familia realiza reuniones cada 8 días en su casa por lo que refiere no sentirse sola.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE:

Valoración:

- ✓ **No se encontraron datos de independencia.**
- ✓ **Datos de dependencia: se encuentra alterada esta necesidad ya que la Sra. Estela no es independiente económicamente y sus hijos le proporcionan este medio para subsistir y eso la hace sentir una carga para los demás lo cual genera depresión y tristeza en ella.**

Diagnóstico de Enfermería 1:

- **Ansiedad relacionado con la situación económica manifestado por sentimientos de preocupación.**

Objetivo: Disminuir la ansiedad de la Sra. Estela

Intervenciones de Enfermería:

- **Estimular a la Sra. Estela a expresar sus sentimientos, frustraciones y problemas.**
- **Enseñar a la Sra. Estela técnicas de relajación.**
- **Solicitar a la Sra. Estela que mantenga comunicación con sus amistades.**
- **Ayudar a reducir la ansiedad estableciendo una comunicación fluida**

Evaluación: La Sra. Estela refiere que sus episodios de ansiedad son menos frecuentes ya que ha utilizado las terapias de relajación recomendadas.

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:

Valoración:

- ✓ **Datos de independencia: los datos de independencia están alterados.**
- ✓ **Datos de dependencia: la Sra. Estela a pesar de mostrarse participativa refiere tener miedo de salir a la calle pues se puede caer, por lo tanto sus salidas son cada vez menos.**

Diagnóstico de Enfermería 1:

- **Alteración de la movilidad física relacionado con deterioro músculo esquelético manifestado por dolor.**

Plan de cuidados:

Objetivo: Disminuir el dolor articular.

Intervenciones de Enfermería:

- **Explicarle a la Sra. Estela que tiene que disminuir sus hábitos de caminar.**
- **Indicarle que no debe realizar esfuerzos.**
- **Explicarle los cambios que sufre su organismo con la edad.**
- **Enseñar a los familiares como proporcionar masajes para reducir el dolor.**
- **Enseñar a los familiares y a la Sra. Estela la colocación de calor seco para ayudar a disminuir el dolor.**

Evaluación: el dolor que presenta la sra. Estela disminuyó con las terapias de calor seco y los masajes.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE:

Valoración:

- ✓ **Datos de independencia:** están alterados los datos de independencia.
- ✓ **Datos de dependencia:** dependen de otra persona para el aprendizaje en su régimen terapéutico. Además de tener hipoacusia y disminución de la visión.

Diagnóstico de Enfermería 1:

Deterioro de la memoria relacionado con la edad manifestado por episodios de olvido.

Plan de cuidados:

Objetivo: Lograr que la Sra. Estela mantenga su memoria reciente lo mejor posible.

Intervenciones de Enfermería:

- **Evitar la frustración que le puede producir el hecho de no poder recordar.**
- **Valorar a la persona en busca de signos y síntomas de depresión.**
- **Colocar etiquetas con el nombre de los medicamentos y los horarios.**
- **Involucra a la familia para que recuerden a la Sra. E. la toma de sus medicamentos.**

Evaluación: La Sra. Estela ha logrado mantener su memoria reciente activa a través de recordatorios constantes aunque se ha requerido de la participación familiar para llevar a cabo este proceso.

3. CONCLUSIONES:

El Proceso Atención de Enfermería es el método propio de trabajo que le permite a la Enfermera valorar al cliente como un todo y que a la vez lo analiza en el nivel social, espiritual, biológico y emocional, además que permite ser aplicado no solo a la persona sino también a la familia o a la misma comunidad. La práctica profesional de Enfermería debe romper con el paradigma que dicta que su campo de acción exclusivo es la curación de enfermos o el trabajo dentro de una institución hospitalaria.

El aplicar el Proceso Atención de Enfermería me ayudó a incrementar la capacidad para la observación precisa de las respuestas de la persona y la realización de las acciones pertinentes.

Para la persona a quien se aplicó este proceso fue de utilidad ya que le ayudó a mejorar su calidad de vida además de mantener su autoestima puesto que por ser una persona mayor se consideraba una carga para su familia; con esto también se logró que su familia se integrará ya que se solicitó la cooperación en la vigilancia de las actividades de la Sra. Estela.

El presente trabajo se desarrolló bajo el modelo de Virginia Henderson quién define que el ser humano tiene 14 necesidades básicas que deben ser satisfechas, de acuerdo a su estado de dependencia, la función de Enfermería es lograr la independencia de la persona, mediante las intervenciones desarrolladas para satisfacer las necesidades valorados.

En este caso por tratarse de una persona mayor el grado de dependencia es alto debido a su edad y su estado de salud.

Finalmente la realización de este trabajo me permitió planear las intervenciones de Enfermería encaminadas a satisfacer las necesidades de la persona.

La mayoría de los objetivos se cumplieron aunque algunos por tratarse de una persona de edad avanzada no se cumplieron al 100 %. Sin embargo se obtuvieron resultados satisfactorios para cubrir las necesidades de la persona. Observándose esto en el estado de salud y el bienestar de la persona y la familia., además de obtener una gran enseñanza, al comprobar lo importante que es la participación planificada y organizada del personal de Enfermería apoyada en un modelo como es el de Virginia Henderson.

Fue un reto importante para mí el desarrollar este Proceso Atención de Enfermería ya que es la primera vez que desarrollo uno por escrito, aunque dentro de la práctica del ejercicio profesional lo realizo todos los días fue muy difícil para mi plasmarlo pero al mismo tiempo obtuve satisfacción ya que me brinda identidad y autonomía en mi profesión además de poder establecer un plan de cuidados no solo para la persona sino también para la familia y la comunidad.

4. SUGERENCIAS:

Como se mencionó anteriormente el Proceso Atención de Enfermería es el instrumento de trabajo de la Enfermera por lo que considero importante que la materia que se imparte de teorías y modelos en la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia (IAPP) sea mayor tiempo ya que solo consta de tres asesorías y el tiempo es relativamente corto para analizar a todas las teóricas así como el Proceso Atención de Enfermería.

Que se impartieran talleres de Proceso Atención de Enfermería en las sedes foráneas independientemente de la asignatura de teorías y modelos esto con la finalidad de que las estudiantes del curso de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (IAPP) obtuvieran mayor conocimiento sobre el Proceso Enfermero ya que al ser este el instrumento de trabajo de la Enfermera, además de conferir autonomía a la misma es importante que la Enfermera lo lleve a cabo en la práctica diaria, ya que algunas alumnas son egresadas de escuelas como los CETIS, CBTIS, etc. Donde la información que se proporciona acerca del Proceso Atención de Enfermería no es sustanciosa en su formación llevando con esto que muchas Enfermeras ya egresadas no tengan familiaridad con el Proceso Atención de Enfermería.

5. BIBLIOGRAFÍA:

ALFARO VELAZCO Rosa linda. Aplicación del Proceso de Enfermería, 2ª edición, Ed. Mosby, México, 1992, p.7.

ALMEIDA DE JARA, Elsa, Manual de la Enfermera. Ed. cultural, Perú, 2005.

ARANCETA J. Dieta en la tercera edad. En Nutrición y dietética clínica. Ed Salas Salvador J, Bonada A, Trallero R, Engracia Saló M. Barcelona: Masson SA. 2000, P 107-117

CARDENAS JIMENEZ, Margarita. Conceptualización de la Enfermería, febrero 2000, UNAM-ENEO, México, p. 37.

DESARROLLO CIENTIFICO DE ENFERMERIA, "Análisis de la Percepción del Ambiente Laboral de Enfermería" Vol. 9 enero – febrero 2001.

FERNANDEZ FERRIN Carmen. El modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Masson-Salvat, Barcelona, España, 1995, p. 69.

GUILLEN VELAZCO Roció. (comp.).Planeación de Obstetricia II. Marzo 2002, UNAM-ENEO, México, p. 25.

GARCÍA HERNÁNDEZ, Misericordia, Enfermería Geriátrica, Ed. Masson, Barcelona, España, 2000.

<http://www.monografias.com/trabajos17/envejecimiento-saludable/envejecimiento-saludable.shtml#envej>.

NANDA, Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004, Ed. Elsevier, España, 2003.

WOLFF LEWIS, Luverne. Fundamentos de Enfermería. Traduc. Arturo Aparicio Vázquez, 4ª. Edición, Ed. Harla, México, 1992, p.26.

6. ANEXOS

6.1. Anexo 1

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Oxigenación, nutrición e hidratación, Eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Subjetivo:

Disnea debido a: esfuerzo al caminar mucho. Tos productiva /seca: no. Dolor asociado con la respiración: no Fumador: no, pero toda su vida ha cocinado con leña. Desde cuando fuma/ cuántos cigarros al día/ varía la cantidad según su estado emocional: el contacto con el humo ha sido constante ya que ha cocinado siempre con leña y su esposo fue fumador activo durante más de 35 años.

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: T/A: 130/80, F. C. 76 X', F. R. 22X", TEMP. 37 ° C.

Tos productiva /seca: no. Estado de conciencia: conciente, orientada en tiempo, lugar y espacio.

Coloración de piel/lechos ungueales/peri bucal: coloración rosada.

Circulación del retorno venoso: presencia de varices en miembros inferiores.

Otros: presenta elevación de la diastólica.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): hiposódica e hiperproteica. Número de comidas diarias: 3 veces al día.

Trastornos digestivos: pirosis a la ingesta de grasas e irritantes. Intolerancia alimentarias/ Alergias: ninguna.

Problemas de la masticación y deglución: ninguno.

Patrón de ejercicio: la sra. Estela. es una persona con actividad para la edad que tiene ya que camina aun a pesar de que ha tenido que disminuir sus actividades diarias por indicación médica.

Objetivo:

Turgencia de la piel: hidratada.

Membranas mucosas hidratadas/ secas: mucosa oral hidratada.

Características de uñas/cabello: uñas con coloración rosada, cabello cano completamente.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: refiere solo dolor articular en área de rodillas cuando camina por mucho tiempo.

Aspecto de los dientes y encías: piezas dentales completas con presencia de 1 caries en una pieza molar.

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: no presenta ninguna herida reciente, solo una cicatriz a nivel de hipocondrio derecho por que le practicaron una colecistectomía hace 6 años. Refiere tener una cicatrización rápida.

Otros: se le tiene que vigilar que su dieta la siga correctamente ya que algunas veces se le olvidan tomar sus medicamentos.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Subjetivo:

Hábitos intestinales: evacua de 1 a 2 veces al día. Características de las heces/orina/ menstruación: orina amarillo claro sin presencia de sedimento, heces de consistencia semipastosa, color café claro.

Historia de hemorragias/enfermedades renales/otros: ninguna

Uso de laxantes: no. Hemorroides: no.

Dolor al defecar/menstruar/orinar: no.

Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: refiere que su estado emocional no influye ya que sus patrones de eliminación no se alteran.

Objetivo:

Abdomen, características: abdomen blando ligeramente abombado por presencia de panículo adiposo.

Ruidos intestinales: peristaltismo normal. Palpación de la vejiga urinaria: no es palpable ya que en el momento de la exploración la paciente había eliminado previamente la orina.

Otros: dentro del régimen terapéutico que la paciente tiene establecido desde hace 1 año la paciente ingiere furosemide 20 mgs. Cada 12 horas.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: no se adapta a los cambios bruscos de temperatura.

Ejercicio, tipo y frecuencia: le gusta caminar todos los días.

Temperatura ambiental que le es agradable: calor.

Objetivo:

Características de la piel: piel hidratada, brillante, turgente. Transpiración: refiere sudar muy poco.

Condiciones del entorno físico: vive en casa de ladrillo con techo de lámina de asbesto, la cual cuenta con tres recamaras, además de la cocina. La casa cuenta con cuatro ventanas, dos puertas lo cual la hace iluminada. Dentro de los servicios básicos cuenta con luz, agua potable la cual solo llega a su domicilio

cada ocho días en tiempo de lluvias y cada tres semanas en tiempo de estiaje por lo que la almacena en tanques y bidones. No cuenta con drenaje pero tiene letrina la cual se encuentra retirada de su casa.

La sra. Estela tiene un jardín con el cual ella refiere como distractor de sus preocupaciones.

Otros:

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: se ha visto modificada por indicación médica.

Actividades en el tiempo libre: ver televisión, arreglar sus plantas y convivir con su familia.

Hábitos de descanso: duerme 7 a 8 horas diarias. Toma una siesta diaria de 30 minutos después de la comida.

Hábitos de trabajo: trabaja alrededor de 8 a 10 horas diarias dentro de las actividades del hogar.

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: refiere disminuida su fuerza.

Capacidad muscular, tono/resistencia/flexibilidad: presenta contracción muscular resistencia y flexibilidad.

Posturas: presenta encorvamiento por la edad.

Necesidad de ayuda para la deambulaci3n: no. Aunque la deambulaci3n es lenta y pausada.

Dolor con el movimiento: algunas veces después de caminar mucho le duelen las rodillas.

Presencia de temblores no

Estado de conciencia: orientada y conciente en tiempo, lugar y espacio.

Estado emocional: se siente triste por que la única persona que vivía con ella se fue a trabajar lejos de ahí.

Otros:

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

Horario de descanso: 2 a 3 horas diarias.

Horario de sueño: 7 a 8 horas diarias.

Siesta: de 30 minutos diariamente después de la comida.

Ayudas: no.

Insomnio: refiere tener insomnio algunas veces cuando se encuentra preocupada por alguno de sus hijos.

Debido a: preocupaciones.

Descansado al levantarse: se refiere descansada al levantarse la mayoría de las veces.

Objetivo:

Estado mental. Ansiedad / estrés / lenguaje: con articulación clara y concreta.

Ojeras: no. Atención: se muestra con atención al interrogatorio.

Bostezos: no.

Concentración: se muestra concentrada en el interrogatorio.

Apatía: no.

Cefaleas: refiere sentir dolor de cabeza solo cuando le sube la presión arterial.

Respuesta a estímulos: si.

Otros:

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: no.

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: no.

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: si.

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: no.

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: si. El vestuario que porta la Sra. Estela es proporcional a su edad.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: la Sra. Estela puede vestirse y desvestirse ella sola sin ningún problema.

Vestido incompleto: no. Sucio: no. Inadecuado: no.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia del baño: el baño es diario.

Momento preferido para el baño: entre las 12 y 13 horas.

Cuántas veces se lava los dientes al día: 2 veces al día.

Aseo de manos antes y después de comer: si. Después de eliminar: si.

Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: no sus creencias religiosas no interfieren con sus hábitos higiénicos.

Objetivo:

Aspecto general: la Sra. E. se muestra limpia, vestida de acuerdo a su edad.

Olor corporal: olor a limpio.

Halitosis: no.

Estado del cuero cabelludo: su cuero cabelludo esta limpio y brillante con una coloración rosada. Sin presencia de escabiosis.

Lesiones dérmicas Tipo: no presenta ninguna lesión dérmica.

Otros: el estado general de la Sra. Estela es limpio y coherente con lo referido por ella en el interrogatorio.

NECESIDAD DE DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Que miembros componen la familia de pertenencia: vive sola aunque la acompaña su hija por la tarde y la noche.

Como reacciona ante situación de urgencia: se deprime pues refiere que como ya es grande no es de mucha ayuda.

Conoce las medidas de prevención de accidentes.

Hogar: si.

Trabajo: su trabajo lo realiza en casa aunque estas actividades en casa presentan algunos riesgos para la Sra. Estela pues ella algunas veces aun realiza tortillas a mano o cocina lo cual es un riesgo ya que puede sufrir alguna caída.

Realiza controles periódicos de salud recomendados en su persona: si, tiene cita con el medico internista cada dos meses ya que el año pasado estuvo hospitalizada y debido a esto tiene control periódico de sus cifras tensionales así como de laboratorio y gabinete cada dos meses.

Familiares: desconoce si su familia tiene controles periódicos de salud.

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: le da por llorar cuando tiene alguna preocupación.

Objetivo:

Deformidades congénitas: no.

Condiciones del ambiente en su hogar: su hogar es tranquilo, no tiene escaleras y el piso no es liso, aunque el baño se encuentra alejado y el terreno esta con muchas piedras.

Trabajo: su trabajo son básicamente las actividades del hogar.

Otros:

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE:

Comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil: viuda desde hace 18 años.

Años de relación: 40 años de casada.

Viven con: sola, su hija la acompaña por la tarde y la noche duerme con ella diario.

Preocupaciones / estrés: se preocupa por sus hijos.

Familiar: solo por sus hijos.

Otras personas que pueden ayudar: no.

Rol en estructura familiar: abuela.

Comunica problemas debidos a la enfermedad / estado: si.

Cuanto tiempo pasa sola: alrededor de 8 horas.

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: en su hogar no tiene muchos contactos aunque por ser un área rural toda la gente se conoce y cuando sale a comprar a la tienda pero en su casa no tiene contacto mas que con su hija.

Objetivo:

Habla claro: si.

Confuso: no.

Dificultad. Visión: refiere ni distinguir bien las figuras a una distancia de aproximadamente 10 metros.

Audición: presenta hipoacusia.

Comunicación verbal / no verbal /con la familia / con otras personas significativas: su comunicación verbal es congruente con sus expresiones.

Otros: tiene comunicación con su hijo y su hija que viven en el mismo lugar donde ella vive y con sus demás hijos solo por vía telefónica dos o tres veces al año ya que viven en estados unidos.

NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencia religiosa: evangélica.

Su creencia religiosa le genera conflictos personales: no.

Principales valores en la familia: amor, honestidad, honradez, salud, unión familiar, apoyo moral, respeto, tolerancia.

Principales valores personales: los anteriores.

Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: si.

Objetivo:

Hábitos específicos de vestido. (Grupo social religioso): viste debajo de la rodilla y sin escotes.

Permite el contacto físico: si.

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias: no.

Otros:

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

Trabaja actualmente: si.

Tipo de trabajo: en el hogar

Riesgos: de caídas y quemaduras.

Cuánto tiempo le dedica al trabajo: de 6 a 8 horas diarias.

Esta satisfecho con su trabajo: si.

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: no, sus hijos la apoyan económicamente, lo que la hace sentirse como una carga para ellos.

Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega: si, aunque refiere que le gustaría convivir mas con sus hijos.

Objetivo:

Estado emocional./calmado/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/irritable/inquieto/
eufórico: se muestra triste y sus ojos se llenan de lagrimas cuando refiere
sentirse sola y una carga para los demás.

Otros:

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: ver televisión, arreglar su
jardín.

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: si.

Recursos en su comunidad para la recreación: la comunidad solo cuenta con un
pequeño jardín donde algunas veces se reúnen las personas pero la Sra. Estela.
no le gusta ir por que dice ya no ver bien y le da miedo caerse. Solo asiste diario
al templo y algunas veces a visitar a sus familiares.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: no.

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: se encuentra completo y funcionando.

Rechazo a las actividades recreativas: no.

Estado de ánimo. Apático /aburrido/participativo: participativo con reservas.

Otros:

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: analfabeta.

Problemas de aprendizaje: no.

Limitaciones cognitivas: no presenta limitaciones cognitivas aunque refiere que
antes en su comunidad no había escuela.

Tipo: ninguna.

Preferencias. Leer/escribir: ninguna.

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: no existen
fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad.

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: no.

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: muestra interés en aprendizaje para resolver sus problemas de salud aunque refiere que por su edad ya se le olvidan algunas cosas.

Otros:

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: esta alerta, conciente, orientada presenta reflejos a estímulos.

Órganos de los sentidos: presenta disminución de la visión e hipoacusia.

Estado emocional ansiedad, dolor: deprimida.

Memoria reciente: se le olvidan de repente algunas cosas.

Memoria remota: refiere recordar todo.

Otras manifestaciones: se le olvida tomar sus pastillas y requiere de alguien que se las de o le recuerde el horario.

6. 2. Anexo 2

El envejecimiento¹:

La población mundial y la esperanza promedio de vida ha aumentado en forma considerable en este siglo. Así tenemos que, a comienzos de nuestra era, la población total del mundo era aproximadamente 250 millones de personas y la esperanza promedio de vida al nacer no mucho mayor de 25 años. Para el siglo XXI, se espera que la población total sea aproximadamente de 6,500 millones de personas con una esperanza de vida superior a los 70 años; es decir, que las proporciones de mayores de 70 años para el año 2,000 corresponderá al 10% de la población total.

Este aumento de la población "adulta tardía " tiene dos causas básicas:

1. las tasas de nacimiento comparativamente altas a finales del siglo XIX y principios a mitad del siglo XX.

2. Los adelantos médicos que han prolongado la expectativa común de vida ahora muere gente en la infancia y en la edad adulta temprana, y nuevas medicinas y tratamientos están manteniendo viva a mucha gente que anteriormente había sucumbido ante una serie de enfermedades. Este fenómeno de nuestros tiempos, trae consigo cambios que condicionan nuevas expectativas, nuevas formas de " ser en el mundo", nuevas maneras de integración y una relación cada vez más evidente entre las circunstancias físicas, orgánicas y sociales en la vida humana. Cada vez, se está volviendo más difícil establecer el límite entre el final de la población adulta intermedia y el comienzo de la edad adulta tardía. Son muchas las personas de 70 años o más que actúan y piensan como lo hacían cuando tenían 50 (Herz, citado en J.C., Horn Mier, 1987). Se habla ahora de una nueva categoría, los "viejos jóvenes se refiere a la minoría débil y enfermiza.

La senescencia periodo de la duración máxima de la vida marcado por, los descensos del funcionamiento corporal asociado a la vejez, varía ampliamente,

¹ <http://www.monografias.com/trabajos17/envejecimiento-saludable/envejecimiento-saludable.shtml#envej>.

llegando más temprano a unos que a otros. Algunas variables que parecen intervenir son: el sexo, las diferencias raciales, la herencia, la nutrición, la salud, diversos factores ambientales y condiciones históricas y socio-culturales. Se han planteado muchas teorías de la vejez, tanto a nivel biológico como psicológico; sin embargo, ninguna ha sido aceptada universalmente.

El envejecimiento como proceso fisiológico

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, en un individuo sano se produce como una disminución paulatina de las capacidades y funciones en el organismo donde cada vez hay menos capacidad para soportar el equilibrio homeostático. Es un proceso universal, individual, constante, irregular, asincrónico y deletéreo. Siendo la universalidad y la constancia dos de las características más importantes, pero el ritmo al que se produce puede ser muy diferente según la especie, el individuo y los factores ambientales.

El ambiente puede moderar los cambios que inevitablemente se producen y por condición genética se admite que el límite biológico está determinado para cada especie, para el hombre este es de 110 a 120 años, y a pesar de que aun la expectativa de vida en condiciones optimas no supera los 82 años, se observa una tendencia al aumento de la misma desde siglos pasados hasta la actualidad. Hay tres factores, Los genéticos, los ambientales y los relacionados con el estilo de vida, estrechamente unidos que pueden elevar la calidad de vida y aminorar el desarrollo de la senectud.

Se sabe que al menos 100 genes diferentes están involucrados en los cambios producidos y que el envejecimiento ocurre a todos los niveles biológicos de la materia, moleculares, celulares y organismales, por lo que este conjunto de alteraciones no pueden ser explicados por un único mecanismo.

Efectos externos del envejecimiento

Encanece el pelo

Aparecen las arrugas

Se cae el pelo

Se caen los dientes

Se produce un aumento de peso

Disminuye la estatura

Se pierden algunos sentidos

Efectos internos del envejecimiento

Disminuye la capacidad funcional

Degeneración y atrofia de los órganos

Aumenta el stress

Cambios relacionados con el envejecimiento

Disminución de las células parenquimatosas

Cambios intracelulares: Aumenta el glucógeno, los lípidos, los pigmentos como el hopo fucsina, se reducen las mitocondrias y disminuye la permeabilidad celular.

Cambios en el tejido conectivo: Disminuye la producción de Elastina, Se produce entrecruzamiento de las moléculas de colágeno y esclerosis de los vasos sanguíneos.

El equilibrio disminuye y la marcha se hace insegura y lenta.

Se producen cambios degenerativos articulares.

En el sistema cardiovascular: Aumenta la presión arterial, disminuye el gasto cardiaco, disminuye la capacidad de respuesta al stress.

En el sistema respiratorio: Disminuye la capacidad máxima, la capacidad de ventilación voluntaria máxima, el número y motilidad de los cilios (disminuye la eliminación de secreciones y aumentan los cuadros obstructivos crónicos).

En el sistema digestivo: Se altera la masticación por problemas dentales, disminuye la motilidad esofágica, aumenta el reflujo gastro – esofágico, disminuye la digestión y absorción de nutrientes, se enlentece el tránsito intestinal.

Cambios en los órganos de los sentidos: disminuye o se pierde la audición, disminuye o se pierde la capacidad de la visión, también disminuyen el gusto y el olfato.

En el sistema nervioso: Disminuye la capacidad de reacción, la coordinación, la velocidad de conducción nerviosa, el flujo sanguíneo, la memoria, la capacidad de atención, la de aprendizaje, la capacidad mental e intelectual.

La calidad de vida en el adulto mayor esta estrechamente relacionada con el grado de funcionalidad, es decir independencia física, psíquica y social del individuo. Se deben mantener metas, que generen ilusiones, se trata de agregar

más vida a los años. Llevar un estilo de vida que le permita vivir de forma libre independiente y satisfactoriamente.