



INSTITUTO MARILLAC, A.C.

INCORPORADO A LA UNAM

3033-12

TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD,
EN UN ADULTO MAYOR TRATADO EN
EL HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ".

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

BAEZ AGUILAR FERNANDA

BETANZOS LÓPEZ YAZMIN MARIANA

ASESOR:

PROFESORA E.E.C.V.CECILIA GRISEL MARTÍNEZ DÍAZ

México, D.F.

MARZO 2015



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.

Cuando eres viejo la gente piensa que eres incapaz y te limita, eso te vuelve un poco loco. Si te llegas a lastimar, te culpan por no estar quieto. Sólo queda mirar a esa gente.

La ventaja de ser viejo es tener la sabiduría, ser honesto contigo mismo, implica saber las limitaciones que la vejez te impone.

El reloj sigue avanzando...

Agradecimientos

Agradecemos a nuestra familia por su apoyo incondicional, su confianza y amor, por la calma que brindaron cuando no veíamos el final. Porque nada nos faltara durante nuestros estudios. Y sobre todo por la comprensión y entendimiento que implica nuestro esfuerzo, tiempo y gasto en este trabajo.

A la Profesora Cecilia Martínez por guiarnos desde un principio con nuestro trabajo, la motivación que nos brindaba y hacía adentrarnos en nuestro caso, por hacernos ver el arte de la enfermería, transformar una vida conforme a sus necesidades, por la emoción que nos causaba descubrir nuevas cosas del paciente en cuanto a su conducta y lo que condicionaba su estado de salud.

Al Doctor Manuel Estrada el cual admiramos por su amor y entrega a su profesión. Agradecemos por su disposición y tiempo de querer ayudar compartiendo sus conocimientos, tener paciencia ante las cosas testarudas, motivarnos cada vez que era pertinente, por los nervios que causaba al preguntarnos y guiarnos en una parte de nuestro trabajo, aunque solo son unas pocas cuartillas fueron de gran esfuerzo e importancia.

Índice

• Introducción.....	4
• Objetivo General	5
• Virginia Henderson.....	6
• Traumatismo Craneoencefálico	8
• Absceso cerebral.....	14
• Hipertensión Arterial.....	18
• Diabetes Mellitus.....	19
• Ficha de Identificación.....	20
• Historia Clínica.....	20
• Exploración Física.....	21
• Resumen de Enfermería.....	22
• Modelo AREA.....	23
• Niveles de Jerarquización.....	24
• Razonamiento Clínico.....	25
• Diagnósticos de Enfermería.....	26
○ Tendencia a adoptar conductas.....	27
○ Deterioro de la ventilación espontanea.....	33
○ Deterioro de la movilidad física.....	39
○ Trastorno del patrón del sueño.....	46
○ Trastorno de la imagen corporal.....	57
○ Deterioro generalizado del adulto.....	66
○ Riesgo de caídas.....	74
○ Riesgo del nivel de glicemia inestable.....	81
○ Riesgo de infección.....	84
○ Riesgo de la soledad.....	87
• Plan de Alta.....	91
• Conclusión.....	93
• Anexos.....	94
• Enfermería basada en evidencia.....	171
• Bibliografía.....	178

Introducción

El Proceso Atención Enfermería es el modelo en el cual se basa la práctica de la enfermería, solucionando problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas interpersonales dirigiéndose a cubrir necesidades del paciente.

A continuación se presenta el caso de un adulto mayor con un diagnóstico médico de absceso cerebral, en el Hospital General Dr. Manuel Gea González en el servicio de Cirugía General. Se brindaron cuidados holísticos de acuerdo a las 14 necesidades de la teórica Virginia Henderson.

Durante el desarrollo del trabajo, se detectó la urgente necesidad de mejorar sus hábitos de salud, debido a sus tendencias de conducta de riesgo. Se aplicó una carta de consentimiento firmada por el paciente para realizar el trabajo.

Se desarrolló sistemáticamente, la valoración, el diagnóstico y la planeación utilizando el modelo AREA (Análisis del resultado del Estado Actual) del Dr. Daniel J. Pesut que permite afirmar la evolución del PAE, centrándose en los diagnósticos prioritarios y jerarquizando los subsecuentes, dando con ello la elaboración de PLACES (Planes de Cuidados Enfermeros) que dieron mejoría a su estilo de vida.

Objetivo General

Brindar orientación sobre las conductas de riesgo a José Luis mediante un Plan de Cuidados Enfermeros que logre aplicar en su vida diaria, en un periodo de 15 días de estancia hospitalaria en el servicio de Cirugía General del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Virginia Henderson

Virginia nació en 1897 en Kansas. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporo los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto de enfermería.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como: “la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuye a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y es hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.”

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes 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 del paciente en la valoración de salud.
- 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, la siete necesidades primeras están relacionadas con la fisiología, de la 8° y 9° relacionadas con la seguridad, la 10° relacionada con la propia estima, la 11° relacionada con la pertenencia y desde 12° y 14° relacionada con la auto-actualización.

Las necesidades humanas básicas según Henderson son:

- 1° Respirar con normalidad.
- 2° Comer y beber adecuadamente.
- 3° Eliminar los desechos del organismo.
- 4° Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5° Descansar y dormir.
- 6° Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7° Mantener la temperatura corporal.
- 8° Mantener la higiene corporal.
- 9° Evitar los peligros del entorno.
- 10° Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11° Ejercer culto a dios acorde con la religión.
- 12° Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

13° Participar en todas formas de recreación y ocio.

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

Definición de Henderson de los cuatros conceptos básicos del metaparagdim de enfermería:

- **Persona:** individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales. La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional, siendo unidades corporal-físicas y mentales que está constituida por componentes, biológicas, sociológicas y espirituales.
Tanto el individuo sano como el enfermo anhelan 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.
- **Entorno:** Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo.
Incluye relaciones con la propia familia así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.
Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.
- **Salud:** estado de bienestar físico, mental y social. La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.
- **Enfermería:** la función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

Traumatismo craneoencefálico

Se considera TCE cuando hay una lesión física o deterioro en el contenido cefálico.

Anatomía

Cubiertas del encéfalo: cuero cabelludo, piel, tejido celular subcutáneo, gálea, pericráneo, cráneo, dura madre, aracnoides y piamadre.

El encéfalo consta de hipotálamo, hipófisis, tronco encefálico (protuberancia y bulbo raquídeo), cerebelo, glándula pineal, plexo coroides.

Centros nerviosos del cerebro; lóbulo frontal (área psico-motriz, movimiento de la escritura, centro de lenguaje), lóbulo parietal (área de la sensibilidad general, área sensitiva, centro de comprensión de las palabras escritas), lóbulo occipital (área psico-visual, área visual), lóbulo temporal (área auditiva, centro de la comprensión de las palabras habladas, área psico-auditiva)

El cráneo contiene tres estructuras principales: parénquima cerebral 80% líquido cefalorraquídeo 15%, sangre 5%.

Epidemiología

En México, el TCE es la tercera causa de muerte, (antes por los problemas cardiovasculares y el cáncer) que corresponde a muertes violentas y accidentes. Novena causa de muerte a nivel mundial 45- 69 años.

Para determinar el grado de severidad del TCE se utilizan principalmente tres mediciones:

- TCE leves: GCS 15-14
- TCE moderados: GCS 13-9
- TCE graves: GCS < 9

Otra categoría la integrarían los TCE leves potencialmente graves.

Tipo de lesión craneal

Lesiones penetrantes de cráneo

- Hundidas: La gravedad depende de la profundidad y sitio de lesión
- Expuestas al cráneo: Existe una exposición de la masa encefálica
- Heridas por proyectil de arma de fuego: lesiones graves, producida en forma directa, existe la generada por la velocidad del proyectil.

Lesiones cerradas focales

A. Cerebrales

Contusión cerebral: Consecuencia de la aceleración y desaceleración del cerebro dentro de la bóveda craneana, a consecuencia del traumatismo y es más grave en fractura de cráneo. Puede ser única o múltiple y la localización más frecuente es a nivel de lóbulo frontal y temporal.

Hemorragia parenquimatosa: La rotura de vasos sanguíneos cerebrales puede producir hemorragia intraparenquimatosa y puede coexistir con una contusión. En el lóbulo temporal anterior es riesgosa debido a que el uncus se puede herniar, aun cuando el aumento de la presión intracraneal no sea importante

Hematoma epidural: es la acumulación de sangre entre la tabla interna del cráneo y la duramadre, se presenta en 20% de los casos que cursan con hemorragia cerebral. En la mayoría es consecuencia de lesión de la arteria meníngica media , generalmente por fracturas que la laceran y rara vez resultado de un lago venoso p el seno dural. Se debe sospechar en pacientes con alteración del estado de alerta o de las pupilas.

Hematoma subdural: es la acumulación de sangre debajo de la duramadre y por encima de la aracnoides; es consecuencia de rotura de puentes venosos.

B. Óseas

Fracturas lineales: las fracturas de la bóveda craneana son frecuentes, aunque su presencia no indica que exista lesión en el cerebro y por contraparte su ausencia no descarta lesión grave al sistema nervioso central. Pueden orientar a la localización del daño cerebral y todo paciente con fractura de cráneo debe hospitalizarse para estudio y observación. Las fracturas lineales no hundidas no requieren de tratamiento específico.

Lesiones cerradas difusas

Conmoción cerebral: es la pérdida transitoria del estado de alerta, que sucede inmediatamente después de un traumatismo cerrado de cráneo, sin lesión demostrable del sistema nervioso central. La recuperación del estado de alerta sucede por lo general en segundos a minutos y con recuperación, aunque algunos pacientes pueden presentar cefalea, mareo, ansiedad, alteraciones de la memoria o el sueño que pueden persistir por algunas semanas.

Coma traumático prolongado: es aquel que dura mas de seis horas, es secundario a la lesión axonal difusa, la cual es la principal causa de coma prolongado postraumático y provoca hasta el 33% de las muertes en estos pacientes

Lesión neurológica

Primaria: se considera a la producida en el parénquima cerebral al momento del impacto (contusión, hemorragia, laceración, etc.). No es modificable y se le asocia con un 50% de las muertes producidas en el traumatismo craneoencefálico.

Secundaria: se refiere a las alteraciones tardías; sistémicas e intracraneales, atribuidas a la lesión traumática inicial y aumenta la mortalidad en un 24-53%.

Mecanismos de lesión

Mecanismo lesional primario: Es el responsable de las lesiones nerviosas y vasculares que aparecen inmediatamente después y hasta las 6-24 horas del impacto. Obedece a dos tipos distintos: estático y dinámico.

- A. Estático : lesiones focales
 - a. Hemorragia epidural
 - b. Hemorragia subdural
 - c. Hemorragia subaracnoidea
 - d. Contusión hemorrágica cerebral
 - e. Hematoma intraparenquimatoso cerebral
- B. Dinámico: lesiones difusas
 - a. Lesión axonal difusa

Mecanismo lesional secundario: Dependiente o no del impacto primario, se ponen en marcha una serie de alteraciones sistémicas e intracraneales que agravan o producen nuevas lesiones cerebrales. Entre las primeras, las de mayor repercusión serían las alteraciones hidroelectrolíticas (hipo e hipernatremia), hipotensión, hipoxemia, coagulopatías, infecciones y alteraciones gastrointestinales.

- a. Hiponatremia
- b. Hipernatremia
- c. Complicaciones respiratorias
- d. Hipotensión
- e. Hipertensión intracraneal
- f. Vasoespasmo cerebral
- g. Convulsiones
- h. Edema cerebral
- i. Coagulopatias
- j. Infecciones
- k. Complicaciones cardiovasculares
- l. Otro tipo de lesiones: lesiones penetrantes

La lesión puede ser

- a. Directa por fragmentos óseos o por proyectiles, lo que daña directamente al cerebro
- b. Por lesiones no penetrantes, pero que también puede resultar en una rotura de tejido cerebral por cizallamiento de axones y estructuras vasculares por rotura de puentes venosos

Fisiopatología

El volumen total del contenido intracraneal debe permanecer constante, en presencia de aumento de cualquiera de ellos por una lesión se incrementa la presión intracraneal (PIC límites normales <15mmHg).

Lo que primero sucede es el desplazamiento del líquido cefalorraquídeo (LCR) de la bóveda al espacio subaracnoideo, y posteriormente de sangre venosa a la circulación sistémica y compresión de tejido cerebral. Si continua con la presión intracraneal alta, seguirá la disminución del flujo sanguíneo cerebral y finalmente herniación cerebral. La redistribución del líquido cefalorraquídeo y sangre venosa puede tener poca repercusión, pero el flujo sanguíneo cerebral disminuido y la herniación resultan en isquemia cerebral y lesión.

33% de los pacientes con traumatismo grave de cráneo sufren compresiones intracraneales superiores a 20mmHg.

Es necesario mantener una buena presión de perfusión cerebral (PPC), para lo cual la presión arterial media (PAM puede ser un buen indicador de esta, cuando la presión venosa central o la presión intracraneal son normales o bajas.

Lesiones anatomopatológicas cerebrales

A. Focales

- a. Contusiones
- b. Avulsiones
- c. Hematomas
- d. Hemorragias
- e. Infartos

B. Difusas

- a. Lesión axonal difusa
- b. Daño cerebral hipóxico
- c. Edema cerebral difuso
- d. Hemorragia petequial múltiple
- e. Hemorragia subaracnoidea

Causas generalizadas

Se presentan después de un trauma y deben prevenirse o corregirse

- Hipoxemia, PO₂ <a 60mmHg
- Hipotensión < 90mmHg (sistólica)
- Anemia: hematocrito <30%
- Hiperglucemia
- Hipertermia

Herniación encefálica

Se presenta cuando la PIC sobre pasa el nivel de compensación fisiológica y física dando lugar a síndromes principales de herniación

Uncal

La más frecuente es la que se presenta en el uncus del lóbulo temporal. La lesión casi siempre es expansiva en el lóbulo temporal, compresión del tercer par craneal (oculomotor) dando origen a una pupila dilatada fija ipsilateral. Si la herniación persiste se presenta compresión de la vía piramidal ocasionando parálisis motora central lateral.

Trasentorial central

Se produce al protruir parénquima cerebral hacia la escotadura de la tienda del cerebelo, se comprimen en forma progresiva: diencéfalo, mesencéfalo, puente y bulbo raquídeo. La fenomenología va cambiando según la estructura comprometida, siguiendo el patrón clásico de progresión rostro-caudal.

Los signos más patognomónicos son la respuesta motora, las alteraciones pupilares y la pérdida de los reflejos propios de cada estructura.

Transitoria central

Menos común se presenta en las lesiones de los lóbulos frontal y occipital en la línea media o vértice. Pupilas mióticas bilaterales iniciales, pasa posteriormente dilatar hasta la mitad en forma fija, signos de babinsky bilateral, aumento de tono muscular, hiperventilación prolongada y postura de decorticación.

Cerebelo amígdala

Se presenta cuando las amígdalas emergen a través del orificio magno. Pupilas mióticas, parálisis flácida y muerte súbita.

Ascendente de la fosa anterior

Causada por lesión en la fosa posterior. Visión conjugada, ausencia de movimientos oculares verticales, miosis pupilar y muerte súbita.

Complicaciones

Daño o lesión al cerebro causada por fuerzas externas mecánicas. Caracterizado por alteración de la conciencia (amnesia o coma) con corto (minutos) o largo (meses, indefinido) tiempo de duración.

Trauma craneal con repercusión neurológica. Disminución de la conciencia, síntomas focales neurológicos, amnesia postraumática, laceraciones del cuero cabelludo, hundimientos, absceso cerebral.

Absceso Cerebral

Una infección localizada puede presentarse en el tejido cerebral (absceso cerebral), el espacio subdural (empiema subdural) o en el espacio extradural (absceso extradural).

Epidemiología

El *Staphylococcus aureus* está presente en el 10 a 15% de los AE, usualmente en los pacientes con trauma craneano o endocarditis infecciosa. Habitualmente son aislados como única bacteria del absceso cerebral.

Respuestas inmunes normales

El absceso cerebral suele ser bacteriano. Existen tres causas principales:

1. Diseminación de la infección desde el oído medio o desde los senos paranasales- la infección se extiende a partir del oído o de las apófisis mastoides al lóbulo temporal adyacente; o de los senos paranasales al lóbulo frontal
2. Traumatismo cráneo abierto o cirugía
3. Diseminación hematógena desde un sitio de una infección sistémica, en particular absceso pulmonar o endocarditis. Sin embargo cualquier fuente primaria de infección puede producir metástasis. Los pacientes con enfermedad cardíaca congénita cianótica o lesiones angiomasas pulmonares congénitas son especialmente susceptibles.

El tipo de microorganismo responsable depende de la fuente de la infección y se conocen muchos patógenos distintos; los más frecuentes son, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, otros estreptococos, cocos Gramnegativos y *Mycobacterium tuberculosis*.

En ocasiones hay más de un microorganismo causal y ocasionalmente se presentan abscesos micóticos o parasitarios no bacterianos.

Manifestaciones clínicas

- Inespecíficas especialmente en etapas tempranas:
- Infección (fiebre, toxemia)
- Elevación de la presión intracraneana (cefalea, alteración del estado mental, depresión de la conciencia, papiloedema)
- Crisis convulsivas
- Signos neurológicos focales(afasia, hemiparesia, parálisis de nervio craneano)

- Meningismo
- Confusión
- Depresión del estado de conciencia
- Déficit neurológico

La presencia de signos neurológicos focales, crisis convulsivas o elevación de la presión intracraneana (como papiloedema), en un paciente con fiebre o signos de infección es un fuerte indicio de absceso cerebral.

Los abscesos postraumáticos y los postquirúrgicos se producen generalmente por inoculación directa.

- En la primera, de 2 a 3 días de duración, se produce una zona isquémica y necrótica en el lugar de entrada del germen, con inflamación y desarrollo de un infiltrado leucocitario de células polimorfonucleares y redonda rodeada de edema de tipo vasogénico.
- En la segunda fase de 4 a 9 días de duración, se produce un aumento de la zona necrótica y pus que se rodea el infiltrado
- En la tercera fase, de 10 a 13 días de duración, se delimita la zona purulenta y aparece una neovascularización rodeando el proceso.
- En la cuarta fase, que se desarrolla a partir del día 14, el absceso se rodea de una cápsula gliótica.

Hallazgos neuropatológicos similares han sido observados en modelos experimentales anaeróbicos aunque la formación capsular no pudo ser dividida en estadio temprano y tardío porque existe un retraso en la encapsulación comparada al modelo estreptocócico

Fisiopatología de Staphylococcus aureus

S.aureus es una bacteria piógena conocida por su capacidad para inducir la formación de abscesos

Enfermedad invasiva para que se genere la infección invasiva por S.aureus, se requieren algunos o todos los pasos siguientes.

1. Colonización/inoculación. Las bacterias colonizan las superficies tisulares o se inoculan de manera directa dentro del tejido.
2. Invasión. Las bacterias se replican en el sitio de infección y producen enzimas que facilitan su supervivencia y diseminación local.
3. Evasión de los mecanismos de defensa. S.aureus tiene una microcápsula de polisacárido antifagocítica que facilita la evasión de las defensas del hospedador y participa en la formación de un absceso. Pueden sobrevivir

en estado latente en varios tejidos y luego causar infecciones recurrentes cuando las condiciones son propicias.

4. Diseminación metastásica *S. aureus* puede sobrevivir en, los polimorfonucleares (PMN) y usar a estas células para diseminarse y establecerse en otros tejidos

Síntomas

- Intensa cefalea progresiva
- Fiebre escalofríos
- Náuseas
- Vómitos
- Convulsiones
- Cambios en el estado mental
 - Confusión
 - Reducción de la capacidad de respuesta
 - Somnolencia
 - Coma eventual
 - Distracción
 - Irritabilidad
 - Procesos cognitivos lentos
- Disminución en los movimientos
- Disminución de la sensibilidad
- Disminución del habla (afasia)
- Dificultades con el lenguaje
- Pérdida de la coordinación
- Pérdida de la función muscular, particularmente en un lado
- Crisis epiléptica
- Rigidez en cuello
- Cambios en la visión
- Vómitos

Un síndrome infeccioso (50-65%)

Síndrome de hipertensión endocraneana (70-90%)

Crisis convulsivas (40-50%)

Un síndrome focal neurológico, en el que las manifestaciones más frecuentes son la afasia, los trastornos visuales y los trastornos de la marcha.

Complicaciones

- Daño cerebral
- Meningitis grave y potencialmente mortal
- Reaparición (recurrencia) de la infección
- Convulsiones

Hipertensión Arterial

	<p>LIMITACIONES: Falta de motivación y conocimiento sobre la hipertensión y sus complicaciones, Desconocimiento sobre régimen dietético, Desconocimiento de los fármacos que conforman su tratamiento antihipertensivo, Falta de conocimiento sobre modificaciones en su estilo de vida.</p>
	<p>CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA: Hipertrofia, hemiplejía, insuficiencia renal.</p>
	<p>COMPLICACIONES: Arteriosclerosis, Se denomina arteriosclerosis al endurecimiento de las paredes arteriales, especialmente en la aorta. La arteriosclerosis es la responsable de la hipertensión arterial sistólica que se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años. Asimismo, la arteriosclerosis es la responsable de la dilatación de las arterias que culmina con la formación de aneurisma en la aorta.</p>
	<p>Hipertensión arterial secundaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipertensión nefrógena ✓ Glomerulonefritis: Aguda, Crónica, Nefropatía diabética, Pielonefritis crónica ✓ Renovascular: Estenosis congénita de la arteria renal, Arteritis de Takayasu con afectación a las arterias renales, Obstrucción ateromatosa de arteria renal ✓ Endocrina: Hiperparatiroidismo, Síndrome de Cushing, Síndrome adrenogenital, Feocromocitoma, Aldosteronismo primario: adenoma suprarrenal, hiperplasia suprarrenal idiopática ✓ Embarazo: Preclamsia y Eclampsia
	<p>SIGNOS Y SÍNTOMAS: La mayoría asintomáticos. Los síntomas más frecuentemente reportados son: ansiedad, fatiga, cefalea y epistaxis. Los hallazgos en daño a órganos blanco son disminución de la tolerancia al ejercicio, fatiga y nicturia; pueden orientar a afección cardíaca y/o renal tempranas.</p>
	<p>FISIOPATOLOGIA La hipertensión arterial (HTA) se caracteriza básicamente por la existencia de una disfunción endotelial (DE), con ruptura del equilibrio entre los factores relajantes del vaso sanguíneo factor hiperpolarizante del endotelio.</p> <p>ETIOLOGIA La interacción entre variaciones genéticas y factores ambientales tales como el estrés, la dieta, la actividad física, contribuyen al desarrollo de la hipertensión arterial esencial</p> <p>Clasificación de HAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipertensión arterial sistémica esencial ✓ Hipertensión arterial sistémica secundaria
<p>DEFINICION DE LA PATOLOGIA: La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial > 140/90 mm/Hg (NOM-030-SSA2-1999). Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico.</p>	

Diabetes Mellitus	
	LIMITACIONES: Ansiedad, depresión ante la no aceptación de la enfermedad
	CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA: Amputación, ceguera, cambios en la cicatrización de la piel
	COMPLICACIONES: Macroangiopatía: Coronaria, cerebral, miembros inferiores. Microangiopatía: retinopatía, Nefropatía, Glaucoma neovascular. Metabólicas: neuropatía, catarata, lipotrofia, contractura tendinosa, queirotopatía, escleredema diabético. Mixtas: cardiopatía diabética, pie diabético, dermopatía diabética, necrobiosis lipoditica.
	SIGNOS Y SÍNTOMAS: Poliuria, Polidipsia, Visión borrosa recurrente, Paresias, Fatiga, Infecciones cutáneas, Prurito generalizado, Nicturia.
	FISIOPATOLOGIA: DMI no se produce porque las células beta han sido destruidas por un proceso autoinmune; origina deficiencia absoluta de insulina.
	DM2. Es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por: <ul style="list-style-type: none"> 1- Resistencia a la insulina. 2- Menor secreción de insulina.
	Dos aspectos principales: Resistencia insulínica, Alteración de la secreción de insulina. En las fases tempranas del trastorno, la tolerancia a la glucosa permanece normal, a pesar de la resistencia a la insulina, porque las células realizan la compensación aumentando la producción de insulina, A medida que progresa la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia compensadora, los islotes pancreáticos se tornan incapaces de mantener el estado de hiperinsulinismo, Cuando declina más la secreción de insulina y aumenta la producción de la glucosa por el hígado, aparece la diabetes manifiesta con hiperglucemias en ayunas.
ETIOLOGIA Diabetes tipo1 Destrucción de las células beta de los islotes, originan deficiencia absoluta de insulina. (95%) Enfermedades autoinmunitarias (5%).	
Diabetes tipo 2 Es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por: resistencia a la insulina, menor secreción de insulina.	
DEFINICION DE LA PATOLOGIA: La diabetes mellitus es una enfermedad que se caracteriza por hiperglucemia, secundaria a deficiencia de la acción o la cantidad de insulina, Puede causar alteraciones metabólicas agudas y trastornos crónicos, que deterioran la función y la estructura de diversos órganos.	

Ficha de identificación

Nombre: José Luis	Fecha de Nacimiento: 16.09.1953	Registro: 673712
Unidad de salud: Hospital General "Dr. Manuel Gea González"	Lugar de nacimiento: Uruguay	Lugar de Residencia: Distrito Federal
Género: Masculino	Edad: 60 años	Religión: Católica
Peso : 83.1 kg	Talla: 1.82 m	IMC: 25.08
Escolaridad: Licenciatura Arquitectura	Ocupación previa: Bienes Raíces	Estado civil: Unión Libre
Grupo sanguíneo: B	Factor Rh (+)	Alergias: Negadas

Historia clínica

Padecimiento Actual: absceso cerebral, episodios de cefalea, hemiparesia izquierda secundario a TAC.

Antecedentes Heredo Familiares: madre cáncer de mamá, padre cáncer próstata

Antecedentes Personales no Patológicos: Alimentación 3 veces al día, buena cantidad y no de buena calidad, baño y cambio de ropa diario, aseo dental 3 veces al día, consumo de bebidas alcohólicas 1 vez por semana, niega tabaquismo y consumo de drogas, caminata diaria durante 40 minutos. Habita en habitación rentada, cuenta con los servicios básicos (agua potable, luz, drenaje, gas), servicios públicos (pavimentación alumbrado público) habita solo, desconoce el hacinamiento, inmunizaciones completas (influenza, tétanos, neumococo).

Antecedentes Personales Patológicos: diabetes mellitus tipo 2 de hace 10 años controlado con hipoglucemiantes (glibenclamida 5mg y metformina 850 mg), hipertensión de hace 10 años arterial sistémica en tratamiento con captopril 25mg; traumatismo craneoencefálico severo, el 25 noviembre del 2013 (lesión renal a TCE) erradico, esguince cervical; cirugías: craneotomía descompresiva por hematoma subdural derecho, lesión renal, trasfusión sanguínea el 08-01.2014 Grupo sanguíneo B Factor Rh (+), alergia negadas.

Exploración física

Síntomas generales: Se encuentra tranquilo, alerta, orientado, reactivo gestos amables y actitud positiva, afebril.

Sistema respiratorio: Frecuencia respiratoria 22rx', después de la deambulaci3n presenta aleteo nasal, tiraje intercostal, disminuci3n de saturaci3n de O₂ 87%.

Sistema cardiovascular: Frecuencia cardiaca 86 lx', llenado capilar 2seg, despu3s de la deambulaci3n presenta disnea de esfuerzo grado III.

Sistema gastrointestinal o digestivo: tolerancia a los alimentos, buena peristalsis, no presenta estreñimiento.

Sistema genitourinario: eliminaci3n de orina de 50 ml/hr clara, inolora, no presenta incontinencia.

Sistema neurol3gico: Escala de coma de Glasgow 15, cefalea, tipo puls3til en regi3n parietal de lado derecho sin irradiaciones, con una escala de EVA 4/10, en ocasiones presenta mareos, problemas en la marcha, hemiparesia izquierda.

Cr3neo: Hundimiento por ausencia de hueso parietal derecho con herida quir3rgica sin presencia de secreciones con bordes adecuadamente afrontados, cuero cabelludo bien implantado con crecimiento de cabello.

Cara: Paresia cara inferior izquierda

Ojos: Buena simetría del arco periorbitario, pupilas isoc3ricas, normorefl3cticas, buena visi3n.

Nariz: Narinas permeables

Boca: Hidratada, ligera desviaci3n de la comisura por par3lisis de lado izquierdo.

Oído: Buena audici3n, pabellones auriculares sim3tricos.

T3rax: Normolineo con adecuados movimientos de amplexi3n y amplexaci3n, presencia de cat3ter central subclavio trilumen, no se encuentra ninguna anomalía, ruidos con murmullo vesicular conservado, sin presencia de estertores. Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, sin alteraci3n. En la inspecci3n posterior se observa la columna con buenos movimientos y sin deformaci3n.

Abdomen: Blando, depresible a la palpaci3n sin datos de dolor, con ruidos peristálticos presentes.

Genitourinaria: buena implantación de vello púbico, con presencia de prepucio, meato urinario y glande íntegro sin exudado ni dolor a la exploración.

Extremidades: superiores; buena coloración íntegras, sin lesión, presenta paresias en brazo izquierdo y fuerza 2/5. Axilas, manos y uñas higiénicas no reflejan ninguna alteración de nutrición. Articulaciones con buena movilidad, sin crépito ni dolor. Inferiores; simétricas de buena coloración sin cicatrices ni lesiones, de buen tono muscular, articulaciones sin crépitos, extremidad izquierda con paresias con fuerza de 2/5 y dificultad en la marcha, con buena irrigación sanguínea con un llenado capilar de 2_{seg} sin presencia de varices; uñas y planta de pies higiénicas sin lesión evidente.

Resumen enfermería

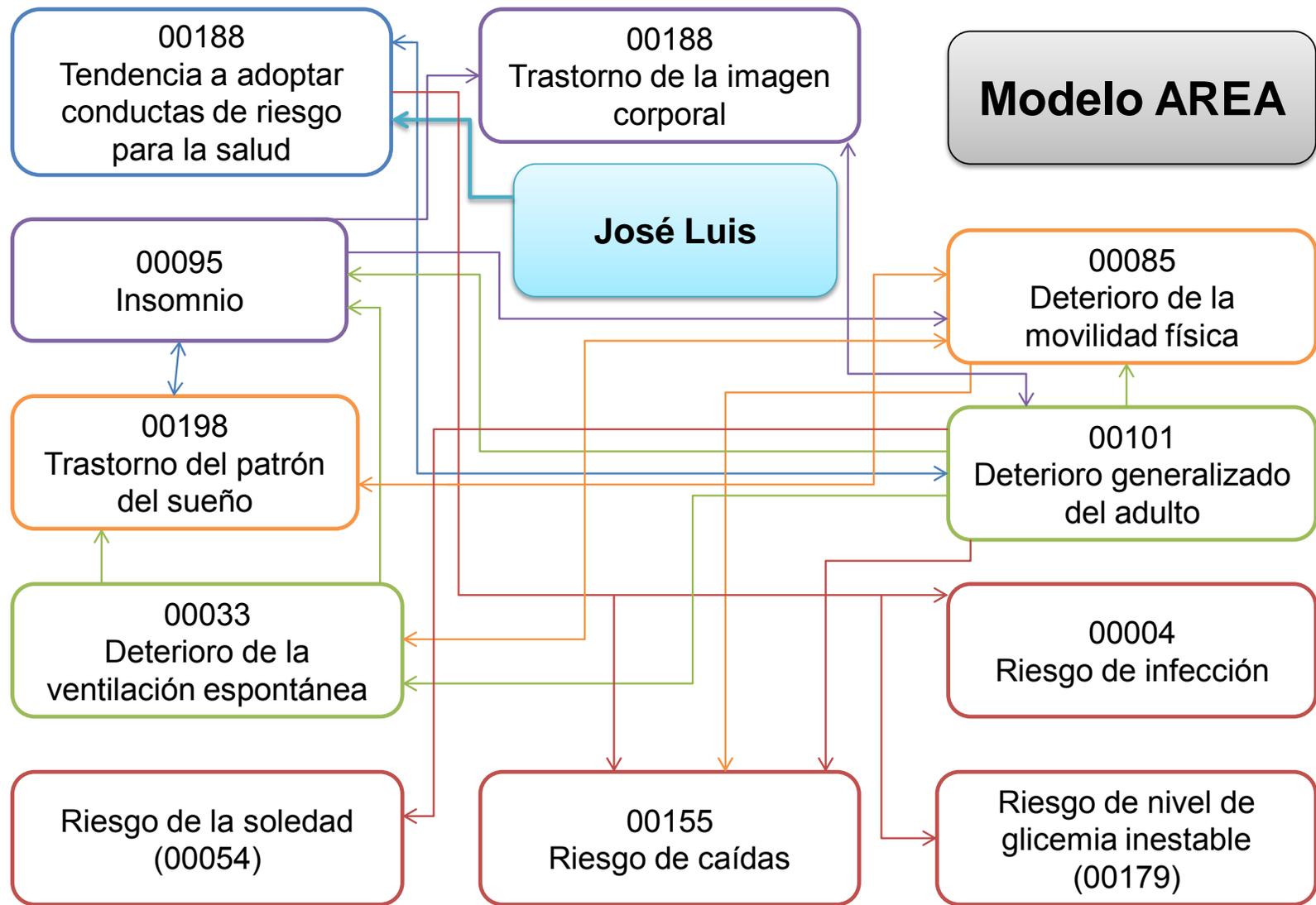
Siendo entrevistado José el día 16 de Enero del 2014, se encuentra orientado y cooperador, bajo múltiples factores ambientales, presenta trastorno del patrón del sueño e insomnio, ha reducido su participación en diferentes actividades diarias incluyendo las sociales las cuales llevan a una depresión al paciente.

Se mantiene en cama por la disminución de fuerza muscular y deterioro neuromuscular, ante cualquier actividad física presenta fatiga en el uso de músculos respiratorios provocando disnea de esfuerzo grado III y aleteo nasal.

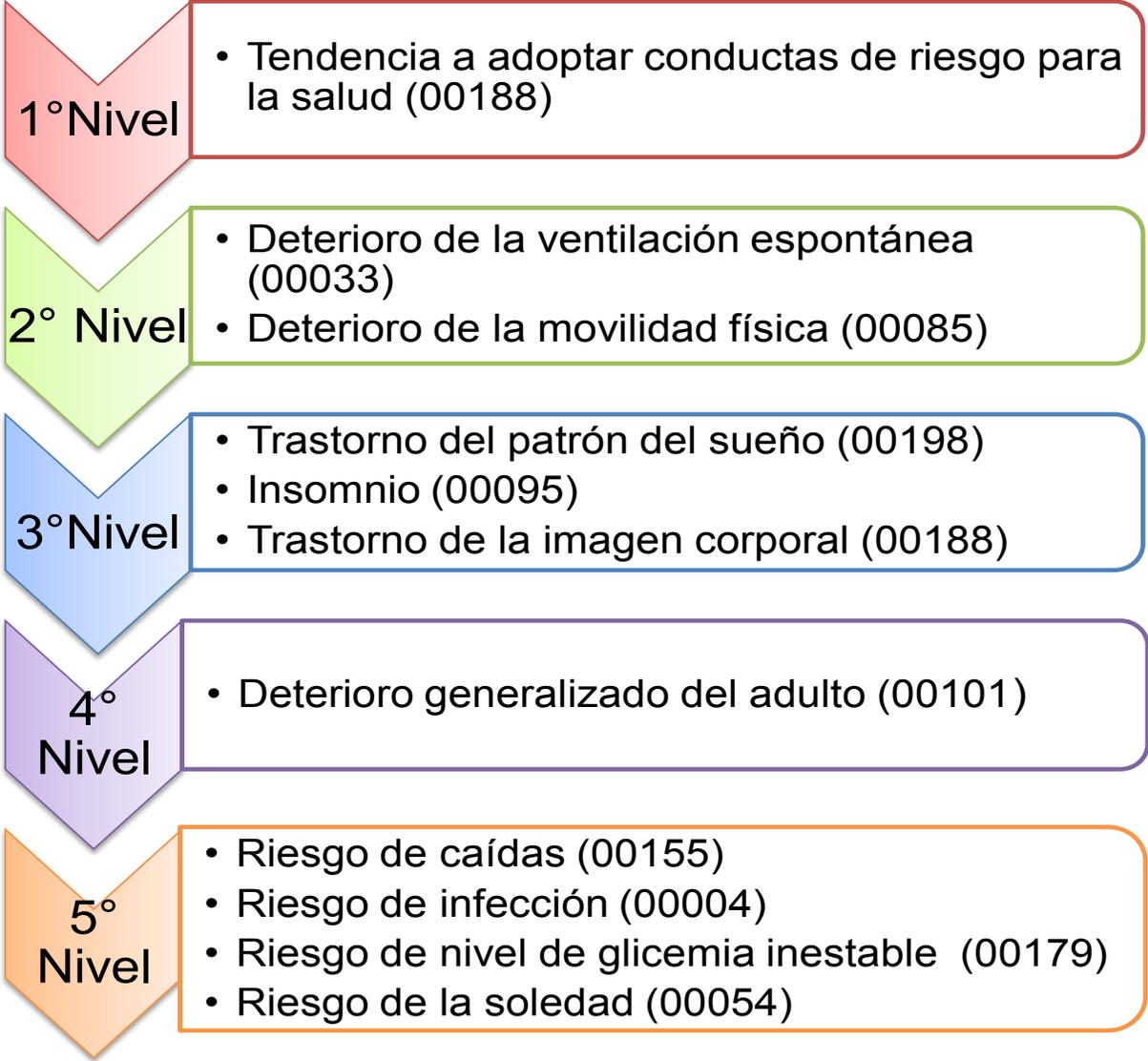
El paciente refiere falta de intimidad ante el mobiliario desconocido en su unidad.

Don José tiende a adoptar conductas de riesgo para su salud, con alteraciones en su alimentación, en sus visitas médicas, vigilancia de su herida quirúrgica.

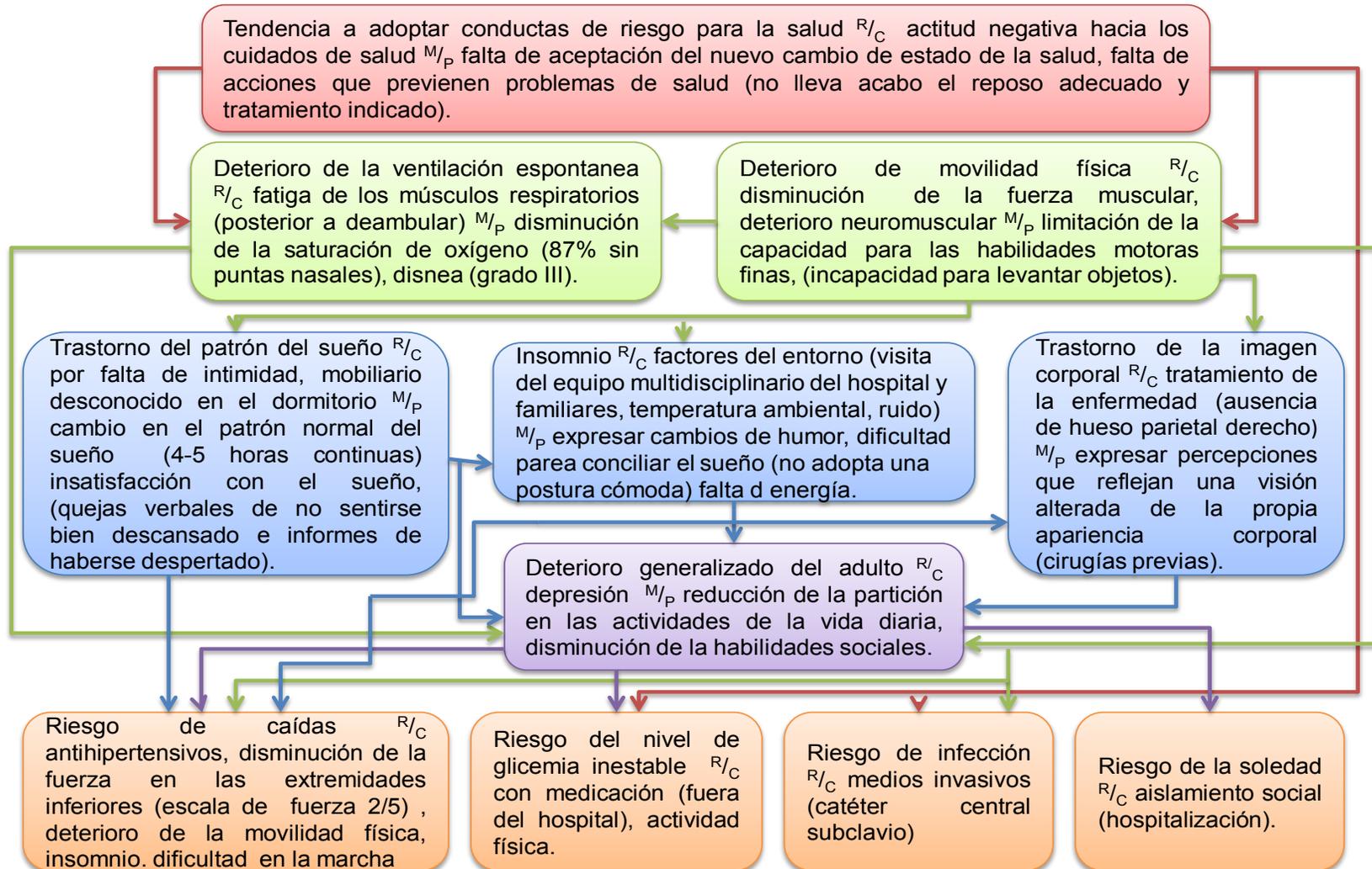
Se le brindaron los cuidados necesarios y se realizarán las intervenciones durante el periodo intrahospitalario a partir de dicha entrevista.



Niveles de jerarquización



Razonamiento clínico



Diagnósticos de Enfermería

Diagnósticos de Enfermería.	Clasificación de Resultados de Enfermería						
(00188) Tendencia. Adoptar conductas de riesgo para la salud ^{R/C} actitud negativa hacia los cuidados de salud. ^{M/P} falta de aceptación del nuevo cambio de estado de la salud, falta de acciones que previenen problemas de salud (no lleva acabo el reposo adecuado y tratamiento indicado).	NOC	Bienestar personal (2002)					
	Dominio	Salud percibida (V)	Clase	Salud y calidad de vida (U)			
	Indicadores			Mantener a:	10	Aumentar a:	20
				Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición:	
	200201	Realización de las actividades de la vida diaria	3	5	No del todo satisfecho: 1 Algo satisfecho: 2 Moderadamente satisfecho: 3 Muy satisfecho: 4 Completamente satisfecho: 5		
	200203	Interacción social	3	5			
	200209	Nivel de felicidad	2	4			
200212	Ejecución de roles usuales	1	3				
200214	Oportunidades para elegir cuidados de salud	1	3				
Dominio 1: Promoción a la salud.							
Clase 2: Gestión a la salud							
Definición: Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejore el estado de salud.							

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	200201	Realización de las actividades de la vida diaria	NOC	200203	Interacción social
NIC	4470	Ayuda en la modificación de sí mismo	NIC	4362	Modificación de la conducta: habilidades sociales
Definición	Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.		Definición	Ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.	
Campo	(3) Conductual	Clase (O)Terapia conductual.	Campo	(3) Conductual	Clase (O)Terapia conductual.
Actividades			Actividades		
<ul style="list-style-type: none"> - Valorar las razones del paciente para desear cambiar (conductas de riesgo). - Ayudar al paciente a identificar las conductas (de riesgo) con el objetivo que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada.⁷ - Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado (platicando con él, contextualizar la manera en que se desenvuelve). - Valorar el ambiente social y físico del paciente por el grado de apoyo de las conductas deseadas (cubículo de 4 personas). - Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta (ideas que no asimila su vejez).^{3,2} - Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta. - Ayudar al paciente a identificar la frecuencia con la que 			<ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas intersociales (expresa que no siempre están disponibles sus amigos).²⁴ - Ayudar al paciente a identificar tipos posibles de acción y sus consecuencias sociales/ interpersonales. - Identificar la habilidad social específica que continuarán el centro del ejercicio del desarrollo de la misma. - Proporcionar modelos que muestren las etapas de conducta dentro del contexto de las situaciones que tengan sentido para el paciente. - Educar a los seres importantes para el paciente (amigos cercanos a él), sobre el propósito y proceso del ejercicio de las habilidades sociales. - Animar al paciente / seres queridos (amigos) a que valoren los resultados esperados de la interacción social establezcan recompensas para los resultados positivos y 		

<p>se producen las conductas específicas (desarrollando su día cotidiano).</p> <ul style="list-style-type: none">- Animar al paciente a elegir una afirmación que sea lo suficientemente significativa como para mantener la conducta.- Ayudar al paciente a formular un plan sistemático del cambio de conducta.⁷- Instruir al paciente en la manera de pensar de un fortalecimiento continuo a un fortalecimiento intermitente.⁸- Ayudar al paciente a evaluar el progreso mediante la comparación de registros de la conducta previa con la conducta actual.- Ayudar al paciente a identificar las circunstancias o situaciones en las que se produce la conducta (señales desencadenantes, cuando se habla de familia).¹¹- Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños.	<p>solucionen los problemas como resultados menos deseables.</p>
--	--

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	200209	Nivel de felicidad		NOC	200212	Ejecución de roles usuales	
NIC	5330	Control del Humor		NIC	4480	Facilitar la autorresponsabilidad	
Definición	Proporcionar seguridad estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico.			Definición	Animar a un paciente a que asuma la más responsabilidad de su propia conducta.		
Campo	(3) Conductual	Clase	(R) Ayuda para ser frente a situaciones difíciles.	Campo	(3) Conductual	Clase	(O)Terapia conductual.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el humor (signos, síntomas, historia personal inicialmente) sobre un patrón estándar regular como progreso del tratamiento. - Determinar si el paciente presenta riesgos para sí mismo y de los demás.(conductas que no midan el peligro) - Remitir al paciente para la evaluación y/ o tratamiento de cualquier enfermedad subyacente que pueda contribuir a un humor alterado (absceso cerebral, diabetes, hipertensión).⁶ - Ayudar con los autocuidados si es necesario o lo solicita. - Vigilar estado físico del paciente (hidratado, buena coloración). 				<ul style="list-style-type: none"> - Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud. - Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente. - Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción (con movimientos finos).^{18.5} - Discutir las consecuencias de no asumir la responsabilidades propias (no poder estar en un solo lugar). - Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad 			

<ul style="list-style-type: none">- Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente.- Ayudar al que paciente asuma una mayor responsabilidad den los autocuidados a medida que pueda hacerlo.- Vigilar la función cognitiva (capacidad de concentración, atención, memoria, habilidad para procesar información y toma de decisiones).⁸- Enseñar al paciente habilidades para tomar decisiones.- Animar al paciente a tomar decisiones más complejas según sea capaz.- Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes en el humor disfuncional.- Limitar el tiempo que se permite el paciente para expresar los sentimientos y/o asuntos negativos de errores pasados.- Instruir al paciente y a seres queridos (amigos) acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos al cuidador.- Enseñar al paciente evitar infecciones (volver a reingresar por un mal habito).²⁶	<ul style="list-style-type: none">de sus propios autocuidados como sea posible.- Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir la responsabilidad.- Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una respuesta adicional y/o un cambio de conducta.⁵
---	--

Clasificación de Intervenciones de Enfermería			
NOC	200214	Oportunidades para elegir cuidados de salud	
NIC	5390	Potenciación de la conciencia de sí mismo	
Definición	Ayudar a un paciente que explore y comprenda si sus pensamientos, sentimientos y motivaciones y conductas.		
Campo	(3) Conductual	Clase	(R) Ayuda para ser frente a situaciones difíciles.
Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a discutir sus pensamientos y sentimientos. - Ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único.³ - Ayudar al paciente a identificar los valores que contribuyen al concepto de sí mismo. - Compartir observaciones o pensamientos sobre la conducta o respuesta del paciente. - Facilitar la identificación de sus formas de respuesta habitual a diversas situaciones por parte del paciente ayudar al paciente a identificar las prioridades en la vida.⁴ - Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene la enfermedad sobre el concepto de sí mismo.⁶ - Hacer observaciones sobre el estado emocional actual del paciente. - Ayudar al paciente a aceptar su dependencia de otros (a menudo procura estar con sus amigos).²⁵ - Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten su ansiedad ¹¹ - Explorar con el paciente la necesidad de control. - Ayudar al paciente a identificar los atributos positivos de sí mismo. - Ayudar al paciente a identificar habilidades y estilos de aprendizaje. - Ayudar al paciente a reexaminar las perspectivas negativas que tiene de sí mismo. - Ayudar al paciente a identificar la fuente de motivación.²⁴ 			

Diagnósticos de Enfermería.	Clasificación de Resultados de Enfermería						
(00033) Deterioro de la ventilación espontánea ^{R/C} fatiga de los músculos respiratorios (posterior a deambular) ^{M/P} disminución de la saturación de oxígeno (87% sin puntas nasales), disnea (grado III).	NOC	Estado respiratorio (0415)					
	Dominio	Salud fisiológica (II)	Clase	Cardiopulmonar (E)			
	Indicadores		Mantener a:	11	Aumentar a:	16	
			Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición:		
	041501	Frecuencia respiratoria (26 r x´)	3	4	Desviación grave del rango normal: 1		
	041502	Ritmo respiratorio	2	4			Desviación sustancial del rango normal: 2
041503	Profundidad de la inspiración	2	3				
Dominio 4: actividad /reposo	041508	Saturación de oxígeno	4	5	Desviación moderada del rango normal: 3		
Clase 4: respuestas cardiovasculares/ pulmonares					Desviación leve del rango normal: 4		
Definición: disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida.					Sin desviación del rango normal :5		

Diagnósticos de Enfermería.	Clasificación de Resultados de Enfermería					
(00033) Deterioro de la ventilación espontánea ^{R/C} fatiga de los músculos respiratorios (posterior a deambular) ^{M/P} disminución de la saturación de oxígeno (87% sin puntas nasales), disnea (grado III). ^{17.1}	NOC	Estado respiratorio (0415)				
	Dominio	Salud fisiológica (II)	Clase	Cardiopulmonar (E)		
	Indicadores		Mantener a:	13	Aumentar a:	18
			Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición:	
	041512	Respiración con labios fruncidos	3	5	Grave:1	
	041515	Disnea de pequeños esfuerzos	2	4	Sustancial:2	
	041516	Inquietud	3	5	Moderado:3	
Dominio 4: actividad /reposo				Leve: 4		
Clase 4: respuestas cardiovasculares/ pulmonares				Ninguno: 5		
Definición: disminución de las reservas de energía que provoca la incapacidad para mantener la respiración independiente adecuada para el mantenimiento de la vida.						

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	041501	Frecuencia respiratoria (26 r x´)		NOC	041502	Ritmo respiratorio	
NIC	3390	Ayuda a la ventilación		NIC	3350	Monitorización respiratoria	
Definición	Estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que aumente el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono.			Definición	Reunión y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gas adecuado.		
Campo	(2) Fisiológico: complejo	Clase	(K) control respiratorio.	Campo	(2) Fisiológico: complejo	Clase	(K) control respiratorio.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Mantener vía aérea permeable. - Colocar al paciente de forma que alivie la disnea. - Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama y colocar una mesa encima de la cama en la que pueda apoyarse el paciente). - Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos - Iniciar y mantener suplemento de oxígeno (si no se eleva la SaO₂) - Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación. ^{16.1} 				<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. - Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares. - Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico). - Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. - Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran. 			

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	041503	Profundidad de la inspiración		NOC	041508	Saturación de oxígeno	
NIC	3140	Manejo de las vías aéreas		NIC	3320	Oxigenoterapia	
Definición	Asegurar la permeabilidad de la vía aérea			Definición	Administración de oxígeno y control de su eficacia.		
Campo	(2) Fisiológico: complejo	Clase	(K) control respiratorio.	Campo	(2) Fisiológico: complejo	Clase	(K) control respiratorio.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Abrir la vía aérea (elevación de barbilla). - Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. - Fomentar respiración lenta y profunda, giros y tos. - Auscultar sonidos respiratorios, observando las aéreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. - Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de líquidos. - Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación. 				<ul style="list-style-type: none"> - Mantener permeabilidad de las vías aéreas (con una posición adecuada) - Administrar oxígeno suplementario por puntas nasales. - Vigilar el flujo de litros de oxígeno (3Lx´) - Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (oxímetro) - Asegurar la recolocación de las puntas nasales. - Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno. (presenta ansiedad al inicio de la ministración de oxígeno suplementario). 			

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	041512	Respiración con labios fruncidos		NOC	041515	Disnea de pequeños esfuerzos	
NIC	3390	Ayuda a la ventilación		NIC	3390	Ayuda a la ventilación	
Definición	Estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que aumente el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.			Definición	Estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que aumente el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.		
Campo	(2) Fisiológico: complejo	Clase	(K) control respiratorio.	Campo	(2) Fisiológico: complejo	Clase	(K) control respiratorio.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar técnicas de respiración de labios fruncidos. - Enseñar técnicas de respiración. - Iniciar un programa de entrenamiento de fortalecimiento y/o resistencia de músculos respiratorios. - Deambular de tres a cuatro veces por día.^{16.1.3} - Administrar medicación adecuada contra el dolor para evitar hipoventilación. 				<ul style="list-style-type: none"> - Mantener una vía aérea permeable. - Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/perfusión. - Observar si hay fatiga muscular respiratoria. - Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama). - Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. 			

Clasificación de Intervenciones de Enfermería			
NOC	041516	Inquietud	
NIC	5820	Disminución de la ansiedad	
Definición	Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.		
Campo	(3) Conductual	Clase	(T) Fomento de la comodidad psicológica.
Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar un entorno sereno que de seguridad. - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.^{11.1} 			

Diagnósticos de Enfermería.	Clasificación de Resultados de Enfermería					
(00085) Deterioro de movilidad física ^{R/C} disminución de la fuerza muscular, deterioro neuromuscular ^{M/P} limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas, (incapacidad para levantar objetos)	NOC	Estado neurológico: función sensitiva/ motora medular (0914)				
	Dominio	Salud fisiológica (II)	Clase	Neurocognitiva (J)		
	Indicadores		Mantener a:	6	Aumentar a:	8
			Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición:	
	091403	Reflejos tendinosos profundos (en una escala 2/5)	3	4	Gravemente comprometido: 1 Sustancialmente comprometido:2 Moderadamente comprometido:3 Levemente comprometido: 4 No comprometido:5	
	091405	Fuerza del movimiento de la extremidad (escala de fuerza 3/5) ¹⁹	3	4		
Dominio 4: Actividad/ Reposo.						
Clase 2: Actividad/ Ejercicio						
Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.						

Diagnósticos de Enfermería.	Clasificación de Resultados de Enfermería					
(00085) Deterioro de movilidad física ^{R/C} disminución de la fuerza muscular, deterioro neuromuscular ^{M/P} limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas, (incapacidad para levantar objetos)	NOC	Movilidad (0208)				
	Dominio	Salud funcional (I)	Clase	Movilidad (C)		
	Indicadores		Mantener a:	9	Aumentar a:	13
			Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición:	
	020809	Coordinación	3	4	Escala de medición: Gravemente comprometido: 1 Sustancialmente comprometido:2 Moderadamente comprometido:3 Levemente comprometido: 4 No comprometido:5	
	020810	Marcha	3	5		
Dominio 4: Actividad/ Reposo.	020814	Se mueve con facilidad	3	4		
Clase 2: Actividad/ Ejercicio						
Definición: Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.						

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	091403	Reflejos tendinosos profundos (en una escala 2/5)		NOC	091403	Reflejos tendinosos profundos (en una escala 2/5)	
NIC	0224	Terapia de ejercicios: movilidad articular		NIC	0226	Terapia de ejercicios: control muscular	
Definición	Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.			Definición	Utilización de protocolos de actividades de ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento o restablecer el movimiento controlado del cuerpo.		
Campo	Fisiológico básico (1)	Clase	(A) Control de actividad y ejercicio.	Campo	Fisiológico básico (1)	Clase	(A) Control de actividad y ejercicio.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función. - Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. - Explicar al paciente el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones.(mejorar la marcha) - Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad. - Proporcionar al alta instrucciones escritas sobre los ejercicios.(dando facilidad para que los realice cuando se 				<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar funciones sensoriales (visión, audición y propiocepción) - Disponer privacidad para el paciente durante el ejercicio si lo desea - Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios. - Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/ actividad. - Ayudar a mantener la estabilidad del tronco y/o 			

<p>encuentre solo)</p> <ul style="list-style-type: none">- Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular.	<p>articulación proximal durante la actividad motora.</p> <ul style="list-style-type: none">- Aplicar tablillas para conseguir la estabilidad de las articulaciones proximales implicadas en las actividades motoras finas según prescripción.- Reorientar al paciente sobre las funciones de movimiento del cuerpo.- Enseñar al paciente a explorar visualmente el lado afectado del cuerpo al realizar las actividades de la vida diaria o los ejercicios- Ayudar al paciente a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad.- Utilizar estímulos táctiles (y/o golpecitos con los dedos) para minimizar el espasmo muscular.
--	--

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	091405	Fuerza del movimiento de la extremidad (escala de fuerza 3/5)		NOC	020809	Coordinación	
NIC	0202	Fomentos de ejercicios: Extensión.		NIC	0222	Terapia de ejercicios: equilibrio.	
Definición	Facilitar ejercicios sistemáticos de extensión muscular lenta y mantenimiento con posterior relajación con el fin de preparar los músculos y articulaciones para ejercicios más vigorosos o para aumentar o mantener la flexibilidad corporal.			Definición	Utilización de actividades, posturas y movimientos específicos para mantener, potenciar o restablecer el equilibrio.		
Campo	Fisiológico básico (1)	Clase	(A) control de la actividad y ejercicio.	Campo	Fisiológico básico (1)	Clase	(A) control de la actividad y ejercicio.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a explorar las propias ideas, motivación y nivel de la forma física neuromusculoesquelética del paciente.¹³ - Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios coherente con la edad, estado físico, metas, motivación y estilo de vida.²³ - Enseñar a extender lentamente el músculo manteniendo la extensión durante el tiempo especificado y posterior relajar lentamente los músculos extendidos. - Enseñar a evitar movimientos rápidos, de fuerza o de 				<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar las funciones sensoriales (visión, oído, propiocepción).¹³ - Proporcionar la oportunidad de discutir sobre los factores que influyen en el miedo de caerse. - Facilitar un ambiente seguro para la práctica de ejercicios. - Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón, barra de andar etc.) como apoyo del paciente al realizar los ejercicios. 			

<p>rebote para impedir la estimulación excesiva del reflejo miostático o el dolor muscular excesivo.</p> <ul style="list-style-type: none">- Proporcionar instrucciones ilustradas, escritas, que puedan llevar a casa.- Realizar demostraciones de los ejercicios.- Controlar la tolerancia al ejercicio (presencia de síntomas tales como falta de aire, pulso rápido, palidez, mareos y dolor o inflamación muscular) durante el mismo acto.- Volver a evaluar el plan si persisten los síntomas de poca tolerancia al ejercicio después del cese del mismo.	<ul style="list-style-type: none">- Ayudar al paciente a moverse hasta la posición de sentado, estabilizar el tronco con los brazos colocados al lado de la cama, y balancear el tronco apoyándose en los brazos.^{20.1}- Animar al paciente a mantener una base de apoyo amplia.
--	--

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	020810	Marcha		NOC	020814	Se mueve con facilidad	
NIC	0221	Terapia de ejercicios: ambulación.		NIC	0200	Fomento del ejercicio	
Definición	Estímulo y asistencia en la deambulación para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.			Definición	Facilitar regularmente la realización de ejercicio físico con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.		
Campo	Fisiológico básico (1)	Clase	(A) control de actividad y posición.	Campo	Fisiológico básico (1)	Clase	(A) Control de actividad y posición.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Vestir al paciente con prendas cómodas. - aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones. - Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales. - Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda. - Ayudar al paciente con la deambulación inicial. - Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal. - Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas con la deambulación. - Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad 				<ul style="list-style-type: none"> - Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud. - Determinar la motivación del individuo para empezar. - Fomentar la manifestación oral de sentimiento acerca de los ejercicios o la necesidad de los mismos. - Ayudar al individuo 			

Diagnósticos de Enfermería.	Clasificación de Resultados de Enfermería					
(00198)Trastorno del patrón del sueño ^{R/C} por falta de intimidad, mobiliario desconocido en el dormitorio ^{M/P} cambio en el patrón normal del sueño (4-5 horas continuas) insatisfacción con el sueño, (quejas verbales de no sentirse bien descansado e informes de haberse despertado).	NOC	Sueño (0004)				
	Dominio	Salud funcional (I)	Clase	Mantenimiento de la energía (A)		
	Indicadores		Mantener a:	5	Aumentar a:	9
			Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición:	
	000403	Calidad de sueño	3	5	Gravemente comprometido: 1	
000419	Temperatura de la habitación confortable	2	4	Sustancialmente comprometido:2		
Dominio 4: Actividad/ Reposo.				Moderadamente comprometido:3		
Clase 1: Sueño/ Reposo.				Levemente comprometido:4		
Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.				No comprometido:5		

Diagnósticos de Enfermería.	Clasificación de Resultados de Enfermería					
(00198)Trastorno del patrón del sueño ^{R/C} por falta de intimidad, mobiliario desconocido en el dormitorio ^{M/P} cambio en el patrón normal del sueño (4-5 horas continuas) insatisfacción con el sueño, (quejas verbales de no sentirse bien descansado e informes de haberse despertado).	NOC	Sueño (0004)				
	Dominio	Salud funcional (I)	Clase	Mantenimiento de la energía (A)		
	Indicadores		Mantener a:	7	Aumentar a:	12
			Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición:	
	000421	Dificultad para conciliar el sueño	2	4	Grave:1 Sustancial:2 Moderado :3 Leve :4 Ninguno:5	
	000406	Sueño interrumpido	1	3		
000409	Siesta inapropiada	4	5			
Dominio 4: Actividad/ Reposo.						
Clase 1: Sueño/ Reposo.						
Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.						

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	000403	Calidad del sueño		NOC	000419	Temperatura de la habitación confortable	
NIC	1850	Mejorar el sueño		NIC	6482	Manejo ambiental :confort	
Definición	Facilitar ciclos regulares de sueño / vigilancia			Definición	Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad optima		
Campo	(1) Fisiológico básico	Clase	(F) Facilitación de los autocuidados.	Campo	(1)Fisiológico básico	Clase	(E) fomento a la comodidad física.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el esquema de sueño/ vigilancia del paciente.⁹ - Incluir el ciclo regular del sueño/ vigilancia del paciente en la planificación de cuidados.^{9.1} - Observar registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. - Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño vías aéreas obstruidas, dolor / molestias y frecuencia urinaria) y /o psicológicas (ansiedad que interrumpen el sueño).^{9.3} - Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, cama) para favorecer el sueño. 				<ul style="list-style-type: none"> - Tener en cuenta la ubicación de los pacientes en habitaciones múltiples camas (compañeros de habitación con preocupaciones ambientales similares cuando sea posible) - Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. - Crear un ambiente tranquilo y de apoyo. - Proporcionar un ambiente limpio y seguro. - Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, ropa de cama arrugada, factores ambientales irritantes(bombas de infusión, luz) - Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda 			

<ul style="list-style-type: none">- Eliminar situaciones estresantes.- Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.^{10.2}- Llevar a cabo medidas agradables(masajes, contacto afectuoso)	<ul style="list-style-type: none">para la persona (colocando sábanas y mantas cuando tenga frío).- Evitar exposiciones innecesarias corrientes de aire.- Facilitar mediadas de higiene para mantener la comodidad de la persona.- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizar principios de colocación corporal, apoyo con almohadas)- Vigilar la piel para evitar puntos de presión
--	---

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	000421	Dificultad para conciliar el sueño		NOC	000406	Sueño interrumpido ^{9.3}	
NIC	4400	Musicoterapia ²¹		NIC	6480	Manejo ambiental	
Definición	Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico (dificultad para conciliar el sueño)			Definición	Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos interés social y bienestar psicológico.		
Campo	Conductual (3)	Clase	(O) Terapia conductual.	Campo	Seguridad (4)	Clase	(V) control de riesgos.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar preferencias musicales, informar al individuo de la experiencia musical. - Ayudar al individuo a adoptar una posición cómoda. - Evitar dejar la música durante largos periodos. - Limitar estímulos extraños luces, sonidos, visitas durante las experiencias de escuchar. 				<ul style="list-style-type: none"> - Crear un ambiente seguro para el paciente - Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta. - Colocar los objetos de uso frecuente cerca del paciente. - Proporcionar ropa de cama y vestido en buen estado. - Arreglar con esmero la ropa de cama y todo el material que este a la vista del paciente. - Controlar iluminación para conseguir beneficios terapéuticos. 			

Clasificación de Intervenciones de Enfermería			
NOC	000409	Siesta inapropiada	
NIC	6040	Terapia der relajación simple	
Definición	Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con el objeto de disminuir signos y síntomas indeseables como dolor tensión muscular ansiedad.		
Campo	Conductual (3)	Clase	(T) fomento de la comodidad psicológica.
Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (musicoterapia, meditación, respiración rítmica). - Determinar si alguna terapia de relajación a resultado útil en el pasado. - Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida (musicoterapia y respiración rítmica) - Adoptar una postura cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados. 			

Diagnósticos de Enfermería.	Clasificación de Resultados de Enfermería					
(00095) Insomnio ^{R/C} factores del entorno (visita del equipo multidisciplinario del hospital y familiares, temperatura ambiental, ruido) ^{M/P} expresar cambios de humor, dificultad para conciliar el sueño (no adopta una postura cómoda) falta de energía. ¹⁰	NOC	Descanso (0003)				
	Dominio	Salud funcional (1)	Clase	Mantenimiento de la energía (A)		
	Indicadores		Mantener a:	10	Aumentar a:	17
			Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición:	
	000303	Calidad de descanso	2	4	Gravemente comprometido: 1 Sustancialmente comprometido:2 Moderadamente comprometido:3 Levemente comprometido:4 No comprometido:5	
	000304	Descansado físicamente	2	4		
	000308	Descansado emocionalmente	3	4		
	000309	Energía recuperada después del descanso	3	5		
Dominio 4: Actividad/ Reposo.						
Clase 1: Sueño/ Reposo.						
Definición: Trastornos de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.						

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	000303	Calidad de descanso		NOC	000304	Descansado físicamente	
NIC	1460	Relajación muscular progresiva		NIC	0180	Manejo de la energía	
Definición	Facilitar la atención y relajación de grupos de músculos sucesivos mientras atiende a las diferencias de sensibilidad resultantes.			Definición	Regulación del uso de la energía para tratar o evitar a energía y mejorar las funciones.		
Campo	Fisiológico básico (1)	Clase	(E) fomento de la comodidad física.	Campo	Fisiológico: básico (1)	Clase	(A) Control de la actividad y ejercicio..
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Elegir un ambiente tranquilo y cómodo (cerrar cortinas) - Disminuir la iluminación - Tomar precauciones para evitar interrupciones (se le informa al personal que se trabajará con el paciente) - Fomentar cambios de posición (se le da asesoría de las diferentes posturas para que adopte la más cómoda). - Observar si hay aumento fragilidad capilar, hipertensión y algunos estados en los que la tensión muscular podría producir lesión psicológica y modificar la técnica (se le toma la presión pre y pos relajación la cual mantiene por lo regular 120/80 – 125/80). - Enseñar al paciente ejercicios de relajación con la mandíbula 				<ul style="list-style-type: none"> - Determinar los déficits en el estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo. (estilo de vida) - Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones (comenta que se siente más si no sale a pasear o bien ver a sus amigos) - Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos emergenticos adecuados. - Observar al paciente por si aparecen incidios de exceso de fatiga física y emocional. - Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia y disnea, diaforesis, ligera palidez) - Observar el número de horas de sueño del paciente (4- 			

<ul style="list-style-type: none"> - Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están tensas y relajados (al principio muestra distracción) - Observar si hay indicios de no relajación, con movimientos, respiración intranquila, hablar y toser (al mostrar la distracción comienza hablar y realizar movimientos lo cual se le pide que respire tranquilamente) - Ordenar al paciente que respire profundamente y expulse el aire lentamente y con ella la tensión. - Desarrollar una conversación de relajación personal que ayude al paciente a centrarse y sentirse cómodo - Dar tiempo para que el paciente exprese sus sentimientos acerca de la intervención. 	<p>5horas continuas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento o actividad (presenta molestia de hemiplejia) - Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognoscitiva y el autocontrol/ regulación de la actividad. - Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía. - Ayudar al paciente a establecer metas realistas de actividades dentro y fuera de la institución (mantener la respiración constante, aprender y realizar ejercicios constantemente).^{10.2} - Ayudar al paciente a limitar el sueño proporcionando actividades que fomente el estar despierto de forma plena.(lectura de libros, realización de crucigramas, ejercicios mentales)
--	--

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	000308	Descansado emocionalmente		NOC	000309	Energía recuperada después del descanso	
NIC	5320	Humor		NIC	5820	Disminuir ansiedad ^{11.3}	
Definición	Facilitar que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que es divertido, gracioso o absurdo al efecto de establecer relaciones, aliviar tensiones, y ver sentimientos de ira, facilitar enseñanza o enfrentarse a sentimientos dolorosos.			Definición	Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.		
Campo	Conductual (3)	Clase	(R) Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.	Campo	Conductual (3)	Clase	(T) fomento de la comunidad psicológica.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar los tipos de humor apreciados por el paciente. - Determinar la respuesta típica del paciente al humor (risas y sonrisas) ²² - Discutir las ventajas de la risa con el paciente. - Determinar una hora donde el paciente es más receptivo (16:000-18:00hrs) - Mostrar una actitud apreciativa sobre el humor y responder de manera positiva a los intentos humorísticos del paciente. 				<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar un entorno sereno que le de seguridad - Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente. - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. (tener que comportarse de acuerdo a su edad) - Administrar masajes en la espalda y cuello. - Escuchar con atención. - Reforzar el comportamiento. (responsable) 			

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">- Crear un ambiente que facilite la confianza.- Animar la manifestación de sentimientos percepciones y miedos.(a tomar decisiones de cambio de estilo de vida)- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.- Realizar actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. (mantener la estabilidad)- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina (el autocuidado en casa)- Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.- Instruir al paciente sobre técnicas de relajación.- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. |
|--|---|

Diagnósticos de Enfermería.	Clasificación de Resultados de Enfermería					
(00118) Trastorno de la imagen corporal ^{R/C} tratamiento de la enfermedad (ausencia de hueso parietal derecho) ^{M/P} expresar percepciones que reflejan una visión alterada de la propia apariencia corporal (cirugías previas).	NOC	Aceptación. Estado de salud (1300)				
	Dominio	Salud psicosocial (3)	Clase	Salud psicosocial (3)		
	Indicadores		Mantener a:	24	Aumentar a:	41
			Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición:	
	130007	Expresa sentimientos sobre su estado de salud	3	4	Nunca demostrado:1	
	130008	Reconocimiento de la realidad de la situación de salud	3	5	Raramente demostrado:2	
	130010	Superación de la situación de salud	2	4	A veces demostrado: 3	
	130011	Toma de decisiones relacionadas con la salud	3	5	Frecuentemente demostrado : 4	
	130014	Realización de tareas de cuidados personales	3	5	Siempre demostrado: 5	
	130016	Mantiene las relaciones	4	5		
Dominio 6: Autopercepción	130017	Se adapta al cambio en el estado de salud	2	4		
Clase 3 : imagen Corporal	130018	Muestra resistencia	2	4		
Definición: Confusión en la imagen mental del yo físico.	130019	Clarificación de prioridades vitales	2	5		

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	130007	Expresa sentimientos sobre su estado de salud		NOC	130008	Reconocimiento de la realidad de la situación de salud	
NIC	5270	Apoyo emocional		NIC	5220	Potenciación de la imagen corporal	
Definición	Proporcionar seguridad aceptación y ánimo en tiempos de tensión.			Definición	Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.		
Campo	Conductual (3)	Clase	(R) Ayuda para ser frente a situaciones difíciles.	Campo	Conductual (3)	Clase	(R) Ayuda para ser frente a situaciones difíciles.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones. - Tener contacto con el paciente para proporcionar confianza. - Ayudar a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. - Animar al paciente a expresar los sentimientos de ansiedad. 				<ul style="list-style-type: none"> - Determinar si el disgusto percibido por ciertas características percibidas crea parálisis disfuncional social - Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la cirugía - Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento - Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los 			

<ul style="list-style-type: none">- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.- No exigir demasiado del funcionamiento con el paciente.	<p>sentimientos de valía personal</p> <ul style="list-style-type: none">- Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por el envejecimiento si procede ^{3.1}- Ayudar al paciente a discutir los factores estresantes que afectan la imagen corporal debido a su cirugía- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto
--	---

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	130010	Superación de la situación de salud		NOC	130011	Toma de decisiones relacionadas con la salud ⁸	
NIC	4470	Ayuda en la modificación de sí mismo		NIC	5250	Apoyo en la toma de decisiones.	
Definición	Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes			Definición	Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.		
Campo	Conductual (3)	Clase	(O)Terapia conductual	Campo	Conductual (3)	Clase	(R) Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado. - Valorar el ambiente social y físico del paciente por el grado de apoyo de las conductas deseadas - Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta. - Ayudar al paciente a formular un plan sistemático del cambio de conducta. - Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños. 				<ul style="list-style-type: none"> - Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y el punto de vista las enfermeras sobre la condición del paciente. - Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que puedan ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. - Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo. - Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa. 			

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.- Ayudar que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas.- Servir de enlace entre el paciente, amigos y profesionales de salud. |
|--|--|

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	130014	Realización de tareas de cuidados personales		NOC	130016	Mantiene las relaciones	
NIC	1800	Ayuda al autocuidado		NIC	4350	Manejo de la conducta	
Definición	Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.			Definición	Ayudar al paciente a controlar el comportamiento negativo		
Campo	Fisiológico básico (1)	Clase	(F) Facilitación de los autocuidados.	Campo	Conductual (3)	Clase	(O)Terapia conductual.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidados. - Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidados. (60 años) - Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes. - Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.(realización de la escala de Nottingham)⁶ - Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de la dependencia. - Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. 				<ul style="list-style-type: none"> - Hacer que el paciente se sienta responsable de su comportamiento - Consultar con los amigos para establecer la base cognitiva del paciente - Establecer hábitos (horas establecidas de higiene personal, horarios de medicamentos, actividades calendarizadas) ²⁷ - Aumentar la actividad física (caminatas, posteriormente refiere "gusto por correr") - Hablar en voz baja y en un tono suave - Evitar discusiones con el paciente - Ignorar las conductas inadecuadas 			

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	130017	Se adapta al cambio de estado de salud		NOC	130018	Muestra resistencia	
NIC	5230	Aumentar el afrontamiento		NIC	4420	Acuerdo con el paciente	
Definición	Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieren en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.			Definición	Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico.		
Campo	Conductual (3)	Clase	(R) Ayuda para ser frente a situaciones difíciles.	Campo	Conductual (3)	Clase	(O) Terapia conductual.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. - Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel. - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. - Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación. - Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. - Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. 				<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar. (exceso de salidas sociales) - Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados. - Al ayudar al paciente a identificar las metas, evitar centrarse en el diagnóstico o proceso de enfermedad únicamente. - Ayudar a establecer objetivos realistas, que se puedan conseguir. - Establecer objetivos en términos positivos. (enfocando en las cosas positivas que conllevan a su salud) - Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos. - Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir con 			

<ul style="list-style-type: none">- Reconocer la experiencia espiritual / cultural del paciente- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.- Fomentar la identificación de valores vitales específicos.- Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.- Valorar las necesidades de deseo de apoyo social. (miedo a estar solo)- Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño. (disminuir las actividades sociales)- Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.	los objetivos.
--	----------------

Clasificación de Intervenciones de Enfermería			
NOC	130019	Clarificación de prioridades vitales	
NIC	5250	Apoyo en la toma de decisiones	
Definición	Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.		
Campo	Conductual (3)	Clase	(R) Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.
Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que puedan ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. - Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo. - Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa. - Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso. - Obtener el consentimiento adecuado cuando se requiera. - Facilitar la toma de decisiones en colaboración. - Respetar el derecho del paciente a recibir o no información. - Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas. 			

Diagnósticos de Enfermería.	Clasificación de Resultados de Enfermería					
(00101) Deterioro generalizado del adulto ^{R/C} depresión ^{M/P} reducción de la participación en las actividades de la vida diaria, disminución de las habilidades sociales.	NOC	Desarrollo: adulto mayor (0121)				
	Dominio	Salud funcional (I)	Clase	Crecimiento y desarrollo (B)		
	Indicadores		Mantener a:	23	Aumentar a:	35
			Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición:	
	012103	Muestra una actitud realista sobre las capacidades	2	4	Nunca demostrado:1	
	012109	Mantiene interés por la vida	4	5	Raramente demostrado:2	
	012119	Desarrolla nuevos intereses	2	4		
	012123	Se adapta a cambio en los planes de vida	2	4	A veces demostrado: 3	
	012130	Desafía los estereotipos de la discriminación por la razón de edad	2	4	Frecuentemente demostrado : 4	
	012131	Deriva la ayuda a creencias religiosas o espirituales	4	5	Siempre demostrado: 5	
012134	Reconoce los valores personales	4	5			
012137	Admite opiniones de otros	3	4			
Dominio 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés.						
Clase 2: respuestas al afrontamiento.						
Definición: deterioro funcional progresivo de la naturaleza física y cognitiva. Notable disminución de la capacidad de la persona para vivir con enfermedades multisistémicas, afrontados problemas subsiguientes y manejar sus propios cuidados.						

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	012103	Muestra una actitud realista sobre las capacidades.		NOC	012109	Mantiene interés por la vida	
NIC	5220	Potenciación de la imagen corporal		NIC	6400	Apoyo emocional	
Definición	Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.			Definición	Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.		
Campo	Conductual (3)	Clase	(R)Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.	Campo	Conductual (3)	Clase	(R)Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo. - Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o la cirugía. - Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento. - Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por el envejecimiento. - Enseñar al paciente los cambios normales del cuerpo asociados a los diversos estadios del envejecimiento. 				<ul style="list-style-type: none"> - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. - Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo. - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. - Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuestas habituales a los miedos. 			

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	012119	Desarrolla nuevos intereses		NOC	012123	Se adapta a cambio en los planes de vida	
NIC	4310	Terapia de actividad		NIC	5230	Aumentar el afrontamiento	
Definición	Prescripción de y asistencia en actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo.			Definición	Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana		
Campo	Conductual (3)	Clase	(O) Terapia conductual.	Campo	Conductual (3)	Clase	(R) Ayuda para hacer frente a las situaciones difíciles.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el compromiso del paciente con el aumento de frecuencia y/o gama de actividades (se ve interesado en realizar más caminatas, juegos de acertijos y ejercicios mentales, lectura) - Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. - Ayudar a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada ayudarle a programar períodos específicos de actividad de diversión en la rutina diaria. - Enseñar al paciente el papel de la actividad física, social, 				<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal (cauda de craneotomía) - Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel (control de salidas sociales) - Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación (decir convincente la mejoría que le llevará el cambio) - Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. - Alentar la aceptación de las limitaciones de los demás. - Reconocer la experiencia espiritual y cultural del 			

<p>espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud.</p> <ul style="list-style-type: none">- Disponer de una actividad motora que alivie la tensión muscular.- Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual de la actividad.	<p>paciente.</p> <ul style="list-style-type: none">- Indagar las razones del paciente para su autocrítica.- Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas en los demás.- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.- Valorar las necesidades /deseos del paciente de apoyo social.- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar si estilo de vida o su papel necesario en ella.- Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.
--	---

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	012130	Desafía los estereotipos de la discriminación por la razón de edad		NOC	012131	Deriva la ayuda a creencias religiosas o espirituales	
NIC	6404	Apoyo en la protección contra abusos: ancianos ^{25.2}		NIC	5420	Apoyo espiritual	
Definición	Identificación del alto riesgo en las relaciones dependientes del anciano y acciones para evitar posibles daños físicos, sexuales o emocionales; abandono de las necesidades vitales básicas, o la explotación.			Definición	Ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias.		
Campo	Seguridad (4)	Clase	(V) Control de riesgos.	Campo	Conductual (3)	Clase	(R) Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar si el paciente mayor dispone de una red de apoyo social funcional para asistir al paciente, realizar las actividades de la vida diaria y obtener cuidados sanitarios, transporte, terapia, medicinas, información de recursos comunitarios, asesoramiento financiero y ayuda con los problemas personales. ^{25.1} - Observar si se repiten las visitas a clínicas, urgencias o consultas del médico por lesiones “accidentales”, inadecuado seguimiento de cuidados sanitarios, vigilancia 				<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía. - Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionan fuerza y apoyo espiritual. (muestra resistencia) - Tratar al individuo con dignidad y respeto fomentar la participación en grupos de apoyo. - Compartir la propia perspectiva espiritual - Estar abierto a las expresiones del individuo de 			

<p>inadecuada o inadecuada adaptación al ambiente.</p> <ul style="list-style-type: none">- Determinar el conocimiento y capacidad del paciente para cumplir con las necesidades de cuidado de seguridad del paciente y proporcionar enseñanza adecuada.- Promover una máxima independencia y autocuidado mediante estrategias de enseñanza innovadoras y el uso de repeticiones, práctica, refuerzo y ritmo de aprendizaje.- Ayudar a restablecer una completa gama de actividades de la vida diaria, según sea posible.- Proporcionar referencias para que los pacientes acudan a profesionales de los servicios sociales y de asesoramiento.	<p>soledad e impotencia.</p> <ul style="list-style-type: none">-Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo.-Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte.
---	---

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	012134	Reconoce los valores personales		NOC	012137	Admite opiniones de otros	
NIC	5480	Clarificación de valores		NIC	5540	Potenciación de la disposición del aprendizaje	
Definición	Ayuda a una persona a clarificar sus valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones efectivas.			Definición	Mejorar la capacidad y disposición de recibir información		
Campo	Conductual (3)	Clase	(R) Ayudar para hacer frente a situaciones difíciles	Campo	Conductual (3)	Clase	(S) educación de los pacientes.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Crear una atmósfera de aceptación, sin juicios. - Utilizar cuestiones adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante. - Ayudar al paciente a priorizar los valores. - Planear cuestiones reflexivas, clarificadoras, que den al paciente algo en que pensar. - Animar al paciente a hacer una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto. 				<ul style="list-style-type: none"> -Potenciar el estado hemodinámico del paciente para facilitar la oxigenación cerebral (ajuste de posición) -Disminuir el nivel de fatiga del paciente - Aumentar la orientación en la realidad por parte del paciente. -Vigilar el estado emocional del paciente -Ayudar al paciente a enfrentarse a las emociones intensas(ansiedad) -Fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes. -Ayudar al paciente a desarrollar confianza en su capacidad. 			

- Explicar cómo las experiencias pasadas desagradables para la salud del paciente difieren de la situación actual.
- Ayudar al paciente a darse cuenta de la gravedad de su enfermedad (reingreso por descuido)
- Ayudar al paciente a darse cuenta de la susceptibilidad a las complicaciones.
- Ayudar al paciente a darse cuenta de la capacidad de controlar la progresión de la enfermedad.
- Ayudar al paciente a darse cuenta de la situación actual que difiere de la situación de estrés pasada.
- Ayudar al paciente a ver acciones alternativas que impliquen menos riesgo para su estilo de vida.

Diagnósticos de Enfermería.	Clasificación de Resultados de Enfermería						
(00155) Riesgo de caídas ^{R/C} antihipertensivos (descontrol en la toma de medicamentos por estancia hospitalaria), disminución de la fuerza en las extremidades inferiores (escala de fuerza 2/5), deterioro de la movilidad física, insomnio. dificultad en la marcha	NOC	Resistencia					
	Dominio	Salud funcional (I)	Clase	Mantenimiento de la energía (A)			
	Indicadores			Mantener a:	5	Aumentar a:	8
				Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición:	
	000106	Resistencia muscular	2	4	Gravemente comprometido:1		
Dominio 11: Seguridad/ Protección. Clase 2: Lesión Física	000112	Concentración sanguínea de oxígeno	3	4	Sustancialmente comprometido:2		
Definición: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico					Moderadamente comprometido:3 Levemente comprometido:4 No comprometido: 5		

Diagnósticos de Enfermería.	Clasificación de Resultados de Enfermería						
(00155) Riesgo de caídas ^{R/C} antihipertensivos (descontrol en la toma de medicamentos por estancia hospitalaria), disminución de la fuerza en las extremidades inferiores (escala de fuerza 2/5), deterioro de la movilidad física, insomnio. dificultad en la marcha	NOC	Movimiento coordinado					
	Dominio	Salud funcional (I)	Clase	Movimiento (C)			
	Indicadores		Mantener a:	10	Aumentar a:	20	
			Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición:		
	021203	Rapidez del movimiento	2	4	Gravemente comprometido:1		
	Dominio 11: Seguridad/ Protección.	021205	Control del movimiento	2	4	Sustancialmente comprometido:2	
	Clase 2: Lesión Física	021207	Movimiento equilibrado	2	4	Moderadamente comprometido:3	
	Definición: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico	021210	Movimiento en tiempo deseado	2	4	Levemente comprometido:4	
021212		Movimiento con la precisión deseada	2	4	No comprometido: 5		

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	000106	Resistencia muscular		NOC	000112	Concentración sanguínea de oxígeno	
NIC	0226	Terapia de ejercicios: control muscular		NIC	3390	Ayuda a la ventilación	
Definición	Utilización de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo.			Definición	Estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que aumente el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.		
Campo	Fisiológico: Básico. (1)	Clase	A) Control de actividad y ejercicio.	Campo	Fisiológico: complejo(2)	Clase	(K) Control respiratorio.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.^{18.6} - Colaborar con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y de recreación en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. - Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo al paciente. - Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/actividad. - Ayudar a mantener la estabilidad del tronco y/o articulación proximal durante la actividad motora. - Reforzar las instrucciones dadas al paciente respecto a la 				<ul style="list-style-type: none"> - Colocar al paciente de forma que alivie la disnea - Fomentar una respiración lenta y profunda, tos. - Observar si hay fatiga muscular respiratoria. - Deambular de tres a cuatro veces por día. - Enseñar técnicas de respiración de labios fruncidos. 			

forma correcta de realizar los ejercicios para minimizar la aparición de lesiones y maximizar su eficacia.	
--	--

Clasificación de Intervenciones de Enfermería								
NOC	021203	Rapidez del movimiento			NOC	021205	Control del movimiento	
NIC	6490	Prevención de caídas			NIC	6655	Vigilancia: seguridad	
Definición	Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.				Definición	Revisión objetiva y continuada y análisis de la información acerca del paciente y del ambiente para utilizarla en la promoción y mantenimiento de la seguridad.		
Campo	Seguridad(4)	Clase	(V) Control de riesgos		Campo	Seguridad (4)	Clase	(V) Control de riesgo.
Actividades				Actividades				
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar el déficit cognoscitivo o físico del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. - Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.²⁰ - Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandales). - Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la 				<ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay alteraciones de la función física o cognoscitiva del paciente que puedan conducir a una conducta insegura.^{18.5} - Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad. - Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los 				

<p>deambulaci3n.</p> <ul style="list-style-type: none">- Pedir al paciente su percepci3n de equilibrio, segun proceda.- Compartir con el paciente observaciones sobre el paso y el movimiento.- Ayudar al paciente adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar- Ayudar a la deambulaci3n de la persona inestable- Proporcionar dispositivos de ayuda (tripie) para conseguir una deambulaci3n estable.- Mantener los dispositivos de ayuda en un buen estado de su uso.- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse.- Enseñar al paciente como caer para minimizar el riesgo de lesiones.- Sugerir un calzado seguro.- Colocar seņales que alerten al personal del que el paciente tiene alto riesgo de caıda.	<p>peligros presentes en el ambiente.</p> <ul style="list-style-type: none">- Proporcionar el nivel adecuado de supervisi3n para vigilar al paciente y permitir las acciones terap3uticas.- Poner en marcha y mantener el estado de precauci3n para el paciente con alto riesgo de exposici3n a los peligros especıficos del ambiente de cuidados.
---	---

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	021207	Movimiento equilibrado		NOC	021210	Movimiento en tiempo deseado	
NIC	0222	Terapia de ejercicios: equilibrio		NIC	0140	Fomentar los mecanismos corporales	
Definición	Utilización de actividades, posturas y movimientos específicos para mantener, potenciar o restablecer el equilibrio.			Definición	Facilitar el uso de posiciones y movimientos en las actividades diarias para evitar la fatiga y la tensión o las lesiones músculo-esqueléticas.		
Campo	Fisiológico: básico (1)	Clase	Es control de actividad y ejercicio.	Campo	Fisiológico básico(1)	Clase	(A) Es control de actividad y ejercicio.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio. - Evaluar las funciones sensoriales (visión, oído y propiocepción). - Proporcionar la oportunidad de discutir sobre los factores que incluyen el miedo a caerse. - Instruir al paciente sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y la mejora de equilibrio. - Ayudar con programas de estiramiento de tobillos y caminar. - Ayudar a ponerse de pie (o sentarse) y balancear el cuerpo de lado a lado para estimular los mecanismos del equilibrio. - Vigilar la respuesta del paciente a los ejercicios de equilibrio. 				<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas. - Determinar la comprensión del paciente acerca de la mecánica y ejercicios corporales (demostración de técnicas correctas mientras se realizan actividades/ejercicios). - Instruir al paciente acerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la posición óptima en el movimiento y uso del cuerpo. - Instruir al paciente sobre la necesidad de corregir posturas para evitar fatigas, tensiones o lesiones. - Proporcionar información sobre causas posibles de dolor muscular o articular relacionadas con la posición. 			

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	021212	Movimiento con la precisión deseada	
NIC	4410	Establecimiento de objetivos comunes	
Definición	Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos.		
Campo	Conductual (3)	Clase	(0) Terapia conductual.
Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema. - Animar al paciente a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse. - Establecer los objetivos en términos positivos. - Explorar con el paciente distintas formas para conseguir los mejores objetivos. - Ayudar al paciente a fijar límites temporales y realistas. 			

Diagnósticos de Enfermería.	Clasificación de Resultados de Enfermería					
(00179) Riesgo del nivel de glicemia inestable ^R / _C con medicación (fuera del hospital), actividad física.	NOC	Conducta de cumplimiento: medicación prescrita (1613)				
	Dominio	Conducta y conocimiento de salud (IV)	Clase	Conducta de salud (Q)		
	Indicadores		Mantener a:	16	Aumentar a:	25
			Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición:	
Dominio 2: Nutrición	162304	Toma toda la medicación a los intervalos prescritos	3	5	Nunca demostrado:1	
Clase 4: Metabolismo	162305	Toma la dosis correcta	4	5	Raramente demostrado:2	
	162306	Modifica la dosis según las instrucciones	3	5	A veces demostrado:3	
Definición: Riesgo de variación de los niveles normales de glucosa/ azúcar en sangre, que pueden comprometer la salud.	162307	Toma la medicación con o sin alimentos, según la prescripción	3	5	Frecuentemente demostrado:4	
	162318	Guarda la medicación adecuadamente	3	5	Siempre demostrado:5	

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	162304	Toma toda la medicación a los intervalos prescritos		NOC	162305	Toma la dosis correcta	
NIC	5616	Enseñanza: medicamentos prescritos		NIC	2395	Control de la medicación	
Definición	Preparación de una paciente para tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.			Definición	Comparación de las medicaciones que el paciente toma en casa con el ingreso, traslado y/o alta para asegurar la exactitud y la seguridad del paciente.		
Campo	Fisiológico: Complejo(2)	Clase	(H) Control de fármacos.	Campo	Fisiológico: Complejo(2)	Clase	(H) Control de fármacos.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos - Informar al paciente del nombre genérico como del comercial de cada medicamento - Informar al paciente acerca del propósito de cada medicamento. - Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento. - Instruir al paciente acerca de la administración. - Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. - Instruir al paciente sobre los posibles efectos adversos. - Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos. - Recomendar al paciente llevar una documentación del régimen de medicación prescrita. 				<ul style="list-style-type: none"> - Comparar la lista de medicamentos con las indicaciones y la historia clínica para asegurar que la lista es exacta y completa. - Documentar el nombre, dosis, frecuencia y vía de administración en la lista de medicaciones. - Controlar las medicaciones en todos los puntos de transición, como ingreso, traslado y alta. - Enseñar al paciente a tener un papel activo en el manejo de la medicación. 			

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	162306	Modifica la dosis según las instrucciones		NOC	162307	Toma la medicación con o sin alimentos, según la prescripción	
NIC	2380	Manejo de la medicación		NIC	2395	Control de la medicación	
Definición	Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.			Definición	Comparación de las medicaciones que el paciente toma en casa con el ingreso, traslado y/o alta para asegurar la exactitud y la seguridad del paciente.		
Campo	Fisiológico: Complejo (2)	Clase	(H) Control de fármacos.	Campo	Fisiológico: Complejo (2)	Clase	(H) Control de fármacos.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o protocolo. - Revisar periódicamente con el paciente los tipos y dosis de medicamentos tomados. - Controlar el cumplimiento del régimen de medicación. - Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito. - Proporcionar al paciente información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos. - Proporcionar alternativas para la sincronización y modalidad de la autoadministración de medicamentos con el propósito de minimizar los efectos en el estilo de vida del paciente. 				<ul style="list-style-type: none"> - Obtener una historia farmacológica completa examinando los viales o la lista de medicaciones, comprobándola con el paciente. - Determinar cuándo se tomó la medicación por última vez. - Controlar los medicamentos con los cambios del estado del paciente o con los cambios de medicación. - Enseñar al paciente a mantener una lista de medicación actualizada y conciliarla con el médico en cada visita. 			

Diagnósticos de Enfermería.	Clasificación de Resultados de Enfermería					
(00004)Riesgo de infección R/C medios invasivos (catéter central subclavio)	NOC	Control de riesgo: proceso infeccioso (1924)				
	Dominio	Conocimiento y conducta de salud (IV)	Clase	Control de riesgo y seguridad (T)		
	Indicadores		Mantener a:	15	Aumentar a:	20
			Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición:	
Dominio 11: Seguridad /Protección	192401	Reconoce el riesgo personal de infección	4	5	Nunca demostrado:1	
Clase: Infección	192404	Identifica el riesgo de infección en situaciones diarias	4	5	Raramente demostrado:2	
Definición: Riesgo de ser invadido por organismos patógenos.	192408	Controla conductas personales para evitar los factores asociados al riesgo de infección	4	5	A veces demostrado:3	
	192415	Practica lavado de manos	3	5	Frecuentemente demostrado:4 Siempre demostrado:5	

Clasificación de Intervenciones de Enfermería								
NOC	192401	Reconoce el riesgo personal de infección			NOC	192404	Identifica el riesgo de infección en situaciones diarias	
NIC	6550	Protección contra las infecciones			NIC	5606	Enseñanza: individual	
Definición	Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo				Definición	Planificación, puesta práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares.		
Campo	Seguridad (4)	Clase	(V) Control de riesgos		Campo	Conductual (3)	Clase	(S)Educación de los pacientes
Actividades					Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. - Mantener las normas de asepsia (NOM-022) - Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y en las membranas mucosas.²⁹ - Inspeccionar el estado de cualquier incisión. - Fomentar la ingesta de líquidos - Fomentar una ingesta nutricional suficiente - Facilitar el descanso - Instruir al paciente acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al cuidador. - Enseñar al paciente a evitar infecciones. 					<ul style="list-style-type: none"> - Determinar las necesidades de enseñanza del paciente. - Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específicas (necesidades básicas no cumplidas) - Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender. - Seleccionar métodos y estrategias de enseñanza (con imágenes posteriormente el realiza su propio cuidado de catéter) - Instruir al paciente cuando corresponda. - Reforzar conducta - Corregir malas interpretaciones de la información. 			

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	192408	Controla conductas personales para evitar los factores asociados al riesgo de infección		NOC	192415	Practica lavado de manos	
NIC	4480	Facilitar la autorresponsabilidad		NIC	1801	Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	
Definición	Animar a un paciente a que asuma mas responsabilizad de su propia conducta.			Definición	Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.		
Campo	Conductual (3)	Clase	(O) Terapia conductual	Campo	Fisiológico: básico (1)	Clase	(F) Facilitación de los autocuidados.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Considerar al paciente responsable de sus propias conductas - Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual. - Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad. - Fomentar la independecia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada - Animar al paciente a que asuma autorresponsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible. - Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y /o un cambio de conducta. ^{3.2} 				<ul style="list-style-type: none"> - Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a pie de cama. - Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. - Comprobar la limpieza de uñas.(enseñar la técnica adecuada de lavado de manos,NOM-045)²⁶ - Controlar la integridad cutánea del paciente. - Mantener rituales higiénicos. 			

Diagnósticos de Enfermería.	Clasificación de Resultados de Enfermería					
(00054) Riesgo de la soledad R/c aislamiento social (hospitalización).	NOC	Desarrollo: adulto mayor (0121)				
	Dominio	Salud funcional (I)	Clase	Crecimiento y desarrollo (B)		
	Indicadores		Mantener a:	16	Aumentar a:	24
			Puntos iniciales	Puntos esperados	Escala de medición:	
Dominio 6: autopercepción	012143	Muestra enfado	3	5	Siempre demostrado: 1 Frecuentemente demostrado : 2 A veces demostrado: 3 Raramente demostrado:4 Nunca demostrado:5	
Clase 1: auto concepto	012144	Muestra una confianza inadecuada en otros	4	5		
Definición: riesgo de presentar malestar asociado al deseo o necesidad de aumentar el contacto con los demás.	012145	Muestra soledad	3	5		
	012146	Muestra depresión	4	5		
	012147	Ansiedad	2	4		

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	012143	Muestra enfado		NOC	012144	Muestra una confianza inadecuada en otros	
NIC	4640	Ayuda para el control del enfado		NIC	5395	Mejora de la autoconfianza	
Definición	Facilitación de la expresión del enfado de manera adecuada y no violenta.			Definición	Refuerzo de la confianza de un individuo de su capacidad de desarrollar una conducta saludable.		
Campo	Conductual (3)	Clase	(P) Terapia cognitiva	Campo	Conductual (3)	Clase	(R) Ayudar para hacer frente a situaciones difíciles.
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Establecer una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente. - Utilizar un acercamiento que sea sereno y que dé seguridad. - Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado, dado el nivel de funcionamiento cognitivo y físico del paciente. 				<ul style="list-style-type: none"> - Explorar la percepción individual de su capacidad de desarrollar la conducta deseada - Explorar la percepción individual de los beneficios de ejecutar la conducta deseada. - Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción. - Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que pueden experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta 			

Clasificación de Intervenciones de Enfermería

NOC	012145	Muestra soledad ^{3,4}		NOC	012146	Muestra depresión	
NIC	5440	Aumentar los sistemas de apoyo		NIC	5240	Asesoramiento	
Definición	Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.			Definición	Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.		
Campo	Conductual (3)	Clase	(R)Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Campo	Conductual(3)	Clase	(R)Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles
Actividades				Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso. - Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.^{25,1} - Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas. - Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar. 				<ul style="list-style-type: none"> - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. - Demostrar simpatía, calidez autenticidad. - Establecer metas - Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad. - Favorecer la expresión de sentimientos. - Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno. - Practicar las técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones. 			

Clasificación de Intervenciones de Enfermería			
NOC	012147	Ansiedad	
NIC	5270	Apoyo emocional	
Definición	Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.		
Campo	Conductual (3)	Clase	(R) Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles
Actividades			
<ul style="list-style-type: none"> - Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Explorar con el paciente ¿qué ha desencadenado las emociones? - Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. - Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Escuchar las expresiones de sentimientos o creencias. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. 			

Plan de Alta

Nombre: José Luis Registro: 67712 Fecha de Egreso: 5-Feb-2014

Alimentación

Dieta Hipocalórica 1500 calorías

- **Desayuno:** 200 ml de leche desnatada ,30 gr de pan blanco o integral.
- Media mañana: 50 gr de pan blanco o integral 20 gr alimento proteico: atún sin aceite, queso.
- **Comida:** un alimento a escoger del grupo verduras, un alimento a escoger del grupo farináceos, un alimento a escoger del grupo alimento protéico, Un alimento a escoger del grupo frutas 20 gr de pan blanco o integral.
- **Merienda:** 200 ml de leche desnatada, un alimento del grupo fruta.
- **Cena:** un alimento a escoger del grupo verduras. Un alimento a escoger del grupo farináceos un alimento a escoger del grupo alimento protéico un alimento a escoger del grupo frutas 20 gr de pan blanco o integral.
- **Antes de acostarse:** 200 ml de leche desnatada o 2 yogures naturales desnatados.

Aceite: 20 gr = 2 cucharadas soperas para todo el día, que pueden ser de oliva, soja, maíz o girasol.

Indicaciones de uso seguro de medicamentos

- **Metformina** reacciones más características son: Náuseas, vómitos, anorexia, lo que se traduce en baja de peso, alteraciones del gusto, disminución de la absorción
- **Glibenclamida:** Náusea, vómito, hiperacidez gástrica, dolor epigástrico, anorexia, estreñimiento y diarrea, alteraciones del gusto, cefalea, mareos, parestesia y *tinnitus*. En forma rara se presenta hipoglucemia, prurito y fotodermatitis.
- **Captopril** proteinuria, insuficiencia renal, , poliuria, oliguria , frecuencia urinaria, anemia, trombocitopenia, hipotensión, taquicardia, dolor torácico, palpitaciones, angina de pecho, infarto agudo al miocardio.

Actividad/ ejercicio

- Realizar caminatas diarias de 30 minutos
- Se recomienda asistir a un grupo donde pueda llevar acabo ejercicios de yoga y meditación.

Tratamiento

- Ayuno Glibenclamida 5mg
- Desayuno Captopril 25 mg
- Desayuno Metformina 850 mg

Higiene

- Lavarse las manos antes y después de ir baño.
- Lavarse las manos antes de comer
- Baño diario con agua y jabón neutro
- Aseo bucal por lo menos tres veces día
- Seguir con las medidas de higiene de sueño.

Identificación de signos de alarma

- Dolor cabeza fuerte,
- Náuseas o vómito,
- Confusión
- Cambios en la visión

Otras recomendaciones-

- Seguimiento de tratamiento por la consulta externa
- Cita abierta urgencias

Conclusión

Este caso fue elegido por la necesidad básica que presenta el paciente, no tanto por la patología, se mostró una gran necesidad por controlar su vida psicosocial, que por no controlar estas necesidades y no mantener un buen autocuidado tuvo que reingresar al hospital teniendo una intervención quirúrgica y en su recuperación fue ahí donde nosotras comenzamos a intervenir para poder hacer notar ideas sobre su cuidado y mantenimiento de salud, poder erradicar las conductas dándole orientación sobre su estado general y tomando decisiones sobre su cambio de vida modificando hábitos que mejoren su salud.

Al principio fue un tanto complicado, al valorar y estudiar su caso, no lográbamos obtener un diagnóstico relacionado con el absceso, solo notamos que era su conducta y su estilo de vida el que estaba erróneo.

Las intervenciones que se realizaron durante su estancia hospitalaria fueron benéficas, ya que el señor José Luis colaboró con los cuidados que se le brindaron, cooperó con los ejercicios y las nuevas indicaciones, a pesar de que se rehusaba en un principio, al explicar los beneficios fue así como colaboró para su recuperación y sobre todo para su nuevo cambio de estilo de vida. Siendo tal su nueva responsabilidad y toma de conciencia sobre sus conductas el señor José Luis no reingreso por un mal cuidado después de su alta.

Al estar trabajando con el caso, notamos que hay poca información e investigaciones sobre el adulto mayor en México, sobre todo en calidad de vida, lo cual era más complicado y a la vez interesante recopilar datos. Por lo tanto tuvimos que investigar para realizar mejor nuestras intervenciones y motivar a nuestro paciente dándole oportunidad de vivir una vejez exitosa.

A pesar de que el tiempo que trabajamos con el paciente fue poco, logramos alcanzar una buena puntuación DIANA cumpliendo así los objetivos.

Cabe mencionar las emociones que este trabajo causó tales como: la motivación, interés, felicidad, desánimo, estrés, desesperación, entre otras. A pesar de las dificultades como falta de tiempo y organización en un principio, al ver que toda la información y las intervenciones empleadas tuvieron resultado exitoso, concluir con este proceso fue de gran orgullo.

ANEXOS

ANEXOS

1. Consentimiento Informado



Hospital General Dr. Manuel Gea González
Subdirección de Enfermería
Departamento de Docencia e Investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Yo Jose Luis Bianchesi Gonzalez declaro libre y voluntariamente aceptar participar y/o que mi paciente participe en el estudio de caso Drainaje de abscesos cerebrales cuyo objetivo principal es: la atención del paciente de forma ordenada, organizada, realizando intervenciones específicas las cuales competen a la enfermera especialista. Los procedimientos que se realizaran me han sido explicados ampliamente, con la garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento. Los procedimientos consisten en una valoración y entrevista conteste en forma verbal y anónimamente las preguntas referentes al estado de salud mío o de mi paciente.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme o retirar a mi paciente de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o sea denegada la atención médica para el tratamiento en esta institución.

Nombre del responsable del estudio: Fernanda Baez Aguirre

Firma [Firma]

Nombre del paciente o responsable del paciente: Jose Luis Bianchesi

Firma [Firma]

Testigos:

Nombre Guillermo Sosa G Nombre Mariany Belicinos Lopez

Firma [Firma] Firma [Firma]

Dirección _____ Dirección _____

México, D.F. a 16 de Enero 2014

Calzada de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, C.P. 14080, Delegación Tlalpan, México, D.F.,
Tel.: (55) 4000-3000 3166-3566 www.hospitalgea.salud.gob.mx
gea_enfermeria@yahoo.com.mx

2. Instrumento de valoración basado en el modelo de necesidades humanas de Virginia Henderson

Datos de identificación:

Nombre: José Luis Edad: 60 Sexo: M Ocupación: Desempleado de Bienes Raíces
Estado civil: Soltero Religión: Católica Escolaridad: Licenciatura en arquitectura

Unidad de salud donde se atiende: Hospital General Dr. Manuel Gea González

Signos vitales: T/A: 110/60 FC: 85x' FR: 22rx' T°: 36.2°C

Somatometria: Peso: 81.1kg Talla: 1.82m

Valoración de necesidades:

1. Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? No, solo después de realizar la marcha

¿Se expone a humo de leña? No ¿Fuma? No ¿Convive con aves? No

¿Tiene familiares con problemas para respirar? No ¿Su casa esta ventilada? Si

¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? No

¿Le han diagnosticado hipertensión? Si (controlada con captopril 25 mg)

¿Tiene problemas cardiacos? No

¿Tiene familiares con problemas del corazón? No

Familia materna/familia paterna cáncer

Región cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad. Sin presencia de soplos.

Dificultad respiratoria: después de la marcha. Tos: No.

Coloración de la piel: Palidez tegumentaria Llenado capilar: 3x'

2. Alimentación e hidratación

¿Cuáles son los alimentos que consume frecuentemente en el desayuno? Yogurt (100ml) con cereal (10gr), fruta (1pza), huevo (2), café (2 tazas) (acostumbra a comer fuera de casa)

Desayuno (9 am). Cereal, fruta y huevo

Comida (4-5 pm). Generalmente en restaurantes

En la cena: Sándwich, torta, café

¿Come entre comidas? No.

¿En dónde acostumbra a comer? En la calle.

¿Con quién acostumbra a comer? Solo o con amigos

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? Sí. Refiere que sin alimentación su humor se afecta

¿Cuáles son los alimentos que le agradan? Carne y verduras.

¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? Ninguno

¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? Ninguno

¿Tiene problema para masticar? No sin embargo, come muy rápido.

¿Tiene dentadura completa? Ausencia del primer molar superior

¿Tiene problemas con su peso? No.

¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? Si

¿Por qué? No tiene molestias en abdomen, no presenta distensión abdominal, ni estreñimiento.

¿Cuántos vasos de agua toma al día? 1 litro diario.

¿Toma refresco? Si en las comidas un vaso ¿Toma café? Si todos los días.

¿Toma bebidas alcohólicas? Ocasionalmente, 1 vez por semana.

3. Eliminación.

¿Cuántas veces evacua al día? Normalmente de 2 a 3 veces al día, 1 a 2 en hospitalización.

¿Padece estreñimiento? No. ¿Tienes cólicos al evacuar? No. ¿Presenta flatulencias? Si, después de la cena y durante la noche ¿Tiene tenesmo? No
¿Tiene incontinencia? No. ¿Tiene prurito? No. ¿Tiene hemorroides? No.

Cuando presenta problemas para evacuar ¿Qué recursos utiliza? Procura tomar más agua de lo habitual, come fruta y fibra. ¿Cuántas veces orina al día? 4-5 veces.

¿De qué color es su orina? Amarillo claro ¿Qué olor tiene su orina? Suave

¿Tiene Disuria? No ¿Tiene Poliuria? No ¿Tiene Nicturia? No.

¿Tiene urgencias para orinar? No

4. Movimiento y mantener buena postura.

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulación? Si actualmente por la debilidad en extremidades izquierdas.

¿Repercute en sus actividades diarias? Si, actualmente la paresia dificulta la marcha.

¿Tiene dificultad para cambiar de posición cuando esta acostado? Si, le causa molestia en la posición decúbito lateral izquierda.

¿Tiene dificultad para levantarse? Pocas veces.

¿Qué apoyos utiliza para desplazarse? Durante la hospitalización se apoya con el tripie para realizar su marcha.

¿Hay alguna postura que no pueda adoptar? Decúbito lateral izquierda

¿Cuál es la postura habitual relacionada con su ocupación? Sentado y de pie (por el momento no tiene como tal una ocupación)

¿Cuántas horas al día pasa en esa postura? Varia

¿En algún momento del día tiene dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores? Musculares en extremidades

¿En algún momento presenta movimientos involuntarios? Durante la noche

¿Ha sentido que le falte fuerza o que tiene debilidad muscular? Extremidades izquierdas.

¿En el transcurso del día presenta edema, ardor, comezón o hematomas en alguna parte del cuerpo? Comezón por falta de hidratación de la piel.

¿En algún momento presenta pérdida del equilibrio, desorientación o desmayos? Sí. Al realizar la marcha presenta desequilibrio

5. Descanso y sueño.

¿Descansa durante el día? Dentro del hospital considera que descansa muy poco, dormita durante el día 2 a 3 veces, pero no descansa, refiere que cuando llega a estar en casa realiza una siesta de 40min.

¿Cómo se siente después de descansar? Refiere que no descansa

¿Cuántas horas duerme habitualmente? 9 horas. Actualmente en la hospital refiere solo dormir 4 horas bien las demás horas solo dormita.

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? Sí. ¿Se despierta fácilmente? Sí.

¿Tiene sueño agitado? Sí. ¿Tiene nerviosismo? Sí. Cuando no logra conciliar el sueño

¿Se levanta durante la noche? No ¿Es cómodo el lugar donde duerme? Refiere que si es cómoda la cama, sin embargo le agota estar tanto tiempo en ella.

¿Acostumbra a tomar siesta?, Si ¿A qué hora? Actualmente cuando logra conciliar el sueño generalmente después de comidas ¿Cuáles son sus hábitos para conciliar el sueño? Leer

6. Vestido.

¿Utiliza ropa adecuada para proteger su cuerpo cuando hace frio? Sí. Cobertores durante la hospitalización

¿Utiliza ropa adecuada que permita la libertad de movimientos? Si. Ropa hospitalaria (bata) ¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? Si, con un poco de dificultad.

7. Termorregulación.

¿Presenta alteración de su temperatura? No por el momento. (36.2°C)

8. Higiene.

¿Con que frecuencia se baña? Diario. ¿El cambio de ropa es? Diario.

¿Cada cuánto lava las manos? Antes y después de ir al baño y comer.

¿Cada cuando realiza el cuidado de las unas?

Manos: cada 20 días Pies: 1 vez al mes

¿Cuál es el aspecto de las uñas de pies de manos? Limpias

¿Con que frecuencia se cepilla los dientes? 2-3 veces al día

¿Utiliza hilo dental? No ¿Cada cuánto visita al dentista? C/6 meses.

9. Evitar peligros.

Prácticas sanitarias habituales: 1 vez al año va al doctor o caso que lo necesite.

Esquema de vacunación completo. Si Neumococo, Influenza, Tétanos.

¿Tiene vida sexual activa? No ¿Preferencia sexual? Heterosexual

¿Consumo de drogas de uso no medico? No

Uso de medidas de seguridad:

Cinturón de seguridad: No. Uso de pasamanos. Ocasionalmente Aparato protectores para la audición. No

Percepción de su imagen corporal: ¿Cómo se ve y se siente físicamente? Bien, se siente bien aun con fuerzas

Normalmente usted resuelve sus problemas. Sí.

¿Es capaz de mantener su seguridad física? Refiere que procura tener las mayores precauciones, sin embargo no siempre las tiene

¿Cuenta con las medidas de seguridad? Hospital: indicadores de calidad (prevención de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados) metas

internacionales (reducir riesgo de caídas, reducir las infecciones asociadas con la atención médica) En casa: barandales en escaleras y antiderrapante en el baño.

10. Comunicación.

¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? Ninguna

¿Cómo se percibe usted de carácter? “Bueno, flexible, siempre y cuando me de confianza la otra persona, pero normalmente suelo ser amistoso”.

Tiene dificultad para: Comprender. No. Aprender. No. Concentrarse. Un poco Lectoescritura. No.

Elementos socioculturales que afecten su comunicación: Lenguaje y modelos de expresión. Costumbres y expectativas. Ninguna, a pesar de que él tiene diferentes costumbres por su nacionalidad, pero refiere que desde un principio pudo adaptarse y ahora no tiene ningún problema con relacionarse.

11. Creencias y valores.

¿Hay aspectos de sus creencias sobre la vida o su religión que le ayudan a enfrentar su situación actual? Si ¿Por qué? “Sin la ayuda Dios no hubiera superado ni siquiera el accidente”.

¿Tiene alguna creencia religiosa? Si ¿Cuál es? Católica

¿Cómo relaciona la fe, la religión, espiritualidad? “El ser humano necesita de una religión para ejercer la fe y fortalecer la espiritualidad”.

¿Con que frecuencia acude a su centro religioso? 1 vez al mes, pero tiene un amigo que es padre y lo frecuenta, hablan sobre temas religiosos lo cual refiere que eso lo anima

¿Tiene algún problema que le impida o limite a asistir a su centro religioso? No simplemente es un día que prefiere estar en casa.

¿Sus creencias religiosas le generan conflictos personales? No

¿Qué significa para usted un valor? Lo esencial en la vida para poder relacionarse, para poder darle a los demás lo mejor de uno, es lo que lo define a uno como persona.

¿Considera congruente su forma de pensar con su manera de vivir? "la mayoría de las veces solo que no me cuidó mucho"

¿Qué significa para usted la vida y la muerte?

Vida: lo oportunidad de realizar todas las cosas posibles

Muerte: el final de la vida pero el siguiente paso para una nueva vida

12. Trabajo y realización.

¿Trabaja actualmente? No

¿Cómo considera su integración social? Buena por tener amigos que lo soportan

¿Cómo considera su integración familiar? No tiene familia

¿La atención médica que recibe es? Excelente, por el doctor Vladimir y las enfermeras

13. Recreación.

¿Qué actividades recreativas acostumbra usted para divertirse? Visitar y estar con los amigos.

¿Con que frecuencia tiene usted cambio de estado de ánimo? actualmente dentro del hospital con muchos cambios sobre todo de humor

¿Ha padecido alguna vez depresión? No ¿Recibe atención profesional actualmente? No

14. Aprendizaje.

¿Considera usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? Si ¿Por qué? Siempre es necesario tener nuevos conocimientos

¿Fuente de donde adquiere conocimientos? Libros y amigos profesionistas.

¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? ¿Cuáles? refiere tener en cuenta que debe tomarse sus medicamentos para la hipertensión y la diabetes pero ahora que tuvo el accidente considera que será mejor cambiar algunas actitudes.

16-10-14
FECHA

[Firma]
NOMBRE Y FIRMA ENTREVISTADO

3. Vejez

Clasificación de la población en tres grandes grupos

Jóvenes

Infancia: hasta los 5 años

Pubertad o niñez media: hasta los 12 a 14 años

Adolescencia: hasta los 19 o 20 años

Adultos

Jóvenes: hasta los 39

Intermedios: hasta los 49

Maduros: hasta los 59

Viejos

Etapas incipiente o primaria: entre los 60 y 69

Fase intermedia: 70 a 84 años

Fase avanzada: a partir de las 85

3.1 Vejez inicial o incipiente

Es una etapa del ciclo de la vida en la que el envejecimiento inicia de forma evidente y decidida desde una perspectiva integral; supone la salida del mercado de trabajo de todos aquellos que aún tienen un empleo, esto es, personas de 60 a 70 años de edad, ya que en unas profesiones ocurre antes que otras. En otros países desarrollados los activos cuya edad de salida este regulada por la legislación laboral dejan de trabajar en promedio a los 65 años, aunque puede retrasarse hasta los 70, y en los autónomos la edad es indeterminada. Significa, desde luego, una edad de transición y adaptación a una nueva situación, una nueva estructura de funciones que implica menos ingresos por la situación de la jubilación y mayor disposición de tiempo libre, de modo que cierta percepción de finalización de las expectativas debidas al principio de generatividad puede ocasionar conflictos e insatisfacción.

Lo anterior supone que, a partir de los 50 a 60 años de edad, la relación de feminidad es muy alta; esto es, se produce una feminización natural de la vejez por el predominio de mujeres en las edades avanzadas: por cada 100 mujeres hay solo 70 a 80 varones en la etapa primaria o incipiente de la vejez. Es una evidente diferencia de género que responde más a causas biológicas que sociales, aunque quizá plantee cuestiones de feminización de la pobreza en la vejez, ya que entre las cohortes de personas de edad las mujeres se integraron poco al mercado de trabajo cuando se hallaban en edad activa y con frecuencia sus pensiones son inferiores a las del hombre.

Lo cierto y evidente es que las tasas de mortalidad de los varones de más de 60 años son siempre más elevadas respecto a la de las mujeres por la mayor resistencia biofisiológica de estas, lo cual representa una mayor esperanza de vida en la mujer a todas las edades. Ello se acrecienta conforme el desarrollo de la medicina preventiva y asistencial logra revertir la incidencia de la morbilidad y mortalidad, porque el éxito es mayor en el sexo femenino que en el masculino. La fortaleza orgánica de la mujer permite su mayor supervivencia, aunque el resultado último es la disminución de la calidad de vida, lo que ocurre tanto en países no desarrollados como en los desarrollados. Esto es, la mujer sobrevive más que el hombre, pero las secuelas de la enfermedad, temporalmente vencida, determinan que viva en condiciones precarias de salud. Por consiguiente la esperanza de vida de todas las edades, siempre superior en el sexo femenino, se incrementa en los últimos aniversarios por la mayor resistencia fisiológica de la mujer y a su más alta tasa de supervivencia a casi todas las enfermedades comunes a uno y otros géneros. Hoy en día, a los 60 años de edad, la mujer tiene una esperanza de vida de 25 años, en tanto que el hombre solo espera vivir 20.

3.2 Psicología del envejecimiento

Los seres humanos contemplamos los perplejos que envejecemos; es algo que creemos que no ocurrirá, que es cosa de otros; se puede pensar incluso que tal vez logremos eludir el fenómeno. La sociedad tiende a rehusar la vejez; en cambio, se impone como modelo de juventud (esbeltez, belleza y productividad) y soslaya lo demás. No obstante, tarde o temprano dejaremos de pertenecer al selecto grupo y seremos relegados, orillados a aceptar que la juventud a largo plazo es solo una fantasía. Entonces se recurre a toda clase de artimañas para disimular y negar el envejecimiento.

Se equipara a la juventud con lo deseable y la vejez como lo indeseable; esta visión negativa afecta profundamente a las personas y a la sociedad, ya que al no reconocer esta realidad se sufre toda clase de conflictos y, peor aún, se envejece en peores condiciones con la negación.

El envejecimiento es un fenómeno inevitable y la mejor forma de enfrentarlo, en principio, aceptándolo.

Cuando se envejece se afronta tanto la decadencia física y social como la muerte cercana, dos determinantes mayores que inquietan al espíritu humano. El hecho de ser una carga y depender de los demás, es algo que atemoriza a la mayoría tanto como la soledad y el dolor que supone el proceso de morir, deja de ser una abstracción y se convierte en una realidad personal.

Una psicología sana respecto del envejecimiento es crucial para desarrollar los recursos interiores y exteriores que confieren valor como personas.

Es común que a edades avanzadas se generen muchos miedos basados en creencias y pensamientos negativos reiterados por la sociedad y la familia. Se experimenta un gran miedo al cambio, temor que inutiliza mucho más que la decadencia física o mental. Esta parálisis quita la vida antes que la misma muerte.

Por otra parte, las personas ingresan a tan honorable grupo después de los 60 años o inmediatamente después de la jubilación, sin considerar el avance individual del proceso de envejecimiento; el término incluye entonces a una diversidad de individuos, muchos de los cuales no están viejos en realidad, pero se los etiqueta como tales y casi de forma automática pasan a formar parte de la agrupación de indeseables disfrazados de interesantes. Las instituciones y los gobiernos no dejan de contar con términos, programas y otras tácticas como paliativos de la problemática que enfrentan, pero no pueden resolver y tratan de eliminar con suavidad a través de una segregación disimulada con otros nombres.

3.3 Visión negativa del envejecimiento

Según Robert Butler “los individuos de edad avanzada piensan y actúan con lentitud. No piensan con tanta claridad o tanta creatividad como lo solían hacer. Están apegados a sí mismos y a su pasado y ya no pueden continuar cambiando o madurando. Han dejado de aprender satisfactoria, rápidamente, e incluso si pudieran no desearían hacerlo. Apegados a sus tradiciones personales y a una actitud conservadora cada vez mayor, detestan las novedades y no están dispuestos a defender nuevas ideas. No solo han dejado de progresar sino a que a menudo son víctimas de regresiones. Entran en una segunda infancia, con frecuencia atrapados en un egocentrismo cada vez mayor, exigiendo más de su entorno de lo que están dispuestos a ofrecerle. Se vuelven irritables e intratables, pero superficiales y debilitados. Viven en el pasado. Están desorientados y se vuelven distraídos, están llenos de recuerdos y son locuaces. De hecho están absortos en pensamiento de declive e ideas de deterioro mental y físico. Han perdido muchos amigos, a su conyugue, trabajo, prestigio, poder, influencia e

ingresos y no los pueden reemplazar. A menudo los aquejan disfrutar del placer de la comida y del bienestar. El interés y la actividad sexual decaen. Su cuerpo está surcado de arrugas, el flujo de sangre al cerebro disminuye. Débil y flato de interés constituye a una carga para la sociedad, para la familia y para sí mismo, esperando la muerte”.

Si se parte de esta descripción del prominente gerontólogo Butler, de 1970, respecto de la visión estereotipada y la apreciación negativa de la vejez, resulta evidente que la autoestima es lo primero que esta actitud daña de la estructura psicológica. Esto significa que en el centro mismo de la salud mental se inserta la flecha que convierte a las personas en sujetos indeseables; incluso los individuos mismos creen y asumen al final de dicho papel.

Las personas mayores, en especial las muy viejas suelen señalar que el mundo personal se reduce de modo gradual: primero se pierde la vida laboral, luego se deja la social y al final la doméstica. Mucho de esto ocurre no por el envejecimiento mismo, sino por las circunstancias sociales y la capacidad funcional. Con la jubilación, gran día se deja de lado y es necesario reorganizar el tiempo y buscar otras actividades; a continuación, el grupo social sufre cambios similares y se desintegra de manera paulatina, ya sea por lejanía, dispersión del interés común, enfermedad o muerte. La red social desaparece poco a poco es necesario ser muy entusiasta para dejar una nueva.

En cierto momento, por circunstancias diversas, ya no puede hacerse la vida anterior ni acceder a ella. Las pérdidas se acumulan. Es prioritario saber adaptarse, ser flexible, aceptar nuevos retos e ideas diferentes, mantiene el interés en el mundo, el exterior, esforzarse, etc. La salud mental depende de considerar alternativas, cambiar la vida, aceptar las nuevas estructuras, perdonar, desprenderse de resentimientos. Aunque es más fácil decirlo que hacerlo, son justamente las acciones psicológicas las que determinan la diferencia en el envejecimiento.

No debe olvidarse que la crisis que se enfrenta constituye un momento de decisión hacia la derrota o la renovación. Hasta cierto punto es más fácil salir de ella si se ha cultivado la diversidad interior y no se ha puesto todo el esfuerzo y el interés, otras formas de invertir el tiempo y el entusiasmo. Si una se agota o falla, la energía puede dirigirse a otra; si no existen, es preciso desarrollarlas. Es muy importante no renunciar a la persona interna y a sus anhelos y defenderlos en cualquier circunstancia. Los viejos no son lo perdido, sino lo que queda y, en esencia, como anota La Forest; “vivir la vejez sin separarla de nuestra propia vida”

3.3.1 La mente

La capacidad de la memoria tiende a disminuir hacia los 50 años de edad, pero lo que no se recuerda son asuntos menores y otros que dejan de interesar. Si se invita al cerebro a mantenerse activo con nuevos retos es probable que el deterioro producto del paso del tiempo no se presente. En realidad, ocurre lo contrario: el trabajo intelectual y artístico mejora con la edad.

En cuanto a la memoria, las dificultades para retrotraer información pueden representarse de la siguiente manera: cuando se empieza a tener conciencia y se estructura el pensamiento, la información se almacena a modo de recuerdos, todos tamizados por las emociones, sean agradables y desagradables.

3.3.2 La personalidad

Definida como un proceso que distingue y da estructura a la vida, es la forma de comportarse y moverse mentalmente para responder a los hechos de la vida; es el sello del ser. Cada uno tiene mejor o peor estructura y esta puede clasificarse; lo cierto es que se conserva la forma de ser toda la vida. En el proceso de envejecimiento lo que ocurre es una exageración de los propios rasgos.

3.3.3 El cuerpo

Es el vehículo en que se transita por la vida, el sustrato con que se cuenta para todo y en el que se refleja de manera inconfundible el paso del tiempo. Todos reconocen los signos del envejecimiento en las arrugas, las canas, las manos deformadas y manchadas, y una forma de caminar diferente, en el interior, los órganos funcionan, pero sus reservas son limitadas. Se sucede una gran cantidad de cambios lentos y sutiles que reflejan el avance de la edad, en mayor o menor medida y en forma diferente para cada sujeto.

Muchas veces el cuerpo es el interlocutor del anciano; lo usa para comunicarse y suele ser asiento de expresiones psicossomáticas. Las quejas físicas son el pretexto ideal para salir, socializar, intentar ser escuchado y atendido.

3.3.4 La sexualidad

La sexualidad perdura toda la vida, pero se tiende a creer que al envejecer las personas se vuelven asexuadas y que pierden intereses en las cuestiones relacionadas con el sexo; la desinformación y los mitos son frecuentes. Ciertas reservas y el silencio alimentan estas creencias, en parte porque la sexualidad parece vincularse solo con los jóvenes y el poder, asimismo, ciertas reglas sociales suelen criticar al viejo interesado en continuar su vida sexual. A menudo se habla de la sexualidad y se la valora el turno de la genitalidad y no del complejo de aspectos que la constituyen, como intimidad, erotismo, necesidad de aceptación, compañía, placer, preferencias y calidad de vida. Otra limitante es la

medicalización del tema. Da igual modo, recibe a menudo más importancia la sexualidad masculina que la femenina. Quizás los factores que más influyen en la sexualidad de las personas envejecidas son la falta de compañero y salud, con sus consecuencias en la funcionalidad tanto personal como colectiva es crucial.

Cualquier problema físico y médico puede afectar la sexualidad; la naturaleza no provee al ser enfermo la posibilidad de reproducirse por razones obvias: la energía debe enfocarse en sanar. En realidad, las concentraciones de testosterona, hormonas relacionadas con el deseo sexual en ambos géneros, disminuyen en muchas enfermedades sistémicas: diabetes, cirrosis, enfisema pulmonar, enfermedad vascular cerebral, Parkinson, artritis reumatoide, problemas con la tiroides, etc. Otras veces, padecimientos específicos como la incontinencia, las artropatías y el cáncer afectan de manera directa la actividad sexual.

Quienes se ocupan de los aspectos del envejecimiento deben revisar su propia sexualidad, valores y creencias, y a partir de su comprensión, estar preparados para escuchar con imparcialidad, contar con una cantidad de elementos técnicos que ofrezca y flexibilidad para ayudar sin juzgar.

3.3.5 Vivir solo

A medida que la familia se reduce y las áreas urbanas crecen, cada vez más personas viven solas; el número de solteros y viudos se incrementa. Contar con compañía representa beneficios primordiales, como satisfacción sentimental y psicológica, además de la posibilidad de contar con atención y cuidados mutuos y la oportunidad de apoyo material y moral. La especie humana es social y el aislamiento se opone a su naturaleza, por lo que genera riesgos; por otra parte, remite al concepto de incomunicación, separación y desamparo. Si bien debe distinguirse de la soledad, que es un sentimiento interior y no guarda relación con la cantidad de personas que lo acompañan o rodean, el aislamiento puede ser efecto de diversos factores internos y externos.

El aislamiento o la incomunicación generan soledad impuesta. Es el convencimiento doloroso de estar excluido, de no tener acceso; es constatar que no se tienen las oportunidades y satisfacciones que sí tienen los demás. El envejecimiento y sus pérdidas habituales favorecen la experiencia de la soledad, pero esta soledad es relativa, y se procura tener grupos de convivencia y redes de apoyo, buscarle un sentido.

Es necesario diferenciar a las personas que siempre han vivido solas o predominantemente solas de las que cuentan con una serie de mecanismos para sobrevivir y ser independientes que pueden ser favorecedoras para envejecer, llega el momento en que, alguna circunstancias, requieren apoyo por el deterioro

funcional y entonces es probable que se encuentren en desventaja por no tener las habilidades de socialización que exige una estructura interior firme. En cualquier caso, ello depende en gran proporción de las redes sociales que existan o se creen.

3.4 Soledad Adulto Mayor

Soledad es una experiencia subjetiva que se percibe como negativa y que va acompañada a su vez por tristeza, malhumor y ansiedad, dice que es el peor mal de vejez. La experiencia de la soledad, a veces, puede ser vivida como una verdadera muerte social, una muerte del significado de la presencia en el mundo dada por el cuestionamiento de las crisis anteriormente mencionadas. La soledad es un estado síquico que todos los humanos han experimentado en algún momento de su vida, y a su vez uno de los constructos más difíciles de definir.

Existe una diferenciación entre el “estar solo” y el “sentirse solo”. El primero, se refiere al aislamiento social, la falta de redes sociales, la marginación, el desarraigo, entre otras; pero la verdadera soledad es “sentirse solo”, sentimiento que genera concepto de soledad y percepción que dé su momento actual tiene el adulto mayor.

Nostalgia, tristeza, añoranza, aunque se esté acompañado de personas. En esta línea, y referenciado por los autores anteriores, Tunstall hace diferencia entre aislamiento y soledad. Así, mientras el primer concepto hace referencia a la objetividad, a la carencia de contactos sociales, el segundo alude a las vivencias subjetivas de la estructura de las interacciones sociales. El sentimiento subjetivo de soledad no está determinado de ninguna manera por el número de contactos sociales. Pareciere que cada autor enfatiza una parte de la soledad, “una parte de ese constructo que es tan amplio como la psique del hombre”. En el mismo sentido, la revista española Sesenta y más habla de dos soledades: la objetiva, referida a la falta de compañía permanente o temporal, aunque esta no siempre es desagradable y puede convertirse en una experiencia deseada y gratificante; y la subjetiva, cuyo estado no es buscado, que aflige y hace sentir sola a la persona. Solo en los últimos años, la soledad ha sido considerada como un problema clínico, que requiere de una terapia específica. El tema ha cobrado enorme importancia ya que tiene una alta incidencia, tanto en la población en general como en personas que presentan algún grado de desajuste emocional. La soledad también puede estar relacionada con otras dificultades como depresión, suicidio y graves problemas médicos (enfermedades cardiovasculares). Sin embargo, la soledad no siempre hace parte del instante que viven los adultos mayores. La percepción del instante que experimentan está relacionado con el estado de conciencia y cada momento despierta una sensación y pensamiento que, de

acuerdo con su diario vivir, puede reconocerse y comprenderse, sus instantes son el producto de sus propias elaboraciones.

4. Manejo de conflictos

4.1 La sustitución de voluntades en la edad de la discreción

Primero, el conflicto de la vida se maneja con mayor facilidad con el envejecimiento. Es una de las habilidades inherentes del ser humano y se perfecciona con la práctica. Nadie nace sabio de nacimiento; son el tiempo y la práctica los que hacen posible el crecimiento de las personas.

Segundo, el conflicto es la vida y la base para los procesos creativos. Mientras haya vida no es posible resistirse al conflicto porque la vida es conflicto. No hay vida sin coexistencia y no hay coexistencia sin confrontación. Tratar de eludir el conflicto es resistirse a vivir.

Tercero, en el manejo de los conflictos no intervienen conocimientos especializados, ya que todas las personas tienen cierto conocimiento básico. El arte de manejar los conflictos no tiene profesiones, edades o género específicos. Todas las personas pueden manejar conflictos de forma creativa, aunque no lo sepan.

4.2 Habilidades para el manejo de conflictos

Estas habilidades se desarrollan durante la vida y están condicionadas, desde el punto de vista evolutivo, para gestionar conflictos y se contextualiza durante la vida con los factores lingüísticos, culturales, sociales, políticos y religiosos, a los cuales se agregan capacidades profesionales y técnicas. Con la práctica se depuran.

Entre las primeras interacciones del ser humano figuran la negociación y la mediación para sobrevivir. Solucionar conflictos por la vía de la persuasión es lo contrario a imponer sucesos o utilizar la fuerza para implantar decisiones personales. Se acuerdan soluciones en la vida de la familia, en las transiciones comerciales y en las relaciones de trabajo.

4.3 Yuxtaposición del envejecimiento y los conflictos

Con buenas intenciones, respuesta a prejuicios sociales y falsas impresiones, el cuidado de las personas de edad parece equivalente a una regresión, es decir, se vuelve a la actitud tomada frente a los seres humanos en su crecimiento, cuando se les enseñó a sobrevivir porque no sabían tomar decisiones. En el adulto, al

pasar a la edad de la discreción, es privado de su voluntad y libertad. El resultado de aplicar esta visión del mundo es fatal.

En términos antropológicos, una característica universal para el buen manejo de los conflictos interpersonales consiste en considerar y tomar la voluntad de los individuos que intervienen en la solución de los conflictos. Cuando una persona impone su voluntad a otra o decide por los demás la forma de manejar un conflicto, casi siempre encuentra oposición y no se la obedece; es una cuestión de orgullo personal y dignidad.

El reto consiste en saber observar y respetar la realización de la persona de edad, no decidir por ella. Es deseable todo lo contrario; esto es frente a los conflictos de los que es parte, el sujeto debe responder con base en sus emociones y valores, en la medida en que no solicite que otros decidan en su nombre. Es probable que la experiencia del anciano ante la vida determine que sus decisiones sean lo mejor para él.

5. Envejecimiento exitoso

El envejecimiento es el resultado de una gran cantidad de factores: es la globalización, los beneficios en la salud y el trabajo, la seguridad social, la información, etc. El envejecimiento es un producto artificial de la humanidad y, como en muchas cosas, ofrece ventajas y desventajas, por lo que debe asumirse una participación responsable en este fenómeno de determinación y convicción.

Más allá de la búsqueda de la eterna juventud que se caracterizó a las generaciones predecesoras, son las actuales que buscan longevidad y experimentan un desplazamiento hacia un envejecimiento favorable, en buenas condiciones o las mejores posibles, para no convertir el logro en un infortunio.

Del envejecimiento como sinónimo de declinación o decrepitud se ha transitado a la propuesta del envejecimiento exitoso, definido como la sensación de bienestar y buen funcionamiento independientes de la edad cronológica y las circunstancias cambiantes de la vida. Esto implica que, a pesar de contratiempos e imponderables, existe la posibilidad de resurgir y mantenerse en las mejores condiciones posibles de la independencia, satisfacción y aceptación.

El primer dilema es la definición del envejecimiento exitoso, fenómeno que se refiere tan solo a envejecer bien, es decir, en buenas condiciones, las mejores posibles. El proceso de envejecer es un asunto multidimensional e individualizado, cuyas facetas interactúan de manera continua y no pocas veces fortuita.

Desde el punto de vista médico, el trabajo médico se entiende en un contexto de muchas dimensiones; física, biológica, de atención sanitaria, conductual de estilo

de vida, psicosocial, económica, política, espiritual, etc. Y que ninguna de las facetas sea ajena, en lo cual consiste la verdadera transdisciplina.

Muchos gerontólogos utilizan la frase “envejecimiento exitoso”, pero la definen de diferente manera y la interpretación de acuerdo con los criterios distintos. John Rowe 1980, describe el envejecimiento habitual, es decir, el común o normal para quienes envejecen en la forma más o menos esperada para su edad cronológica, con algunos problemas de salud mermas funcionales, etc. nada sorprendente para el estado esperado por la mayoría. Define el envejecimiento patológico como el exceso de problemas y deficiencias en la salud y el estado funcional. Introduce el envejecimiento exitoso, que es el modelo en que el estado general y funcional es el mejor de lo esperado y la edad avanzada no interfiere con la capacidad de independencia y participación. Alude a los viejos que son motivo de admiración y se designan como “robles”. Los que han envejecido bien, en buenas condiciones, es decir, han tenido éxito en la conquista de la edad avanzada sin graves limitaciones ni insatisfacciones respecto del resto de las otras personas.

Otro grupo de investigación define el envejecimiento como “un estado de bienestar y la capacidad de funcionar exitosamente en circunstancias diversas”. Mc Arthur lo define como “la baja probabilidad de enfermedad y discapacidad relacionada con un alto funcionamiento cognoscitivo y capacidad física, con el compromiso activo con la vida”. Todas las definiciones incluyen el término “funcionamiento” porque en la gerontología todo gira a la funcionalidad: la capacidad de independencia que refleja el equilibrio interno y externo, el indicador de la vulnerabilidad y los daños que pueden acompañar al proceso de envejecimiento. El adjetivo “exitoso” incluye la posibilidad de estar bien, a pesar de la enfermedad, y de la recuperación o adaptación a los daños. En cuanto a “envejecimiento digno”, presenta grandes problemas de valores porque la dignidad es algo personal y no una cualidad que pueda otorgarse desde fuera.

El proceso de envejecimiento es resultado de la interacción de varios factores: carga genética heredada individual, y de la especie; el uso abuso y desuso (estilo de vida de las potencialidades y vulnerabilidades genéticas heredadas y la suma de enfermedades (físicas, mentales y sociales) que se adicionan durante la vida y hacen del individuo un ser cada vez más vulnerable y con menos capacidad de adaptación, es decir, frágil.

No puede perderse de vista que hay una parte del individuo de extraordinaria importancia, pero que los factores sociales desempeñan una función alentadora o desalentadora para el buen envejecer; esto es todo lo externo que no resulta favorecedor por ahora y, con base en el modelo social juvenil, la indiferencia e incluso el desprecio por el viejo.

Las medidas preventivas para envejecer bien, o para que el envejecimiento sea exitoso, deben plantearse a través de la geroprofilaxis, esto es, aplicar la mayor cantidad de medidas preventivas que atenúen la vulnerabilidad que se acumula con el paso del tiempo como resultado de los riesgos genéticos, el estilo de vida y las enfermedades. Si se alcanzan logros al respecto, será mayor cada vez más la capacidad de enfrentar retos mayores hacia la realidad de un envejecimiento exitoso.

Los aspectos que los propios viejos consideran importantes para un envejecimiento exitoso:

- a) Mantener la mejor salud posible y la capacidad de cuidar de sí mismo hasta acerca de la muerte, lo que significa funcionalidad e independencia.
- b) Tener una buena genética
- c) Sensación satisfactoria de la persona y la vida la mayor parte del tiempo, sin reproches ni resentimientos.
- d) Tener familia y amigos, continuar interesado en el mundo y las personas; participación y apoyo social.
- e) Capacidad para escoger e influir en el envejecimiento de acuerdo a los valores individuales.
- f) Satisfacer necesidades y algunos deseos o caprichos.
- g) No sentir soledad ni aislamiento.
- h) No dejar de aprender y trabajar
- i) Aceptar el hecho de que no se vive para siempre.

6. Autopercepción de la salud

Conocer el estado de salud de los viejos permitirá adecuar los servicios, establecer prioridades y determinar la eficiencia y la efectividad de las intervenciones médicas. La transición demográfica hacia una aprobación longeva con características particulares obliga a los gerontólogos a enfrentar una creciente demanda de cuidados médicos y sociales geriátricos. La finalidad principal de las expectativas de la vida de los viejos es una buena calidad. La calidad de vida en la vejez, es buena medida, consecuencia de las particularidades del medio en que el sujeto se desarrolla durante toda su existencia, y en esta etapa se relaciona de manera significativa con la autonomía y la independencia.

La parte objetiva, que se refiere a lo que una sociedad puede ofrecer para satisfacer las necesidades materiales esenciales, como la salud, alimentación, educación, empleo, condiciones de trabajo, retiro, jubilación, tiempo libre, ocio, ingresos, bienestar material, vivienda, calidad del medio ambiente, etc., que en general son susceptibles de medirse.

La parte subjetiva, que no puede cuantificarse, se relaciona con la concepción de cada individuo respecto de la satisfacción, autorrealización y el desarrollo personal; es una apreciación totalmente particular algo tan íntimo y subjetivo que no puede y no debe el exterior en un concepto sistematizado y medido en función de un parámetro uniforme.

Mediante el autocuidado, los viejos pueden ejercer un mayor control sobre su salud y su microambiente y están más capacitados para optar por todo lo que contribuya para su bienestar integral.

La autopercepción de la salud constituye en la herramienta esencial y, general, es un instrumento necesario para la correcta atención de estos pacientes.

La autopercepción de la salud depende de gran medida de la presencia de trastornos crónicos (hipertensión arterial, diabetes mellitus, artrosis, dislipidemias, depresión, trastornos de la memoria, etc.) y síntomas a los cuales se hace referencia (cefalea, disminución de la agudeza visual y auditiva y malestar general), capacidad funcional escasa menor satisfacción con la vida, sedentarismo y sensación de soledad.

La escala de Nottingham, que califica la autopercepción de la salud, considera varios apartados que deben valorarse; entre otros, dolor sueño, aislamiento social, reacciones emocionales y movilidad. Cada respuesta afirmativa equivale a un punto; a mayor puntuación, peor el estado de salud.

Se trata de un cuestionario autoadministrado, excepto para personas analfabetas o con problemas para leer. La aplicación de esta escala puede ser útil en la atención primaria porque requiere poco tiempo y su interpretación es sencilla.

La mayor parte de las escalas geriátricas tiene utilidad para ofrecer al paciente una atención integral de calidad; además, su aplicación no exige recursos cuantiosos puesto que el mismo paciente las contesta. Es necesario trabajar con las percepciones de los propios individuos y, si son autodeclaradas, mejor.

La valoración de los viejos es fundamental; en ella se conjuga la gerontología médica con un enfoque integral, más allá del historial clínico tradicional que centra su interés en el diagnóstico clínico para extenderse a los aspectos psicológico,

familiar, social, económico y la disponibilidad de los cuidadores; son en menor grado depende de las condiciones médicas.

No supone ninguna novedad afirmar que la autopercepción y la valoración integral constituyen una herramienta esencial y, en general, un instrumento necesario para una atención adecuada, sin olvidar el diseño de un plan de cuidados individualizados, a la medida de cada paciente.

	Si	No
Energía		
En seguida me quedo sin fuerzas		X
Todo me cuesta un esfuerzo		X
Siempre estoy fatigado		X
Dolor		
Tengo dolor al subir y bajar las escaleras		X
Tengo dolor cuando estoy de pie		X
Tengo dolor al cambiar de postura	X	
Tengo dolor cuando estoy sentado		X
Tengo dolor al andar		X
Tengo dolor por las noches	X	
Tengo un dolor insoportable		X
Tengo un dolor constantemente		X
Sueño		
Me despierto antes de la hora	X	
Me cuesta mucho dormirme	X	
Duermo mal por las noches	X	
Tomo pastillas para dormir		X
Me paso la mayor parte de la noche despierto		X
Aislamiento social		
Me cuesta mucho trabajo llevarme bien con la gente		X
Últimamente me resulta difícil contactar con la gente		X
Creo no tengo a nadie en quien confiar		X
Me encuentro solo		X
Creo que soy una carga para los demás		X
Reacciones emocionales		
Los días se me hacen interminables	X	
Tengo los nervios de punta		X
He olvidado que es pasarla bien		X
Últimamente me enfado con facilidad	X	
Las cosas me deprimen	X	
Me despierto desanimado	X	

Las preocupaciones me desvelan por la noche	X
Siento que estoy perdiendo el control de mi mismo	X
Creo que no vale la pena vivir	X
Movilidad	
Me cuesta sujetar las cosas	X
Me cuesta agacharme	X
Me cuesta subir y bajar escaleras	X
Sólo puedo andar dentro de la casa	X
Me cuesta vestirme	X
Soy totalmente incapaz de andar	X
Versión en español del perfil de Salud de Nottingham para la autopercepción de la salud	

El resultado de esta encuesta en el señor José fue de 11/36, lo cual su estado de salud no se ve tan afectado y así se podrá realizar una mejor atención integral de calidad.

7. Gerontología conductual

La intervención conductual tiene su base en la metodología de las ciencias del comportamiento y las teorías del aprendizaje. Las intervenciones basadas en el modelo conductual se basan actualmente en un enfoque que subraya la importancia de los procesos de aprendizaje a lo largo de la vida y en el supuesto básico de que las personas pueden lograr cambios en su forma conseguir una mejor adaptación a su entorno.

La expresión “gerontología conductual”, es la aplicación de la perspectiva conductual a los problemas que tienen lugar en la vejez y constituye un área de la perspectiva conductual a los problemas que tienen lugar en la vejez. Las primeras aplicaciones del modelo conductual a los problemas de la vejez, tienen lugar en la década de los 60, es frecuente que determinadas condiciones ambientales interactúen con variables biológicas en la aparición de trastornos de comportamiento en la vejez. Tales factores ambientales pueden afectar a la conducta en ambientes habituales y por otro lado, se mantiene que las contingencias de refuerzo pueden llevar a comportamientos inapertivos.

El modelo bioconductual el cual el declive que caracteriza frecuentemente a las personas mayores es una función específica de cuatro tipos de relaciones ambiente-conducta, en las que intervienen dos clases de antecedentes y otras clases de consecuencias.

Explicación del declive conductual en función de los tipos de relación ambiente-conducta de Baltes y Barton (1979)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia de consecuencias positivas ante una conducta apropiada o adaptativa(no se realiza o se ignora que una persona mayor realice una determinada ejecución física o cognitiva) 2. Presencia de consecuencias negativas ante una conducta apropiada o adaptativa (se critica la realización de actividad física). 3. Disminuyen o están determinados estímulos discriminativos(la jubilación implica una disminución de estímulos que llevan a realizar actividad) o están presentes pero no se perciben (debido a pérdidas sensoriales) 4. Presencia de estímulos discriminativos que tienden a inhibir la emisión de respuesta (prejuicios, expectativas negativas de otras personas).

Realiza una descripción de los comportamientos inadaptativos en la vejez en función que se caractericen por una tasa excesiva de respuesta (conducta agresiva, verbalizaciones disruptivas) o por una tasa deficiente de respuesta (bajo nivel de actividad). También se describe como el control de los antecedentes puede afectar al comportamiento tanto a través de una mejora estimular (favorecer la actividad social mediante ambientes estimulantes en los que estén presentes actividades) como a través del control de estímulos propiamente dicho (disminuir la deambulacion mediante la colocación de determinados elementos ambientales) Otra aportación a la gerontología conductual se debe a Wisoki (1984), que se anticipó en poner de relieve las importantes consecuencias comportamentales derivadas del declive físico y las posibilidades de actuar sobre los cambios físicos y cognitivos durante la vejez, así como las posibilidades de intervención en el campo de la salud y la enfermedad, con un especial énfasis en las actitudes de los profesionales y de las propias personas mayores hacia estas intervenciones.

Superando los límites del condicionamiento operante, la gerontología conductual actual abarca planteamientos más amplios. El análisis de los problemas conductuales en la edad avanzada ha ampliado su perspectiva, siguiendo así la propia evolución del modelo conductual. De este modo, se da una gran importancia al concepto de autocontrol, subrayándose así el protagonismo del individuo y destacando tanto su papel en el moldeamiento de su propio ambiente, así como su necesaria participación activa en el tratamiento.

La aplicación del modelo conductual a la psicología de la vejez es similar a su aplicación a cualquier otro grupo de edad, aunque requiere algunos planteamientos específicos y adaptaciones en las estrategias terapéuticas, así por ejemplo, el análisis de los problemas en la vejez, en términos de antecedentes, respuestas y consecuencias, debe realizarse de la misma manera que para cualquier otro grupo de edad, pero , además deben considerarse especialmente

como posibles antecedentes el declive físico, la enfermedad, factores ambientales específicos, condiciones sociales, actitudes hacia uno mismo, determinadas prácticas nutricionales, efectos de la medicación, etc. Las respuestas que siguen a estos estímulos son, frecuentemente , aquellas que tradicionalmente han caracterizado a una persona como “anciana”, esto es, movilidad reducida, evitación de contactos sociales, manifestaciones verbales negativas hacia si misma y otras semejantes, etc. las consecuencias cómo comportarse como “anciano” pueden ser un mayor declive físico, salud deficiente, actitudes personales inadecuadas, pérdida de relaciones sociales , etc., las cuales a su vez, pueden servir como estímulos para otras respuestas.

La gerontología comportamental tiene como objetivo mejorar y prolongar una vida independiente en la vejez. Los problemas tales como la pasividad, la inactividad y el aislamiento social; la dependencia en actividades de la vida diaria; problemas psicológicos y de salud, como depresión, insomnio, dolor crónico; pérdidas cognitivas y sensoriales. Etc. las aéreas generales en las que se ha demostrado la utilidad de tales intervenciones son diversas.

- 1° Intervenciones enfocadas a una vejez saludable cuyo objetivo principal es prevenir, demorar o compensar los cambios físicos, cognitivos etc. Asociados al envejecimiento normal.
- 2° Se agrupan la intervenciones dirigidas a los problemas de salud, que incluyen tanto las actuaciones orientadas a facilitar la adaptación de las personas mayores ante las enfermedades crónicas como aquellas dirigidas a tratar algunas consecuencias conductuales de las enfermedades (por ejemplo, depresión tras un accidente cerebro-vascular, vómitos en la quimioterapia, problemas de conducta en la demencia, etc.)
- 3° Intervenciones en problemas clínicos (depresión, ansiedad) que se producen en cualquier grupo de edad, sin determinadas circunstancias asociadas a la edad confieren a estos problemas algunas connotaciones particulares.
- 4° Intervenciones dirigidas a la modificación del medio en el que vive la persona para lograr una mejor adaptación persona-ambiente.

8. Ayuda en la toma de decisiones

El momento más crítico en el proceso de adopción de una nueva conducta relacionada con la salud es el de la toma de decisión. Este momento, al cual se llega después de haber ponderado una serie de opciones para luego decidir adoptar, por ejemplo, una nueva dieta, un plan de actividad física, es una etapa en la cual el consejero cumple un rol de asistencia muy especial al usuario. Su objetivo es el de facilitar la toma de decisiones acompañando al usuario en un análisis de sus circunstancias, intereses personales y sentimientos. El consejero

debe hacer uso de sus habilidades de comunicación interpersonal para facilitar que el usuario tome una decisión propia e informada y pueda estar satisfecho con ella.

Cada decisión que tomamos por simple o compleja que sea, tiene detrás una serie de factores y sentimientos. Las decisiones se toman por diferentes razones.

Es importante que den un ejemplo de una decisión que haya tomado recientemente en cuanto a su conducta y saber qué fue lo que les motivo a tomar esa decisión y las razones que motivaron dicha acción.

Se debe explicar que hay muchos factores que influyen en la toma de decisiones

- Físicos: basados en la sensación corporal (dolor, incomodidad o placer).
- Emocionales: basados en los sentimientos o actitudes.
- Racionales: basados en el conocimiento.
- Prácticos: basados en la influencia de las relaciones entre personas.
- Interpersonales: basados en la influencia del amor, cariño u otras consideraciones personales (familia, sociedad)
- Estructurales: basadas en factores relacionados con el entorno.

Uno, algunos o todos de estos factores pueden influir en la toma de decisiones para el cambio de conducta. Lo más importantes recordar que no todo el mundo está motivado por los mismos factores para adoptar una conducta de autocuidado de la salud.

Cuando son decisiones importantes, generalmente tomamos un tiempo entre la consideración inicial de la situación y las opciones antes de llegar a nuestra decisión final sobre cómo vamos a actuar.

Cuando un paciente crónico decide cambiar sus hábitos alimenticios por primera vez, está constituye una decisión difícil e importante, por lo que toma un tiempo antes de ponerla en práctica.

El proceso de cambio de conducta tiene cinco etapas principales, cada etapa o fase indica un nivel de disposición por parte del usuario relacionado a la toma de decisiones y su capacidad de actuar con relación a si mismo.

Etapas del cambio de conducta	Fases en la adopción de la nueva conducta	Rol del proveedor de servicios en el proceso de la adopción
Toma de conocimiento	Es el momento cuando una persona escucha por primera vez acerca de la nueva conducta o idea y le atrae o se interesa en ella.	Esta etapa comienza con el primer contacto con el usuario con relación a la nueva información. Esto podría suceder en la comunidad o en

		<p>el Centro de Salud por medio de la comunicación interpersonal del personal de salud, o a través de los medios de comunicación. La información más apropiada para esta etapa es sobre los beneficios de la nueva conducta y los posibles riesgos de no adoptarla.</p>
<p>Formación de una actitud favorable</p>	<p>La persona se da cuenta que la nueva conducta requiere de habilidades nuevas. La persona se siente bien de pensar en adoptar este nuevo comportamiento y quiere seguir considerándolo. La persona hablará con personal de salud, su pareja, amistades, etc., sobre la nueva conducta.</p>	<p>Un usuario potencial pasa a la segunda etapa del proceso de adopción de la nueva conducta, cuando la información inicial sobre este tema está causando un impacto favorable en su actitud y empieza a tomar conciencia y buscar información adicional por los diferentes canales de la comunicación, ya sea interpersonal o masiva.</p>
<p>Tomar una decisión</p>	<p>La persona decide adoptar la nueva conducta</p>	<p>En este punto del proceso de la adopción de la nueva conducta, el usuario compara la información que ha obtenido acerca de la nueva conducta con su propia información y forma de pensar. Esto hace que el proceso sea un proceso de toma de decisiones bien informado y la decisión que tome el usuario va a tener mayores posibilidades de llevarse a cabo con éxito. Muchas veces este proceso se realiza en un centro de salud con un proveedor de servicios, o durante una sesión de consejería.</p>
<p>Adoptar la conducta</p>	<p>La persona pone en práctica la nueva conducta.</p>	<p>Una vez que la nueva conducta haya sido valorada y aceptada, el consejero da al usuario información adicional</p>

		sobre ¿cómo practicar la nueva conducta?, ¿cuáles son los detalles?, por ejemplo del plan de actividad o alimentación, tomar algún medicamento, los posibles problemas que puedan presentarse, etc.
Reafirmación	La persona se siente bien y recibe retroalimentación positiva de su familia, amigos y otros. Comparte la idea con otras personas que pueden también beneficiarse.	En esta etapa, es importante que el promotor comprenda que el usuario necesita afirmación y estímulo, para que se convierta en un usuario satisfecho y pueda a la vez ser fuente de información y motivación para otras personas.

La empatía en el proceso de toma de decisiones, es la identificación y comprensión de los sentimientos, creencias, actitudes, valores y percepciones de la otra persona, así como de la situación en la que se encuentra.

Existen mecanismos de defensa cuando nos sentimos amenazados, lo que nos sirve para protegernos y poder salir adelante. Es importante poder ayudar e identificarlos.

- Represión: quitar los pensamientos y sentimientos dolorosos de la consciencia
- Proyección: transferir la culpa de errores personales a otros.
- Reacción: reemplazar el pensamiento, sentimiento o comportamiento con su opuesto, por ejemplo, el paciente que tiene miedo de llamar la atención y se comporta de manera que llama la atención de su familia.
- Negación. Ignorar que algunas cosas desagradables impiden a las personas enfrentar los problemas reales.
- Racionalización: comportarse de acuerdo a lo que es lógico y socialmente aceptado.

9. Trastornos del sueño

La queja sobre el sueño son frecuentes entre la gente mayor, y la incidencia de problemas del sueño aumentan con la edad. Las personas mayores sufren cambios asociados a la edad en la naturaleza de su sueño incluyendo una mayor dificultad para conciliar el sueño despertares más frecuentes, reducción en la

cantidad de tiempo de sueño y cabeceadas más frecuentes durante el día. Una arquitectura del sueño apropiada y un tiempo total de sueño adecuado son necesarios para un buen funcionamiento. Para que el sueño sea descansado y reconstituyente, el durmiente debe avanzar por las etapas de movimiento no rápido de los ojos (NREM, non-rapid eye movement) de onda de sueños lentas y aproximadamente cada 90 minutos a lo largo del ciclo nocturno en etapas de movimientos rápidos de los ojos (REM, rapid eye movement).

El sueño y la vigilia entran en un patrón circadiano de periodicidad que significa aproximadamente un ciclo por cada periodo de 24 horas. Este patrón de distribución sueño-vigilia está regulado por el núcleo supraquiasmático localizado en el hipotálamo y forma la base de los ritmos circadianos. Este patrón rítmico puede ser interrumpido por el aislamiento del ciclo normal de la luz-obscuridad, por el aislamiento de los estímulos ambientales y por viajar rápidamente a zonas de distintos horarios (jet lag). El propósito exacto del sueño no está claro, pero la privación del sueño puede producir cambios físicos y psicológicos dañinos, como fatiga durante el día, irritabilidad, deterioro de la capacidad de aprendizaje, retraso de la curación y alucinaciones visuales y auditivas. Los trastornos del sueño pueden exacerbar problemas de conducta en personas mayores con enfermedad de Alzheimer y otros deterioros cognitivos.

9.1 Estructura del sueño.

La fisiología normal del sueño se comprende de cuatro etapas distintas medidas por electroencefalografías. El sueño oscila entre la etapa I (sueño ligero) a la etapa 4 (sueño profundo) y puede clasificarse como sueño REM o sueño NREM.

Durante el sueño NREM se libera hormona del crecimiento, prolactina y hormona estimulante del tiroides, ayudando a la restauración fisiológica. El sueño profundo parece estimular la restauración física mediante la liberación de hormona del crecimiento al tiempo que se reduce la presión arterial y la función respiratoria (McCance y Heuther 2001). Con el envejecimiento, la cantidad de tiempo dedicado al sueño profundo cae a medida que avanza la noche. En una persona mayor sana, el sueño profundo comprende el 33% del primer ciclo del sueño, el 17% del segundo, el 6% el tercero, el 2% del cuarto y el 1% del quinto. La etapa 1 es el sueño ligero en el que la persona se siente como si flotara dentro y fuera del sueño y puede acompañarse de una sensación de caída con contracciones musculares repentinas. En la etapa 2, el cerebro tiene ondas lentas y los movimientos oculares cesan. El sueño de la etapa 3 se caracteriza por ondas cerebrales lentas y husos del sueño, que son explosiones de actividad eléctrica. En la etapa 4, el cerebro produce principalmente ondas delta que se caracterizan por patrones grandes y lentos de actividad cerebral. Durante la 1 y 2 las personas

pueden despertarse con facilidad del sueño, mientras que las personas en las etapas 3 y 4 del sueño son más difíciles de despertar. A medida que avanzan las etapas del sueño, cada vez es más difícil despertar al durmiente, y los despertares durante la noche más frecuentes en la persona mayor pueden relacionarse con la menor cantidad de sueño de ondas cortas en esta población. Este proceso de reducción del sueño de ondas lentas comienza a los 20 años aproximadamente, dándose el sueño más profundo en la infancia. La abundancia del sueño de ondas lentas en la infancia apoya la frase “dormir como un bebe”.

El sueño REM se caracteriza por una intensa actividad cerebral que da lugar a pequeñas y breves contracciones musculares. El sueño REM se acompaña de un aumento en la frecuencia cardíaca y la presión arterial. La respiración es irregular y poco profunda, los ojos se mueven rápidamente de un lado a otro y las extremidades se quedan temporalmente paralizadas. El sueño REM a veces se denomina “etapa de ensoñación” por qué los sueños aparecen durante la fase REM y se cree que es necesaria para la restauración psicológica. El sueño REM es necesario para aprender y consolidar la memoria y la concentración diurna. El sueño REM aparece de forma cíclica cada 90 o 120 minutos durante la noche. A medida que la noche avanza, el sueño se vuelve más ligero y la persona pasa más tiempo en sueño REM.

9.2 Cambio normales en el envejecimiento.

Los cambios en el sistema nervioso asociados a la edad pueden afectar al sueño. Estos cambios pueden darse a nivel químico, estructural y funcional y pueden resultar en una desorganización del sueño y la interrupción de los ritmos circadianos. (Jao y Alessi, 2004). Los neuromecanismos del sueño se distribuyen por el tallo cerebral, el cerebro anterior basal y las regiones subcortical y cortical. Los neurotransmisores como la serotonina y la noradrenalina mantienen alerta ciertas partes del cerebro durante el sueño. La entrada de información sensorial como ruidos fuertes y luces brillantes puede estimular el sistema activador reticular y hace que una persona mayor se despierte. Otras neuronas de la base del cerebro envían señales para desatender los estímulos que normalmente mantendrían despierta a una persona. El sueño normal depende de la integridad de estos complejos mecanismos. La reducción en la tasa metabólica cerebral y el flujo sanguíneo cerebral, las reducciones en el número de células neuronales y los cambios estructurales como la degeneración y atrofia neuronal pueden darse con el envejecimiento.

Las conductas anómalas del sueño son una categoría de acontecimientos que pueden ocurrir en cualquier momento durante el ciclo vital pero que vuelve más frecuente a una edad avanzada. Estas conductas pueden incluir las siguientes:

- Mioclonus o contracciones súbitas de los músculos y sensación de hormigueo en las piernas también llamada “síndrome de las piernas inquietas”. Las quejas pueden incluir sensaciones de hormigueo, reptación, arrastramiento o dolor en las piernas.
- Ronquidos ruidosos habituales, ahogamiento o jadeo, periodos de apnea del sueño.
- Conductas inusuales que pueden aparecer durante el sueño como sueños vividos o caminar en sueños

La mayoría de las personas mayores necesitan entre 6 y 10 horas de sueño cada noche. Menos de 4 o más de 8 horas de sueño se asocian con unas mayores tasas de mortalidad que los que duermen 8 horas. A menudo el tiempo que se tarda en conciliar el sueño es un buen indicador de si una persona duerme lo suficiente. Los que se quedan dormidos casi inmediatamente tras posar la cabeza en la almohada tal vez sufran privación del sueño. Cuando no se alcanzan las necesidades de sueño de una persona mayor, se acumula un déficit de sueño con la pérdida resultante de funcionamiento general durante el día. Cuando una persona pierde normalmente entre 1 y 2 horas de sueño cada noche la falta de sueño puede acumularse dando lugar a una somnolencia crónica excesiva.

Las personas mayores pueden echar siestas con mayor frecuencia durante el día, desorganizando así los patrones circadianos normales. Mientras que se halló con una “cabezadita” diaria de 30 minutos o menos después de comer no trastorna el sueño nocturno de las personas mayores, las siestas diurnas más frecuentes pueden desorganizarlo. Si una persona mayor normalmente necesita 8 horas de sueño en un periodo de 24 horas y durante el día duerme 2 o 3 horas, esa persona no puede esperar disfrutar de 8 horas de sueño ininterrumpido durante la noche. La persona mayor dará vuelta en la cama, se frustrará con la incapacidad de dormirse y sufrirá cada vez más trastornos en los patrones de sueño-vigila. Para los que duermen bien, la cama y el dormitorio son fuertes señales de somnolencia y sueño; para los que duermen mal, estos lugares indican alerta, frustración y desvelo.

9.3 Interrupción del sueño.

La interrupción del sueño es frecuentemente en las personas mayores con problemas psicosociales. El estrés de la vida al combinarse con los factores emocionales predisponentes como depresión y ansiedad puede relacionarse con el inicio de los problemas de sueño. Muchos estudios identifican la ansiedad, el estrés y la depresión como los principales impedimentos para quedarse y permanecer dormidos en las personas de todas las edades. Las influencias

psicosociales que pueden interrumpir el sueño incluyen el aislamiento social, el estrés y cansancio del cuidador y el duelo y luto.

Las personas mayores deprimidas son más propensas a referir quejas somáticas como problemas de sueño y cambios en el apetito en vez de sentirse “triste” o “melancólicas”. Las personas más jóvenes son propensas a reconocer la conexión entre los trastornos del sueño y los problemas emocionales: por lo tanto, el profesional de enfermería debe ser consciente de esta conexión.

El malestar físico o el dolor pueden ser un impedimento importante para el sueño. Las personas mayores con dolor tardan más en quedarse dormidas y tienen un mayor número de despertares nocturnos. El dolor dificulta el logro de una posición cómoda para dormir puede producir tensión y espasmos musculares, y puede mantener a una persona mayor despierta durante la noche si se pasa el efecto de la medicación para el dolor. Además, las personas mayores que sufren de dolor crónico también pueden limitar las actividades diurnas, dando lugar a inactividad física, pérdida del condicionamiento o de la fuerza y función física, y seguir alterando el ciclo de sueño-actividad. Los pacientes hospitalizados por enfermedades agudas también pueden sufrir dolor por las incisiones quirúrgicas, por el trauma o la lesión que causó la hospitalización o malestar por las vías intravenosas, las sondas urinarias implantadas y demás artilugios.

10. Insomnio

El insomnio es una enfermedad crónica que se define por tener problemas para conciliar o mantener el sueño la mayoría de las noches y que dura más de un mes. O bien representa el trastorno del sueño más frecuente en el anciano. Como trastorno primario del sueño se define como la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o la falta de un sueño reparador tres veces en una semana durante un mínimo de un mes, con suficiente intensidad para provocar repercusiones (cansancio diurno, irritabilidad, falta de concentración, pérdida de memoria, etc.)

El envejecimiento por sí mismo causa algunos cambios en el patrón del sueño, disminución del sueño de movimientos oculares rápidos y amplitud y cantidad de ondas lentas características de las etapas 3 y 4; y aumento de despertares, lo que hace de un sueño más “superficial”. También se ha observado un cambio en el ritmo circadiano relacionado con la temperatura corporal y la secreción hormonal, así como el número total de horas de sueño, seis a siete horas diarias.

Otra causa de insomnio son los movimientos periódicos de las extremidades durante el sueño (síndrome de piernas inquietas) caracterizado por insomnio y somnolencia diurna, movimientos repetitivos y estereotipados con flexión parcial

de la rodilla y el tobillo; cinco o más movimientos durante una hora de sueño; disestesias y el dolor remiten con el movimiento involuntario.

La identificación de la causa de insomnio es clave para el adecuado manejo. Los síntomas de enfermedades crónicas y alteraciones físicas como dolor articular, calambres en piernas, disnea de origen cardiovascular o pulmonar, nicturia por hiperplasia prostática o reflujo gastroesofágico y en muchas ocasiones la polifarmacia son el origen del insomnio en esta edad.

Los síntomas de insomnio suelen incluir incapacidad para mantener el sueño y despertar a primera hora de la mañana, situación especialmente habitual en la depresión. Entre los demás síntomas se incluyen dificultad para conciliar el sueño, desvelos frecuentes, cansancio diurno, irritabilidad y problemas de concentración o para rendir en condiciones de sobrecarga. El resultado es un sueño de mala calidad que produce somnolencia durante el día e impide una concentración y funciones adecuadas durante el día. Tiene consecuencias graves en el anciano incluyendo un incremento en el riesgo de caídas, depresión-ansiedad, manifestaciones somáticas, deterioro cognitivo, abatimiento funcional, pérdida de la independencia y colapso del cuidado que puede ser el inicio de maltrato y abuso.

10.1 Criterios diagnósticos del insomnio

- A. Dificultad para dormir caracterizada por cualquiera de los siguientes criterios:
 - a. Dificultad en la conciliación (30 minutos o más).
 - b. Dificultad en el mantenimiento (más de 30 minutos despierto de noche) que afecta a la eficiencia del sueño (proporción de tiempo total de sueño/tiempo total en cama menor del 85%).
- B. La alteración del sueño se produce al menos tres noches por semana.
- C. La alteración del sueño ocasiona una alteración significativa del funcionamiento diurno (astenia) o un malestar notable.

10.2 Tratamiento

Las medidas de higiene del sueño alivian muchas veces el insomnio crónico. Una siesta breve de menos de 30 minutos durante el día, sobre todo si forma parte de un plan terapéutico completo, no suele alterar el sueño, sobre todo si se duerme para descansar y no por aburrimiento. Sin embargo, el exceso de sueño durante el día puede impedir el sueño.

Medidas de higiene del sueño
Realizar ejercicio diario por lo menos 30 a 40 minutos de preferencia por la mañana y unos 20 minutos de caminata por la tarde fuera de casa
Practicar algún ejercicio relajante como yoga, taichí, natación , etc.
Platicar los problemas con la persona indicada, evitar ir a dormir con pensamientos sobre problemas sin resolver
Evitar sustancias estimulantes como café, tabaco, alcohol, refrescos de cola, chocolate, por lo menos 3 hrs antes de acostarse
Evitar ingerir líquidos 3hrs antes de acostarse
Cenar ligero, evitando en lo posible alimentos grasosos e irritantes
Evitar las siestas en el día, con el fin de que no afecte el sueño nocturno. Se permite una siesta no mayor de 15 a 20 minutos antes de las 6:00 pm en ancianos
Mantener horarios regulares para acostarse y levantarse con un promedio de 8 horas de sueño todos los días de la semana
No realizar actividades que aumente el estado de alerta en cama, como ver televisión para dormir, trabajar en la computadora, radio o lectura. Utilizar la cama sólo para dormir
Retirar todo tipo de reloj de la habitación y evita a toda costa ver la hora en cada despertar, esto genera ansiedad y sensación de insomnio
Si presenta uresis en zona muy ruidosa o iluminada, utilizar antifaz y/o también tapones auditivos
Antes de ir a dormir se recomienda disminuir la intensidad de luz y utilizar una técnica de relajación: respirar lento y profundo, con los ojos cerrados, con música con volumen bajo si así se prefiere y pensar en un lugar que releje. Pasar a la cama cuando se encuentre relajado.

11. Cambios en el nivel de ansiedad

La ansiedad es un sentimiento normal, cuando la ansiedad sobrepasa ciertos límites se constituye en enfermedad. Las características de los síntomas permiten clasificar los síndromes.

Los cambios neurodegenerativos del envejecimiento complican la presentación de los síndromes ansiosos. Para el diagnóstico es importante la historia detallada y la exploración del estado físico y mental.

En los Adultos Mayores, la depresión y demencia son las causas principales de ansiedad. Frente a un síndrome de ansiedad debemos valorar si es una respuesta a una situación estresante, si hay una enfermedad médica o psiquiátrica de base, ingesta o suspensión de medicamentos o sustancias.

La ansiedad normal está presente en la vida cotidiana y equivale a un adecuado estado de alerta y permite mejorar el rendimiento. Cuando rebasa cierto margen lleva a un estado emocional no placentero de miedo o aprensión desproporcionada para las circunstancias que se manifiesta con síntomas físicos y estado de hiperalerta.

La consulta de pacientes con trastornos de ansiedad es un hecho muy frecuente en Atención Primaria siendo los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad los más frecuentes. Dentro de los trastornos de ansiedad el más frecuente es la ansiedad generalizada.

11.1 Frecuencia (incidencia, prevalencia)

Generalmente la ansiedad en el Adulto Mayor pasa inadvertida, de acuerdo a Brickman y Eidorfer, las causas serían:

- El enmascaramiento por enfermedades médicas.
- El enmascaramiento por trastornos cognitivos.
- La negación de la ansiedad por los mismos adultos mayores.
- El olvido adaptativo de los adultos mayores de las vivencias de ansiedad.
- La negación por los familiares o cuidadores.
- La falta de reconocimiento por el equipo de salud de la presencia de ansiedad.
- La institucionalización de pacientes con ansiedad y su menor supervivencia

Las consecuencias de no diagnosticar y por lo tanto tratarla son:

- Policonsulta: 7 veces más consultas médicas
- Hospitalizaciones más frecuentes
- Prolongación de las hospitalizaciones (20%)
- Cronificación de los trastornos
- Asociación con otros trastornos médicos y psiquiátricos

11.2 Los trastornos ansiosos más frecuentes en los Adultos Mayores son:

a) Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Es un trastorno que se caracteriza por temor o aprensión e vigilancia constante, que invaden a la persona, acompañándose de tensión motora y síntomas neurovegetativos. Es más frecuente en mujeres y a mayor edad. El curso es

crónico en la mayoría de los casos y oscilante por las condiciones ambientales, así el estrés puede determinar agravamientos o recaídas del trastorno. Su base sería orgánica, con asiento en el sistema límbico. Se corrige con el uso de benzodiazepinas y relajación clásica.

b) Trastorno de angustia

Es un trastorno que se caracteriza por crisis de ansiedad intensa, sin motivo, de aparición brusca, de duración limitada y con tendencia a repetirse. De acuerdo a Gorman se produce por una hiperestimulación del locus coeruleus, donde hay la mayor concentración de células noradrenérgicas, que se regulan con antidepressivos tricíclicos y alprazolam. Es más prevalente en mujeres (2/1). Repercute en forma importante en la morbilidad general, por su morbilidad con otros trastornos, como el abuso a alcohol, la depresión, la demencia y la agorafobia.

c) Trastorno de ansiedad fóbica

Es un estado de ansiedad desencadenado por determinados objetos o situaciones que, producen un progresivo temor y finalmente conductas de evitación de los mismos estímulos. Como la evitación es un mecanismo defensivo eficaz de la angustia, este tiende a perpetuarse, constituyéndose en una fobia. Su base orgánica estaría localizada en la zona prefrontal. La terapia preferente es la psicoterapia cognitivo-conductual.

Fobias más frecuentes en el adulto mayor:

- Agorafobia. Se caracteriza por la aparición de ansiedad en situaciones o lugares desde los cuales considera difícil de salir o encontrar ayuda en caso de presentar una crisis de angustia.
- Fobia social. Es la ansiedad que experimenta la persona, cuando se encuentra en una situación de exposición ante otros, viven con el miedo de realizar actos inapropiados que le pongan en ridículo o le hagan objeto de críticas.

d) Trastorno por estrés postraumático

Se caracteriza por la aparición de síntomas que se presentan a continuación de un acontecimiento estresante y traumático, que representa un peligro o amenaza real para la propia vida de una persona o de otras.

Según la duración del tiempo se clasifica en agudo (menos de 3 meses) y crónico (más de 3 meses)

11.3 Asociación de ansiedad con otros trastornos:

Ansiedad y Depresión

El 50% de los pacientes con diagnóstico de ansiedad, presentan síntomas depresivos 60-80% de los pacientes con diagnóstico de depresión, tienen síntomas de ansiedad

Síntomas comunes:

- Alteración del sueño y apetito
- Molestias somáticas inespecíficas: especialmente gastrointestinales y cardiopulmonares
- Irritabilidad
- Falta de energía o fatiga fácil
- Alteración de la memoria.

Ansiedad e Insomnio

La ansiedad produce insomnio

La presencia de insomnio define la ansiedad, aunque su ausencia no excluye su diagnóstico

Se relacionan entre el 25-42% Alteraciones del sueño en la ansiedad:

- Dificultad para conciliar el sueño por pensamientos de preocupaciones
- Retardo para conciliar el sueño
- Sueño superficial
- Sueño no reparador
- Sensación subjetiva de no dormir
- Sueño entrecortado
- Presencia de pesadillas
- Hiperactividad nocturna

12. Envejecimiento fisiológico y predisposición al trauma craneoencefálico

El Trauma craneoencefálico es la enfermedad neuroquirúrgica más frecuente en todos los grupos de edades y en el adulto mayor es la principal causa de morbilidad y de mortalidad neuroquirúrgica. El envejecimiento fisiológico predispone a la ocurrencia de esta variedad de traumas y a sus complicaciones.

El envejecimiento del sistema nervioso central es un proceso complejo caracterizado por cambios macroscópicos y microscópicos que tienen una repercusión funcional. Dentro de sus características más importantes está el deterioro de los mecanismos de autorregulación cerebral y un estado

hiperinflamatorio crónico que incide directamente en los mecanismos de lesión, después del trauma, que amplifica de forma perjudicial la respuesta secundaria. Por su parte el envejecimiento del resto de los órganos se traduce en una disminución de la reserva funcional, de la capacidad de adaptación ante situaciones de estrés como es el trauma craneal y se acompaña de variaciones farmacofisiológicas que interfieren en el tratamiento médico.

La incidencia del TCE en el adulto mayor está en relación con las consecuencias derivadas del envejecimiento sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). Por otra parte la aparición de complicaciones médicas y su relación con el tratamiento quirúrgico se determinan por los efectos del envejecimiento en el resto de los órganos y sistemas

Cambios macroscópicos: se han descrito cambios con la edad, como disminución del peso y volumen del cerebro, ensanchamiento de los ventrículos, estrechamiento de giros y surcos, y aumento en el volumen del líquido cefalorraquídeo (LCR). Se ha estimado que en los humanos, hacia los 70 años de edad, el cerebro es un 6% menos voluminoso que en los jóvenes. Dicha disminución varía en función de la zona: 17 % en el lóbulo frontal, 20 % en los ganglios basales y nulos en la zona parieto-occipital. Incluso, algunas regiones del cerebro como el lóbulo temporal, el giro pre y postcentral y la amígdala, sufren un aumento de volumen.

La disminución del peso del cerebro, en aproximadamente 200 gramos entre los 40 y 60 años, se refleja en un agrandamiento entre un 6-11% de los ventrículos y en una profundización de los surcos, por eso la presencia de atrofia cerebral en una tomografía axial computarizada (TAC) de un paciente anciano no es indicador de un proceso patológico.

La atrofia cortical se acompaña de un aumento del espacio subdural, situación que aumenta la tensión y el estiramiento de las venas puentes que se dirigen de la corteza cerebral a los senos venosos. Estas venas, en el adulto mayor, han perdido su elasticidad, por lo que se rompen ante traumas mínimos, lo cual facilita el desarrollo de hematomas subdurales voluminosos favorecidos por la mayor amplitud del espacio subdural. No ocurre lo mismo con el espacio epidural, el que disminuye progresivamente en el anciano por la adherencia de la duramadre a la superficie interna del cráneo hasta formar parte del periostio, en algunos casos. Esta condición explica la baja incidencia de los hematomas epidurales en el anciano, a pesar de existir un aumento en la frecuencia de las fracturas craneales por la disminución progresiva de la mineralización del hueso.

13. Cambios funcionales durante el envejecimiento del sistema nervioso

Cambios neuroquímicos: se ha descrito la disminución de la concentración de la mayoría de los neurotransmisores. El envejecimiento provoca despolarización excitatoria y por consiguiente la liberación de aminoácidos excitatorios y elevación significativa de los niveles de glutamato. El mismo es responsable de la activación de los mecanismos de excitotoxicidad aguda y retardada que causan trastornos en la homeostasis del calcio. El producto final es la activación de enzimas dependientes del calcio, las cuales inician cascadas metabólicas que pueden provocar la muerte celular.

En los estudios más recientes no está del todo dilucidado cuál es el factor más crítico, si el incremento de la reactividad del oxígeno endógeno o la disminución en el defensa anti oxidante lo que favorece el daño oxidativo en la senectud.

Durante el envejecimiento fisiológico, se observa una disminución considerable de factores neurotróficos, se conservan los niveles de factor de crecimiento nervioso y de la neurotrofina tres a nivel del hipocampo. Estos cambios se han relacionado con una disminución de la reorganización sináptica y de la neurogénesis después del trauma.

Estado hiperinflamatorio: se han encontrado niveles elevados de citoquinas inflamatorias como la interleuquina seis (IL 6) y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF α) en la circulación del adulto mayor en condiciones normales. Estos factores pueden aumentar más sus concentraciones después del TCE. Esta producción aumentada de citoquinas es causa de inmunosupresión y se considera un factor predisponente de las complicaciones infecciosas tan frecuentes en el paciente geriátrico

Cambios en la autorregulación cerebral: se ha descrito una declinación progresiva y significativa de la autorregulación vascular y de la reactividad de presiones durante el envejecimiento normal. Se determina en gran medida por la aterosclerosis de los vasos sanguíneos de cerebro. Esta disminución fisiológica de los principales mecanismos de autorregulación, pone al adulto mayor en desventaja para conservar la reactividad cerebro vascular después de un TCE.

Cambios sensoriales: en asociación con el envejecimiento, se observa una reducción del número de células de las neuronas simpáticas de la columna medio lateral de la médula espinal, de las células autonómicas en los ganglios periféricos, de las fibras de las raíces anteriores y posteriores, y de las fibras de los nervios periféricos. Las raíces espinales y los nervios periféricos pueden

mostrar degeneración axonal y regeneración, desmielinización segmentaria y remielinización. Esto produce una disminución de la velocidad de conducción con la edad avanzada en, aproximadamente, 0.15 m/s por año, lo cual se traduce en un enlentecimiento de los mecanismos reflejos de respuesta y se considera un factor predisponente de las principales causas del TCE en el adulto mayor, puesto que se pierde la capacidad de respuesta lo suficientemente rápida ante los diferentes estímulos.

Cambios motores: el contenido de neuronas en la corteza motora y en la sustancia negra, disminuye de un 20 a un 50 % desde la adolescencia a la senectud. Son las células piramidales de la segunda, tercera y quinta capas de Brodman, las primeras que degeneran y pierden su árbol dendrítico, mientras que las células cerebelosas de Purkinje disminuyen en un 25 % desde el nacimiento.

En el sistema de nervios periféricos se observa una pérdida selectiva de las fibras tipo II o fibras de conducción rápida, que juegan un papel fundamental en la disminución de la fuerza durante la contracción muscular. El desgaste de las células en los cuernos anteriores de la médula espinal cervical y lumbar durante el envejecimiento, ha sido demostrado por estudios neurofisiológicos y necrópsicos. Esto puede relacionarse con la atrofia muscular selectiva del anciano. Estos cambios favorecen el deterioro de los mecanismos de amortiguación, que en condiciones normales se consideran factores protectores ante los diversos traumatismos.

Los cambios sensoriales y motores antes descritos y la disfunción sináptica provocan el deterioro de dos mecanismos reflejos imprescindibles para la bipedestación y la marcha estable, que son el mantenimiento del equilibrio y la capacidad de respuesta rápida y potente del sistema neuromuscular ante su pérdida. Esto, sin dudas, predispone a la ocurrencia de distintas variedades de traumas.

Cambios en el sistema nervioso autónomo: es esencial para garantizar la adaptación rápida y la modulación de las funciones viscerales durante los cambios del medio ambiente interno y externo. Es por ello que los cambios anatómicos y funcionales que se producen durante el envejecimiento afectan la capacidad de respuesta del organismo ante los diferentes estímulos disminuyendo la función reguladora autonómica. Se produce un incremento tanto de la actividad simpática como parasimpática acompañada de la disminución de la capacidad de respuesta de los distintos receptores.

La modificación de la respuesta de los distintos receptores es más cualitativa por reducción de la sensibilidad determinada por pérdida numérica. De esta forma se amortigua la respuesta de los barorreceptores. Otros sistemas reguladores como los relativos a la termorregulación, la neurotransmisión y los sistemas superiores de regulación de la función endocrina y metabólica también experimentan un deterioro progresivo.

Cambios cognitivos: para comprender las bases de los cambios cognitivos que acompañan el envejecimiento, se requiere de la investigación del sistema colinérgico, puesto que la función colinérgica normal está estrechamente relacionada con la función cognoscitiva y la memoria. El envejecimiento se asocia con una disfunción difusa de las neuronas colinérgicas del cerebro anterior. Con la edad se observa una disminución de los receptores corticales colinérgicos, especialmente, de los receptores muscarínicos y de la síntesis de acetilcolina por las terminaciones nerviosas presinápticas. Esto ocurre, sobre todo, en la formación hipocampal, en los núcleos talámicos e hipotalámicos, en el cuerpo estriado, en regiones corticales y en los núcleos colinérgicos ventrales del cerebro anterior, se incluye la banda diagonal, los núcleos basales magno celulares, el globo pálido anterior y la sustancia innominada.

Otros cambios: se ha descrito la disminución de la capacidad de reparación del tejido nervioso durante el envejecimiento, la cual puede exacerbarse con la mayor exposición a insultos menores, repetitivos, en ocasiones subclínicos en el transcurso de los años, y por la presencia de enfermedades asociadas como las vasculopatías y las neuropatías.

El envejecimiento del sistema nervioso, entre otros factores, conlleva a la disminución de la agudeza visual, de la acomodación, de la audición a consecuencia de la atrofia del ganglio espiral y de la degeneración de la cóclea; a una pérdida de la estabilidad durante la marcha, debido a la alteración de la conductividad nerviosa vestibular y de la disminución de la sensibilidad propioceptiva. Existe además un enlentecimiento de los reflejos, todo lo cual incrementa el riesgo de episodios sincopales. Paralelo a esto, cambios anatómicos como la atrofia cortical y la disminución de las propiedades visco elásticas dentro de la bóveda craneal, hacen al encéfalo más susceptible al trauma cerrado.

14. Envejecimiento del organismo y predisposición a las complicaciones posteriores al TCE y a su tratamiento

El envejecimiento se acompaña de una disminución de la reserva funcional. Ésta es la diferencia que se establece entre los niveles basales de actividad del

organismo en reposo y el nivel máximo de su funcionamiento en situaciones de mayor demanda como ocurre durante el ejercicio o en respuesta al estrés quirúrgico. Esta disminución de la reserva funcional se considera el factor más importante en el aumento de la morbilidad y mortalidad en el adulto mayor.

Es característico de envejecimiento fisiológico el deterioro de todos los mecanismos reguladores homeostáticos dentro de los que se encuentran: los mecanismos de termorregulación, los mecanismos de osmorregulación, la actividad de los barorreceptores, los mecanismos de la homeostasis autonómica y los relacionados con la autorregulación del flujo sanguíneo. El deterioro de estos mecanismos explican la alta vulnerabilidad del adulto mayor a la hipotermia, la hipovolemia, la hipotensión y la capacidad de respuesta limitada ante el estrés que significa un TCE grave y el tratamiento neuroquirúrgico.

El envejecimiento del resto de los sistemas del organismo repercute sobre el SNC. A continuación se abordarán los principales aspectos relacionados con este tema.

15. Fisiopatología del dolor.

Los nociceptores del sistema nervioso periférico responden a los estímulos que amenazan o producen daño al organismo.

La sensación de dolor nociceptivo puede ser visceral o somática y está diseñada para aportar una señal de que existe un daño o inflamación tisular en algunas partes del cuerpo. Se asocia al traumatismo o a la enfermedad degenerativa de la piel, el musculo, el hueso, las articulaciones o cualquier otro tejido.

El dolor neuropático resulta del daño al sistema nervioso central o periférico. Aunque el dolor agudo puede ser protector, el dolor no tratado puede convertirse en una carga intolerable y puede conducir a depresión, reducción de la socialización y de las capacidades funcionales y a insomnio.

Con el dolor no tratado, los nociceptores se vuelven sensibles y responden más a los estímulos con un menor umbral de dolor. Esto puede conducir a la hiperalgesia o a una mayor sensibilidad al dolor o a una mayor intensidad de la sensación del dolor. Y puede resultar en una respuesta dolorosa exagerada a estímulos que normalmente producen malestar o dolor leve como la administración de inyecciones, canalizar una vía intravenosa o incluso tomar la presión.

Dolor: experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular o potencial, o descrita en término de dicho daño.

Clasificación del dolor; según la duración:

Dolor agudo: desencadenado por la lesión de tejidos y para la activación estímulos nociceptivos somáticos o viscerales de inicio brusco y corta duración en el sitio del daño local. Cede cuando se resuelve la alteración básica.

Dolor crónico desencadenado por una lesión y perpetuado por factores patogénica físicamente lejanos o diferentes de la causa original. Dolor que persiste, sea cual sea su intensidad, más de un mes. Factores ambientales y afectivos interactúan con el daño histórico y contribuyen a su presencia

Irruptivo: dolor de intensidad moderada o intensa que aparece sobre un dolor crónico. Puede ser de inicio inesperado o previsible (desencadenado por determinadas maniobras conocidas por el paciente).

Dolor somático: se produce por la estimulación de los receptores del dolor en las estructuras musculo esqueléticas profundas y cutáneas superficiales. Por ejemplo, el dolor óseo metastático.

Dolor visceral: causado por infiltración, distensión o compresión de órganos dentro de la cavidad torácica o abdominal. Es frecuente que se asocie a náuseas, vómitos y sudoración. También puede tener un componente referido, manifestándose en lugares distantes al órgano que lo origina.

Dolor neuropático: causado por lesión directa de estructuras nerviosas, ya sea por invasión directa tumoral, como consecuencia de la quimioterapia o por infecciones en un paciente debilitado (herpes zóster, etc.).

El paciente lo describe como sensaciones desagradables, quemantes o punzantes, o como sensación de acorchamiento, hormigueo, tirantez, prurito o presión. Puede llegar a ser de difícil control, ya que responde mal a los analgésicos habituales.

Mixto: coexistencia de varios de los mecanismos anteriores en un mismo paciente.

Dolor agudo en las personas mayores.

El dolor agudo se produce por cirugía, procedimientos médicos o lesiones. Cuando aparece el dolor agudo, es importante que le profesional de enfermería identifique adecuadamente la fuente del dolor y facilite el tratamiento de la enfermedad subyacente o del trauma siempre que sea posible. Enfermedades que producen dolor agudo en las personas mayores incluyen las exacerbaciones de la enfermedad articular degenerativa; la recaídas de enfermedades crónicas como la gota o la artritis reumatoide; los traumatismos por caídas, incluyendo las

lesiones musculares, las fracturas óseas, los golpes y los hematomas; los problemas de la piel como quemaduras, úlceras por decúbito y desgarros cutáneos; la presencia de infecciones como las del tracto urinario; el dolor pleurítico en la neumonía y el dolor neuropático del herpes zoster; el estreñimiento y el dolor postoperatorio por intervenciones quirúrgicas.

Dolor crónico en las personas mayores.

El dolor crónico que continúa durante un periodo prolongado de tiempo afecta a una de cada cinco personas de 65 años o más. Este dolor persistente puede estar relacionado con trastornos, cáncer o trastornos neuropáticos. Otras enfermedades frecuentes incluyen el dolor de espalda y el dolor isquémico de la enfermedad vascular.

15.1 Técnicas de valoración del dolor.

El dolor se mide subjetivamente de acuerdo con la referencia del propio paciente o mediante la observación cuidadosa en el paciente no verbal o con un grave deterioro cognitivo. Las personas mayores que creen que sus quejas de dolor se van a tomar en serio son más propensas a ser abiertas y honestas durante el proceso de valoración del dolor. Incluso los pacientes con un deterioro cognitivo entre leve y moderado pueden ser valorados con preguntas y herramientas de detección selectiva simples. Muchos residentes con deterioro cognitivo pueden referir el dolor de forma precisa en el momento de la entrevista pero tienen problemas para describir la intensidad y la duración de los episodios anteriores. El profesional de enfermería tal vez necesite hacer valoraciones más frecuentes para obtener una valoración del dolor más precisa en el paciente con un deterioro cognitivo.

Se puede recabar más información pidiendo al paciente que complete escalas gráficas de puntuación como la Escala del dolor de las caras, la Escala de puntuación numérica y la Escala descriptora verbal. Todas estas escalas son adecuadas y han demostrado ser herramientas válidas y fiables para medir el dolor. Estas herramientas de palabras simples y fáciles de comprender son las más eficaces para valorar el dolor en la persona mayor.

Tras completar la valoración del dolor, el profesional de enfermería debe enumerar y priorizar cada queja del dolor. Esta valiosa información guiará al profesional de enfermería en el diseño de un plan de control del dolor dirigido a las necesidades individuales del paciente. El profesional de enfermería también debe indicar cuándo sucederá la siguiente valoración del dolor y con qué frecuencia debería valorarse el dolor. Para los pacientes con dolor importante, la revaloración debe hacerse en 24 horas. El profesional de enfermería puede procurar la continuidad

de la asistencia y una actitud empática para consolar al paciente y construir una relación de confianza.

15.1.1 Escala Analógica Visual (EVA)

Eva Escala Visual Analógica. Escala más utilizada. Reevalúa el dolor en el mismo paciente en diferentes ocasiones. Se realiza sobre una línea de al menos 10cm de longitud, una cuya extremidad corresponde con la ausencia de dolor y el otro con el peor dolor imaginable

Sin dolor _____ Máximo dolor

15.1.2 La Escala Numérica (EN)

Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor

16. Rehabilitación en el Adulto Mayor

El envejecimiento se acompaña de disminución de las capacidades de reserva del organismo, las cuales responden tanto a factores fisiológicos como patológicos (alteraciones del equilibrio, postura, marcha, disminución de la fuerza muscular, déficit sensorial, visual y auditivo). Esto es importante para la rehabilitación en Geriatria, ya que deberá tomarse en cuenta en su indicación, no sólo el problema a rehabilitar, sino también las capacidades residuales que tanto en el área biológica, psicológica o social, posee el paciente para enfrentar el proceso de rehabilitación. El mantenimiento de la capacidad funcional y su expresión en la autosuficiencia o autonomía, como condición básica de la calidad de vida, es objetivo central de esta rehabilitación.

La Rehabilitación, es un acto de atención de la salud y por lo tanto un componente imprescindible de la promoción, la prevención y la asistencia a las personas en el mantenimiento de su salud y bienestar, el de su familia y la comunidad.

Objetivos de la rehabilitación en el adulto mayor.

Recuperación funcional: Es este el objetivo general de la especialidad, y para lograrlo se trazan los siguientes objetivos específicos:

- Readaptación desde el punto de vista psicológico, social y biológico.
- Resocialización para que se mantenga activo en su medio habitual.
- Reincorporación a la familia.

Principios de la rehabilitación del adulto mayor.

- Mantener la máxima movilidad.
- Mantener o restaurar la independencia en actividades básicas de la vida diaria.
- Desde el inicio, del tratamiento obtener la confianza y cooperación del paciente.
- Crear una atmósfera razonablemente esperanzadora y optimista.
- Aplicar tratamientos simples e individualizados.
- Efectuar las sesiones terapéuticas por cortos períodos de tiempo.
- Integración de todo el personal de asistencia.

Pautas a seguir en el tratamiento de rehabilitación física en geriatría

- Fisioterapia más medicación oral o parenteral (pocos medicamentos y pocas dosis).
- Métodos de fisioterapia iguales a los aplicados al adulto joven, pero tomando en cuenta la edad, enfermedad de base y capacidad vital.
- Vigilar los trastornos cardiorespiratorios y la fatiga muscular, por lo tanto, hay que hacer pausas y medir la tensión arterial y el pulso.
- Práctica de la ergoterapia funcional (artística, artesanal o ludoterapia).
- Ortesis (aditamentos ortopédicos), si fuera necesaria, sencilla y de poco peso.
- Tratamiento personalizado, teniendo en cuenta que cada persona envejece de manera diferente.

La valoración clínica del adulto mayor, destinada a cuantificar, en términos funcionales, los problemas bio-psico-sociales del paciente, así como las capacidades residuales con que cuenta para enfrentar el proceso rehabilitador.

Las variables a evaluar son fundamentalmente:

- Lenguaje
- Estado psicológico y mental del enfermo
- Estado nutricional
- Frecuencias cardíaca y respiratoria
- Algias y Artralgias
- Actividades de la vida diaria
- Control de esfínter vesical y rectal

- Amplitud articular
- Trofismo
- Fuerza muscular
- Sensibilidad superficial y profunda
- Reflejos
- Movilidad
- Marcha y equilibrio, incluyendo evaluación de miembros inferiores
- Enfermedades sobreañadidas
- Complicaciones
- Ortesis o aditamentos

El adulto mayor de forma frecuente, es una persona susceptible de ser portadora de múltiples patologías, de ahí que el tratamiento de rehabilitación, debe estar dirigido a curar o aliviar cada una de las afecciones que le aquejan, pero más aún a recuperar su capacidad funcional total.

Tratamiento integral en la rehabilitación del adulto mayor

Prevención

En el proceso de rehabilitación física en Geriátrica, se deben identificar y modificar factores de riesgo que afecten al paciente. Se consideran factores de riesgo el sedentarismo, la obesidad, la inactividad, el hábito de fumar, el alcoholismo y los malos hábitos nutricionales, fundamentalmente. Para el trabajo en esta esfera, debe involucrarse el paciente, la familia y otros factores comunitarios.

La rehabilitación incluye tres niveles de prevención.

El primer nivel incluye acciones dirigidas a prevenir la aparición del daño, detectar personas con discapacidad y realizar promoción de la salud.

El segundo nivel incluye las acciones dirigidas a evitar o minimizar los efectos de las deficiencias, de manera que no evolucione hacia la discapacidad; la vigilancia epidemiológica de la discapacidad y la atención temprana.

El tercer nivel incluye acciones para impedir o minimizar los efectos de la discapacidad en el ámbito político, económico, social y comunitario.

Adicionalmente se deben considerar algunas acciones básicas de prevención en el entorno del adulto mayor y de actividad física, que incluyen:

- Eliminar objetos que no se utilizan en los accesos principales.
- Asegurar que el teléfono esté ubicado a baja altura, accesible desde el piso.

- Asegurar que la iluminación nocturna sea adecuada, especialmente en la vía hacia los sanitarios y salidas de emergencias.
- Instalar pasamanos en las duchas, baños, escaleras y desniveles.
- Utilizar alfombras diseñadas para evitar deslizamientos antiderrapante en el baño y quitarla cuando no se use.
- Instalar asiento elevado en el inodoro.
- No utilizar muebles bajos y mantener libres las vías de acceso.
- Reparar los caminos de acceso al hogar.
- Evitar encerar los pisos y terrazas.
- El cuidado de los pies debe ser una rutina.
- Se debe promover la circulación a través de ejercicios y masajes suaves.
- Evitar la exposición a elevadas temperaturas por tiempo prolongado.
- Los zapatos deben ser cómodos y bien adaptados, de material suave y flexible.
- Los zapatos de cuero permiten que el pie respire, evitando infecciones.
- Las suelas deben ser firmes, con textura que evite deslices y los tacones bajos.
- No utilizar medias o calcetines muy ajustados y evitar ligaduras.

Cuando se indiquen rutinas de ejercicios para el adulto mayor, hay que tener en cuenta los siguientes principios generales:

- Los ejercicios isométricos sostenidos, deben ser indicados y vigilados con sumo cuidado, por la capacidad de aumentar la tensión arterial.
- Los programas de ejercicios aeróbicos deben comenzar aproximadamente al 40% o menos del consumo máximo de oxígeno, y se deben dividir en intervalos de 2 a 5 minutos.
- La velocidad de marcha que se debe seleccionar es la que corresponde al 35 - 40% del consumo máximo de oxígeno.

Otros componentes básicos de la rehabilitación.

La terapia ocupacional en el adulto mayor, está enfocada a proporcionar adaptaciones que faciliten las actividades de la vida diaria, técnicas que permitan simplificar la ejecución de las mismas, elementos para ejercicios, entrenamientos en la actividad diaria, ejercicios para miembros superiores y estimulación cognitiva; mediante un programa doméstico de actividades significativas y el asesoramiento al paciente respecto a las modificaciones de su entorno. .

La intervención psicológica y social, son elementos importantes en el proceso de rehabilitación, ya que el estado mental y afectivo del paciente incide positiva o negativamente en el tratamiento; de ahí la importancia de la evaluación con

participación familiar, incorporación a talleres de trabajo y el fortalecimiento de redes sociales.

16.1 La rehabilitación de problemas especiales en el adulto mayor

16.1.1 Rehabilitación cardiorrespiratoria

Entre las patologías que frecuentemente padecen los adultos mayores están los problemas cardiorrespiratorios, que además de ser causa principal de morbilidad y mortalidad, son causantes de grandes limitaciones en la autonomía de la persona mayor. La aplicación de técnicas de rehabilitación física en los pacientes con estos problemas permitirá:

- Incrementar la fuerza de la musculatura respiratoria.
- Mejorar la ventilación pulmonar, la oxigenación y el intercambio de O₂ y CO₂.
- Favorecer la eliminación de secreciones.

16.1.2 Medidas de rehabilitación respiratoria a utilizar

- La reeducación muscular mediante ejercicios respiratorios donde el paciente tome aire por la nariz con la boca cerrada y lo bote por la boca.
- El drenaje postural mediante palmoteo, uso de vibrador o de agentes físicos.
- Lograr una adecuada postura para la alimentación, porque una mala posición condiciona importantes consecuencias. De ahí que se deba colocar al paciente correctamente en un ángulo entre 60 y 90 grados, hacer que permanezca en esta postura de 10 a 15 minutos antes y después de comer. Antes de empezar la alimentación, se debe comprobar que el paciente se encuentre despierto, tenga reflejos apropiados y pueda tragar su propia saliva.

16.1.2.1 Fisioterapia con Inspirómetro incentivo

Técnica de expansión pulmonar destinada a imitar las respiraciones profundas (suspiros), para estimular al paciente a que tome respiraciones lentas y máximas.

Objetivos

- Mejorar la ventilación pulmonar por medio de una inspiración máxima sostenida.
- Mejorar el mecanismo de la tos.
- Fortalecer los músculos respiratorios.
- Prevenir complicaciones respiratorias.

- Ofrecer apoyo psicológico, involucrando al usuario mental y físicamente, en el proceso de su recuperación.

Efectos Fisiológicos

- Respiración de presión negativa.
- Aumento de la ventilación alveolar.
- Incremento del retorno venoso.
- Promueve la utilización y el desarrollo muscular.

Complicaciones

- El paciente debe realizar adecuadamente el sello de la boca con la boquilla.
- Inadecuado uso del tratamiento por grandes atelectasias o consolidaciones.
- Hiperventilación y alcalosis respiratoria.
- Barotrauma en pacientes con bular o atrape aéreo (enfisema subcutáneo).
- Disconformidad secundaria a un inadecuado control del dolor (dolor en herida quirúrgica).
- Hipoxia secundaria a la interrupción de la oxigenoterapia (mascarilla de O₂).
- Exacerbación del broncoespasmo.
- Fatiga.

Evaluación de Resultados

- Mejoría en la oxigenoterapia arterial.
- Incremento de la capacidad vital y del flujo espirado pico.
- Mejoría en la capacidad residual funcional o en la capacidad vital.
- Mejoría en la capacidad (fuerza) de los músculos inspiratorios.

Monitorización

- Es adecuado supervisar la técnica que utiliza el paciente con el inspirómetro incentivo, así como con cierta periodicidad para corroborar la efectividad del tratamiento.
 - Identifique al usuario y preséntese ante él.
 - Auscúltelo.
 - Tome los signos vitales.
 - Mida la capacidad vital.
 - Explíquelo al paciente el procedimiento, el uso y el cuidado del equipo.

- Fije el volumen o flujo meta en el inspirómetro.
- Coloque al usuario en posición cómoda (sentado o semifowler).
- Explique al usuario los siguientes pasos:
 - Colocarse la boquilla haciendo un buen sello.
 - Exhalar normalmente.
 - Hacer una inspiración profunda y lenta.
 - Sostener la inspiración durante 5 segundos.
 - Exhalar lentamente.
 - Instruya al paciente para que repita la prueba de 5 a 10 veces por hora, descansando un minuto entre cada esfuerzo, respetando las horas de sueño y descanso.
 - Deje cómodo al usuario.
 - Escriba la nota de terapia respiratoria.

16.1.3 Aspectos fundamentales

Tipos de ejercicio: El ejercicio físico debe ser individualizado, isotónico y aeróbico (calistenia, caminatas, trotes, bicicleta, natación).

Frecuencia: Tres veces por semana, no más de dos días entre sesión y sesión.

Duración: Períodos de 20 a 30 minutos, calentamiento de 5 a 10 minutos, enfriamiento de 5 a 10 minutos.

Intensidad: Debe alcanzarse del 70 al 85% de la frecuencia cardiaca máxima (FCm) correspondiente, realizándose de la siguiente manera: 220 (valor constante) - la edad del paciente, el resultado es igual al 100%. Luego, por regla de tres, determinar la frecuencia al 70%.

Ejemplo: paciente de 60 años de edad.

$220 - 60 = 160$, por lo tanto: 160 es a 100%, como X es a 70%.

Cálculo:

$$(160 \times 70) / 100 = 112$$

*FCm = 112 latidos por minuto.

*resultado obtenido de José Luis

Ritmo ideal del corazón

Edad	Ritmo ideal del corazón durante ejercicios de resistencia (pulsaciones por minuto)
40	126 – 153
50	119 – 145
60	112 – 136
70	105 – 128
80	098 – 119
90	091 – 111
100	84 – 102

17. Disnea

Es una sensación subjetiva de respiración incómoda y es un síntoma que a menudo se debe al aumento del trabajo de inhalación y exhalación. La valoración inicial al establecer la calidad e intensidad de la molestia. Suele deberse a problemas cardiopulmonares que aumentan el estímulo respiratorio, incrementan el trabajo de la respiración o estimular a los receptores específicos presentes en el corazón, los pulmones o la vasculatura.

17.1 Escala de medición de disnea

La subjetividad del síntoma hace difícil su medición y su comparación entre sujetos, por lo que es necesario cuantificarla mediante herramientas diseñadas para tal fin. Existen 3 tipos de instrumentos de medida:

- 1° Índices de cuantificación de disnea durante las actividades de la vida diaria
- 2° Escalas clínicas que valoran la disnea durante el ejercicio
- 3° Cuestionarios de calidad de vida. Todas las escalas expresadas a continuación son de relevancia internacional y están convenientemente validada.

Cuantificación de disnea durante las actividades de la vida diaria

Grado	Actividad
0	Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.
1	Disnea al andar de prisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada.
2	La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar el andar en llano al propio paso.
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o después de pocos minutos de andar al propio paso.
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades

	como vestirse o desvestirse.
La escala de disnea del Medical Research Council	

Puntuación	Disnea observada
0	Nada
1	Muy leve
2	Leve
3	Moderada
4	Algo grave
5	Grave
6	-
7	Muy grave
8	-
9	Muy, muy grave
10	Máximo
Escala de disnea de Borg (Modificada)	

18. Trastornos de la marcha en el paciente anciano

Los trastornos de la marcha son problemas frecuentes en la edad geriátrica y constituyen un factor limitante de las actividades de la vida diaria, aun en su ausencia de enfermedad, debido a que se altera la estabilidad de la posición erguida, el control del equilibrio y la coordinación del movimiento.

La postura erguida (equilibrio) y la locomoción son funciones humanas y los trastornos que afectan a una casi siempre inciden en la otra. Los trastornos son comunes en los ancianos (15% de los sujetos mayores de 60 años), las más de las veces por parkinsonismo, enfermedad por infarto múltiple y la llamada "marcha senil".

Los trastornos de la marcha y el equilibrio que se observan en los ancianos deben diferenciarse de los cambios propios de la edad y de los que aparecen en relación con afecciones concomitantes de la edad avanzada.

La frecuencia de las caídas secundarias a las anormalidades de la marcha y sus consecuencias, como las fracturas de cadera y la subsiguiente necesidad de hospitalización o atención en casa, conduce muchas veces a la pérdida de la capacidad ambulatoria y es el comienzo de un deterioro progresivo del estado funcional y la salud.

18.1 Marcha normal

Tiene dos componentes principales: equilibrio y locomoción. El primero es la capacidad de adoptar la posición vertical y mantener la estabilidad; el segundo es la posibilidad para indicar y mantener un paso rítmico.

El envejecimiento normal da lugar a cambios importantes en la marcha que suelen favorecer a las caídas.

Las mujeres desarrollan una marcha con base amplia y tienden a deambular con balanceo pélvico, pero después de los 75 años experimentan una desviación en el valgo de las extremidades inferiores, lo cual disminuye el control muscular y somete a mayor impacto de cadera.

Los cambios en el valgo alteran la angulación de la cabeza femoral, de modo que queda más expuesta y susceptible a traumatismos y riesgos de fractura.

El hombre anciano adopta una marcha de base amplia en la que flexiona hacia delante la cabeza y el tronco y reduce el balanceo de los brazos; la altura y la velocidad del paso son menores y se convierten el andar en una marcha de pasos cortos.

18.2 Factores anatómicos y fisiológicos

Antes de iniciar la locomoción, se requiere una postura de bipedestación que posibilite el sostén del cuerpo mediante los reflejos de enderezamiento y antigravitatorios. Además se necesita una estabilidad mecánica cuyo soporte es el sistema musculoesquelético, que se encuentra en equilibrio dinámico con los reflejos posturales. Estos últimos dependen de aferencias vestibulares, somatosensoriales (propioceptivas y táctiles) e impulsos visuales que se integran en la medula espinal, el tallo cerebral y los núcleos basales. De manera adicional, es probable que en el ser humano las regiones locomotoras del tallo cerebral se activen mediante centros corticales cerebrales.

18.3 Causas anatómicas de los trastornos del equilibrio y la marcha

Las causas del desequilibrio se dividen en trastornos neurológicos y no neurológicos. Los primeros pueden relacionarse con el sistema motor (anormalidades hemiparesia, paraparesia, espástica, miopática, neuropática o gradual, distónica o coreica), el sistema sensorial (marcha atáxica sensitiva, marcha vestibular, desequilibrio visual), el sistema cerebeloso (marcha atáxica), el tálamo, (astasiatalámica), los ganglios basales (parkinsonismo), las áreas frontales, la parietales o la sustancia blanca periventricular supratálámica (marcha cortical/subcortical) o los trastornos psicógenos.

Las causas no neurológicas incluyen a las ortopédicas, artríticas o antálgicas, así como el desacondicionamiento físico y el miedo a caer.

El desequilibrio secundario a traumatismo craneal puede relacionarse con labarentitis por contusión, hemorragia o fractura, o bien con contusiones cerebrales corticales múltiples. Otras causas del desequilibrio subagudo son las compresiones de la medula espinal o los fármacos.

La marcha corticosubcortical puede ser secundaria a lesiones corticales frontales, parietales o de la sustancia blanca periventricular. Varía en intensidad e induce síntomas ligeros y puede parecer una marcha “cautelosa”. Esto se observa en algunos ancianos y se distingue por estados variables de desequilibrio y dificultad para mantener una postura vertical.

18.4 Exploración de la marcha

En el ciclo normal de la marcha pueden reconocerse dos fases, la postural y la de oscilación. La primera fase se lleva a cabo cuando el pie se encuentra apoyado en el piso y en la segunda cuando el pie se mueve hacia delante. Cada una de estas fases se subdivide en los elementos menores. En la fase postural intervienen choque del talón, pie sobre una superficie plana, postura intermedia e impulso con los ortejos; en la fase de oscilación participan aceleración, oscilación intermedia y desaceleración.

Los siguientes puntos deben evaluarse siempre que se sospechen alteraciones de la ambulaci3n.

- 1° Amplitud de la base. No debe ser mayor de 5 a 10cm entre un tal3n y el otro.
- 2° Centro de gravedad del cuerpo. Se encuentra 5cm por delante de la segunda v3rtebra sacra y no debe oscilar m3s de 5cm en el plano vertical. El aumento de los movimientos verticales indica alteraciones patol3gicas.
- 3° Flexi3n de rodillas. Debe conservarse en todos los componentes de la fase postural, con excepci3n del choque del tal3n.
- 4° Desplazamiento lateral del tronco y la pelvis. No debe ser mayor de 2.5 cm y debe pronunciarse hacia el lado que soporta el cuerpo.
- 5° Distancia promedio de los pasos. El promedio normal est3ndar es de 38cm.
- 6° N3mero aproximado de pasos por minuto. el promedio de pasos por minuto en un adulto sano es de 90 a 120. El costo energ3tico es muy eficiente cuando no hay estructuras anat3micas alteradas y el andar se realiza con ritmo y cadencia suaves, lo cual se modifica si hay alguna afectaci3n y el consumo de energ3a se eleva en exceso, lo cual ocasiona fatiga.

- 7° Rotación de la pelvis hacia delante. Se aproxima a 40°. La exploración y la escala que desarrollo María Tinetti son de gran utilidad.

Valoración de la función física

Nivel básico

- 1° El largo del paso es menor al doble de la longitud del pie.
- 2° Camina sin ayuda de auxiliares.
- 3° Se levanta de la silla sin utilizar los brazos

Nivel alto

- 4° En la marcha en tándem camina al menos cuatro o cinco pasos.
- 5° Desciende las escaleras paso a paso.

Categorías

- 6° Frágil: fracasa en el nivel básico; no es capaz de dar el paso más largo al doble de la longitud del pie.
 - 7° De transición: aprueba el nivel básico, fracasa en el nivel alto: es incapaz de descender las escaleras paso a paso y no puede realizar la marcha tándem.
 - 8° Vigoroso: aprueba el nivel alto.
-

18.5 Reaprendizaje dinámico

La rehabilitación del paciente hemipléjico se describe a menudo como un proceso de reaprendizaje. La extremidad superior no afectada también requerir tratamiento para incrementar fuerza y la coordinación, ya que será la extremidad diestra. Muchas veces no se insiste lo suficiente en la necesidad de readiestrar la habilidad de la mano derecha en los hemipléjicos izquierdos, ya que dicha mano es con mayor frecuencia la dominante y se la considera como “normal”. Sin embargo, existe una grave incapacidad en la habilidad manual de los hemipléjicos izquierdos al usar la derecha “normal”, a diferencia de los hemipléjicos derechos que utilizan la mano izquierda normal no dominante.

Los métodos para aumentar la coordinación y la destreza de la extremidad superior no afectada siguen los principios de seleccionar actividades que el paciente sea capaz de efectuar en forma coordinada (con rapidez y precisión) y después graduar las actividades que exigen cada vez mayor rapidez y precisión. Si es un cambio de mano dominante, se necesita un tiempo considerable de adiestramiento para escribir si el sujeto no es gráfico. La práctica de la escritura se inician con ejercicios del “método Palmer”, que consisten en círculos continuos, y avanza hasta la inscripción de trazos conectados hacia arriba y abajo. Se empieza con trazos grandes mediante un pincel o crayón grueso, si es necesario; a continuación, el trazo y el tamaño. Más adelante se practican el alfabeto y

palabras. Antes de interrumpir el tratamiento, el paciente debe ser capaz, cuando menos, de firmar con su nombre.

Con la aparición del tono y la actividad voluntaria se inicia la reeducación de la marcha, con hincapié en las actividades de equilibrio en posición sedente, básicas para las transparencias, además de que proporcionan libertad al paciente mientras depende de una silla de ruedas para sus desplazamientos.

Con el codo en extensión se realizan movimientos de transferencia de peso de lado sano al afectado y viceversa. También se debe prestar atención a las actividades de equilibrio en bipedestación, cuya finalidad es preparar para la marcha.

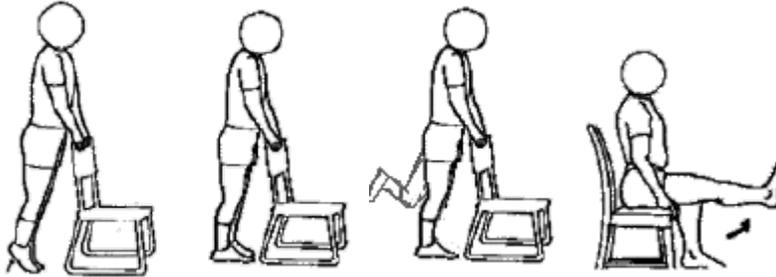
Se trata de maniobras similares a las realizadas en posición sedente, pero en bipedestación. Tan pronto como el paciente pueda sentarse por sí solo, se le debe alentar a levantarse, al principio, si le asiste sujetándolo del lado parético. Una vez que se pone en pie, debe hacer que el lado afectado sostenga progresivamente una mayor parte del peso del cuerpo. Tras este ejercicio, debe aprender a sentarse de espaldas sobre la cama. La primera vez que se ponga en pie será conveniente tomar la presión arterial en posición decúbito y de pie para detectar una posible hipotensión postural.

Cuando el sujeto pueda mantenerse de pie, es importante animarlo a iniciar la marcha, primero con algún sistema de soporte, como una andadera. A los individuos que empiezan a caminar pero tienen poca fuerza en la musculatura extensora de la rodilla o dorsiflexora del tobillo, se les puede aplicar algún tipo de ortesis para compensar el déficit muscular y corregir las deformidades, en su caso para mejorar la estabilidad de la marcha se proporcionan bastones con diferentes apoyos.

En la marcha del hemipléjico deben observarse las alteraciones frecuentes de la fase de relación entre la pelvis, la rotación torácica y los movimientos de brazos y piernas. Los resultados de los estudios de la intervención fisioterapéutica en el hemipléjico sugieren que la velocidad de la marcha es un buen indicador sobre la rotación del tronco y movimientos de brazo y pierna. Los ejercicios pélvicos del lado paralizado con resistencia manual de los movimientos de elevación-adelantamiento-descanso-retroceso de la hemipelvis afectada consiguen mejoría en el equilibrio y los avances de la extremidad inferior afectada. En las actividades de adiestramiento para la bipedestación y marcha no debe olvidarse el análisis del centro de la gravedad, ya que este puede servir de índice pronóstico para lograr la marcha independiente. En los hemipléjicos con trastornos sensoriales no se consigue reeducar dicha área.

En casos de hemiparesias, la banda sin fin, sin pendiente y a velocidad confortable, mejora notoriamente la simetría de los pasos y el control del centro de la gravedad.

18.6 Ejercicios para mejorar la marcha



19. Medición de la fuerza muscular

Escala de Daniel's

La Escala Daniels es la escala validada internacionalmente para medir la fuerza muscular de forma manual, además de la más usada. Aunque al ser manual incluye aspectos subjetivos, es muy fácil de utilizar tanto de forma analítica como en grupos musculares, y no requiere de material alguno.

Se mide mediante una escala numérica que va de 0 a 5, aunque detrás del número puede colocarse un signo “+” si se supera el grado explorado, o un signo “-” si no se realiza correctamente

Objetivo: Valorar la cantidad de fuerza muscular en una escala de 0 a 5 .No se mide específicamente la fuerza de un solo músculo porque no hay contracciones aisladas, sino que se mide la fuerza a través de un movimiento articular.

La fuerza muscular es la capacidad de contracción que tiene un músculo para vencer una resistencia externa.

Escala de Daniel's	
0	No se detecta contracción activa en la palpación ni en la inspección visual. Parálisis total.
1	Se ve o se palpa contracción muscular pero es insuficiente para producir movimiento del segmento explorado.
2	Contracción débil, pero capaz de producir el movimiento completo cuando la posición minimiza el efecto de la gravedad.
3	Contracción capaz de ejecutar el movimiento completo y contra la acción de la

	gravedad pero sin resistencia.
4	La fuerza no es completa, pero puede producir un movimiento contra la gravedad y contra una resistencia manual de mediana magnitud.
5	La fuerza es normal y contra una resistencia manual máxima por parte del examinador.

20. Cambios normales del envejecimiento y riesgo de caídas

20.1 Teoría del control postural

El equilibrio es la capacidad de mantenerse de pie; desde el punto de vista biomecánica, es el control continuo del desplazamiento del centro corporal o la masa a través del movimiento de la base del soporte. La masa casi siempre la columna vertebral en el individuo en posición de pie y de la base de soporte representada por el contacto de la superficie de los pies. Esta prueba biomecánica se adapta de forma constante a los cambios y condiciones del movimiento; al caminar, el área de contacto se reduce y el centro de la masa se proyecta directamente sobre la base de soporte para crear estabilidad corporal. El movimiento a un lado y otro fuera de la base de soporte se ajusta rápidamente segundo a segundo al caminar (es el denominado el equilibrio dinámico). El sistema de control postural usa múltiples vías sensoriales que de modo continuo determinan la posición y la trayectoria del cuerpo en el espacio; el sistema nervioso central integra la formación sensorial y organiza con rapidez las respuestas de los sistemas efectores, como los músculos y las articulaciones que llevan a cabo las instrucciones de SNC. Los tres sistemas sensoriales son visión, somatosensación y función vestibular. El SNC. Usa respuestas automáticas que proveen reacciones rápidas; el llamado reflejo de asa larga del tobillo, que tiene como características intermedias entre el reflejo de elasticidad monosináptico y la típica respuesta voluntaria; y el reflejo de as larga, que es en extremo estereotipado y muy rápido (ocurre en 5ms). La respuesta voluntaria es infinitamente modificable y aparece en 150 a 200ms. El envejecimiento relacionado con las afecciones del SNC u otros factores que alteran los reflejos provoca cambios sustanciales en el sistema de control postural, lo que resulta en la dificultad para realizar el el control biomecánico adecuado. La falla del control postural puede ocurrir cuando las demandas exceden las capacidades del control biomecánico, o cuando los sistemas de control se agotan y se acumulan el múltiple déficit. El clínico debe conocer la teoría del control postural, ya que la comprensión de los mecanismos biomecánico y los efectos se produce el envejecimiento sobre el control postural hace posible una mejor atención de los problemas de inestabilidad. Al avanzar la edad se experimenta una disminución de la función de diversos órganos relacionada con la edad y, aunque estas

cambios del envejecimiento normal son situaciones, alteran el rendimiento diario de las personas de edad, avanzada; los cambios observados en los planos sensorial, neurológico, musculoesquelético y cardiovascular pueden predisponer a algunos individuos a sufrir caídas cuando se interactúa con los riesgos del medio ambiente.

20.2 Entrenamiento para las actividades de la vida diaria

El terapeuta ocupacional trata las deficiencias sensoriomotrices, perceptivas y cognitivas para incrementar el funcionamiento independiente en las tareas ocupacionales. Por lo tanto, durante la evaluación debe determinar de manera realista cuáles podrá desempeñar en lo futuro, cuáles puede llevar a cabo en la actualidad y cuáles son las condiciones de sensación, tono, control motor, percepción y conocimiento.

Se deben mencionar las deficiencias del campo visual, estado emocional, enfermedad concomitante, gama de movimientos pasivos y el nivel de adaptación del paciente y su familia al episodio, así como evaluar de manera cuidadosa para poner de manifiesto las deficiencias y sus probables interrelaciones antes de formular un plan terapéutico. La parálisis por sí sola no explica la incapacidad de un sujeto en particular, e incluso contribuye poco a ella. El efecto primordial puede en verdad ser un cambio del intelecto o alguna "alteración neurofisiológica" potencialmente reversible.

Dado que el tratamiento del paciente con ataque cerebral es complicado y solo pueden lograrse adelantos si todos los aspectos de la incapacidad de la persona se toman en consideración, un tipo de evaluación que incorpore todo eso ayuda a planear la terapéutica.

El anciano puede tener grandes reservas que es necesario desarrollar, aun cuando otros pueden desalentarse ante el esfuerzo y necesitar gran estimulación.

La reeducación para las AVD y las instrumentales deben empezar de inmediato, es decir, durante la fase inicial de la hospitalización, y está estrechamente vinculada con la rehabilitación motora.

Las demostraciones de los movimientos requeridos deben ser sencillas y claras. Muchas veces puede ser necesario repetir el objetivo antes de ejecutar la acción, y es impredecible esperar el tiempo que sea necesario entre la transmisión del impulso nervioso y el inicio del movimiento.

La independencia personal refuerza el ánimo del sujeto, incluso si en un principio necesita ayuda, en cuyo caso puede combinarse el ejercicio y vestirse al mismo tiempo, colocando una silla al pie de la cama, de forma tal que al estar de pie, las prendas puedan elevarse o descenderse. Por lo regular, la silla se coloca a un lado de la cama y en esta se apoya el lado afectado mientras se alcanza su ropa, lo cual favorece el desarrollo del equilibrio.

En las AVD puede necesitarse ayuda para la marcha, como bastones y sillas de rueda. Otras actividades de la vida cotidiana pueden continuarse en el departamento de rehabilitación, donde se enseña a realizar comidas sencillas. La más de las veces, esta experiencia sirve para dar confianza, aun si en ocasiones el paciente puede mostrar falta de comprensión respecto de su vuelta al hogar y su cuidado personal.

Los principios básicos del entrenamiento para las AVD son los siguientes:

- 1° El individuo debe resolver sus propios problemas en la medida de lo que sea posible.
- 2° El paciente debe realizar tareas útiles.
- 3° Las manos del terapeuta pueden mantenerse sobre las manos del paciente y guiarlas, pero en ningún momento deben tocar el material necesario para la reeducación de las AVD.
- 4° El interés y la actividad continuos han demostrado ser lo mejor para el paciente y sus familiares, y siempre hay tareas sencillas en la casa que podrá ejecutar porque son “necesarias” y constituyen “un trabajo”
- 5° Cuando resulta difícil encontrar un interés real, es posible crear una necesidad. (juegos de destreza, ajedrez, artesanías...)
- 6° Lo importante es encontrar el nivel de distracción para el enfermo. La recuperación espontánea y las adaptaciones no deben perderse de vista, sin emplearlas para favorecer la mejoría.

20.3 Tiempo libre

Cuando se dispone de tiempo para escoger qué hacer, casi nunca se saben qué hacer con tal regalo. La capacidad de ingenio parece muy limitada y el ambiente o hábitat carentes de oportunidades; se olvida todo lo que anhelo realizar. El sujeto ignora que hacer consigo mismo y tampoco en función de lo externo. En psiquiatría se dice que la salud mental y emocional depende de pérdidas, grande o pequeña, que dejan huecos emocionales; la fuerza que se invertía en lo que se perdió queda libre y debe revertirse en otro propósito de la vida, aprender a reorientar las emociones y la fuerza hacia nuevos proyectos.

21. La musicoterapia y las emociones en el adulto mayor

La Musicoterapia es el uso de la música o de los elementos musicales por un musicoterapeuta con un paciente o grupo de pacientes. Tiene como objeto atender necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. La musicoterapia apunta a desarrollar potenciales y/o restablecer funciones del individuo para que este pueda emprender una mejor integración intrapersonal e interpersonal y, en consecuencia, alcanzar una mejor calidad de vida.

Los autores que han investigado sobre la relación de la música con las emociones han descubierto su influencia y reconocen la importancia que tiene para la salud física y psíquica. Los efectos terapéuticos que tiene la música y los efectos sociales de la misma es que favorece la expresión de uno mismo.

En una sesión de musicoterapia se puede apreciar diversas actividades, como cantar, bailar, recordar canciones. Entre estas, se da la improvisación con instrumentos, el método principal en musicoterapia, es una expresión de cordura, conexión y relación con la realidad de la vida cotidiana.

En relación a las emociones, Raffman (1993) dijo que las emociones musicales son distintas a las emociones básicas, ya que aquellas implican limitados gestos faciales, por más que sean de gran intensidad. También Leivinson (2010) explica que la musicoterapia brinda la posibilidad de expresar de diversas maneras las emociones, pero sin darles forma predeterminada, sino sencillamente ejerciendo

En los adultos mayores, la intervención de la musicoterapia es de gran ayuda para mejorar su calidad de vida. Oliver Sacks (2009) comenta que oír música conocida suscita emociones y asociaciones que pueden estar olvidadas, lo que permite a los pacientes acceder a estados de ánimo y recuerdos, pensamientos que parecían haberse perdido en la mente del anciano.

22. Risoterapia

La terapia de la risa o risoterapia, tal como lo dice su nombre, es una terapia alternativa que se basa en la risa.

La risa es un verdadero desintoxicante moral capaz de curar o por lo menos atenuar la mayoría de nuestros males. Y además, no hay ningún peligro si se supera la dosis.

Algunos beneficios:

- Fortalece el sistema inmunológico.
- Brinda mayor calidad de vida y la prolonga.

- Embellece el rostro.
- Tiene efecto analgésico.
- Calma el asma y migrañas.
- Incrementa la capacidad pulmonar.
- Activa el metabolismo.
- Mejora el estado de ánimo y es contagiosa.

Sus múltiples beneficios la han hecho integrarse como un completo complemento para sanar distintas dolencias, tanto físicas como mentales.

Los beneficios de la risoterapia en ancianos

Hay cosas que podemos hacer para que los abuelos mantengan un buen estado de salud y anímico durante más tiempo. Y una de ellas es renovar su alegría.

Propiedades de la risa

Mucho se ha hablado de los beneficios de ciertas terapias alternativas, como la risoterapia, para prevenir y curar enfermedades. Los efectos físicos de la risoterapia se ven en una mejora considerable del sistema inmunitario, un aumento de la capacidad pulmonar y un alivio del dolor. Pero además, la risa es la mejor medicina emocional, ya que nos permite seguir disfrutando de la vida.

No deberíamos pasar ni un solo día sin reírnos, como tampoco deberíamos olvidar la importancia que tiene el sentido del humor para reducir el estrés y la ansiedad y ser capaces de afrontar los problemas con una mentalidad más positiva. Un dato que puede interesar a los mayores y a los que no son tan mayores es que con la risa liberamos endorfinas, con lo que aumenta la sensación de bienestar, pero además liberamos adrenalina, con lo que perdemos calorías más fácilmente.

Ayudar a los mayores con risoterapia

Los ancianos se ven muy favorecidos por esta terapia basada en la risa y en la alegría por ser personas a las que no sólo les afectan los problemas físicos, sino que cargan con el peso de muchos años a sus espaldas. Por eso es característica la tristeza y la desilusión de los más mayores.

Así que la risoterapia se presenta como la técnica ideal para paliar todas esas complicaciones emocionales de los abuelos, como la soledad que sienten por verse relegados a un segundo plano, y el efecto de pesar que han producido años de sufrimiento. Una buena forma de ayudar a nuestros mayores es recordarles

que se puede vivir con alegría y con una actitud positiva y, sobre todo, darles motivos diarios para reír.

Ejercicio de risoterapia para evitar los pensamientos negativos:

- Instálate cómodo y cierra los ojos.
- Inhala y exhala tres veces.
- Imagina que un monito animado o caricatura, es el que tiene los malos pensamientos, no tú.
- Anímate a decirle a esa caricatura lo que estás pensando.
- De a poco dejarás de hacer caso a la crítica interna y te reirás con más frecuencia.

23. Actividad física en el adulto mayor

Practicar una rutina de ejercicios con regularidad tiene múltiples beneficios a lo largo de la vida; a partir de los 60 años, es fundamental para mantener un buen estado físico y mental, pues contribuye a combatir trastornos como la depresión, la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares.

Realizar ejercicio con regularidad y llevar una dieta adecuada integran la fórmula para mantenerse sano, activo y participativo a partir de los 60 años.

La falta de actividad física y el sedentarismo traen como consecuencia problemas de obesidad y las diversas complicaciones asociadas con el exceso de peso, lo cual se suma al hecho de que la ingesta diaria de calorías suele aumentar con la edad.

La actividad física, dependiendo del estado de salud, posibilidades y gustos, trae beneficios directos a nuestra mente, ya que nos hace sentir más contentos, además de darnos la oportunidad de convivir y tratar a nuevas personas.

Los ejercicios aeróbicos, como caminar rápido y la bicicleta, son ideas para combatir la hipertensión arterial y la diabetes, así como los trastornos de memoria, mientras que los ejercicios rítmicos son útiles contra la depresión.

De hecho, numerosos estudios han demostrado que la práctica regular de un deporte contribuye a la secreción de endorfinas, sustancias naturales producidas por el cuerpo que aumentan la sensación de placer y minimizan el dolor, de tal manera que tras realizar ejercicio uno se siente más animado y con energía.

Por otra parte, practicar disciplinas en la que se trabajen aspectos como el equilibrio y la flexibilidad previene del riesgo de sufrir caídas

Algo fundamental es seleccionar la actividad física que mejor se adapte a las propias habilidades y gustos, de manera que se practique de forma regular y constante.

Es importante mencionar que quienes a lo largo de su vida han realizado algún deporte mantienen sus competencias después de cumplir los 60 años, por lo que pueden seguir practicando con ligeras variaciones en función de sus capacidades.

En el caso de las personas que presentan un estilo de vida con poca o nula actividad física, los especialistas sugieren realizar un cambio gradual para evitar el riesgo de lesiones. Si es sedentario, parta con una intensidad mediana con baja frecuencia, luego aumente la frecuencia y finalmente, la intensidad.

Las caminatas practicadas con regularidad, en las que aumente el ritmo de manera progresiva, es una opción perfecta para que los adultos mayores establezcan una rutina de ejercicios.

También la gimnasia suave, el yoga y la natación son disciplinas que representan un impacto menos para las articulaciones, además de que su práctica contribuye a retrasar el deterioro muscular y esquelético, al tiempo que mejora la autoestima y ayuda a mantener una vida social activa.

La natación es uno de los deportes más completos y una actividad perfecta para las personas mayores de 60 años, pues no genera impacto en las articulaciones. Entre sus beneficios destacan el aumento de la flexibilidad y el alivio de dolores e inflamaciones, además de contribuir a tonificar los músculos. Al reducir los niveles de estrés, ayuda a sentirse más vital y retrasar padecimientos como la demencia senil. También fortalece el corazón y regula la presión arterial, por lo que reduce el riesgo cardiaco.

La práctica de alguna disciplina deportiva contribuye a retrasar el deterioro muscular y esquelético, al tiempo que mejora la autoestima y ayuda a mantener una vida social activa.

Beneficios de la actividad física

- Mejora aspectos como el equilibrio y la coordinación, por lo que disminuye el riesgo de sufrir caídas.
- Conserva la fuerza y aumenta la capacidad para vivir de forma independiente.
- Brinda energía y motivación para realizar nuevas actividades.
- Ayuda a prevenir enfermedades cardíacas, así como otros padecimientos, por ejemplo, diabetes, osteoporosis e hipotensión arterial.

- Mejora el estado de ánimo.
- Mantiene la masa muscular.
- Beneficia la calidad del sueño.
- Ayuda a hacer nuevos amigos y socializar.
- Contribuye a conservar las funciones cognitivas.
- Mejora la digestión y el ritmo intestinal.

Dado que es común entre los adultos mayores comenzar a presentar desgaste en las articulaciones, es de suma importancia realizarse una revisión médica antes de iniciar con un programa de ejercicios.

A partir de los resultados, es posible determinar cuál es la actividad que mejor se acomoda a nuestras habilidades físicas y que a la vez contribuye a mantenerse sanos, activos y felices en esta etapa de la vida.

24. Socialización

Características del adulto mayor y su socialización en los círculos de abuelos

En el aspecto sociopsicológico, el adulto mayor se enfrenta a nuevas condiciones de vida por la pérdida de roles familiares y sociales que se agregan a un trasfondo de enfermedades y a una disminución de sus capacidades de adaptación. Resultan frecuentes los problemas de autoestima, depresión, distracción (diversión) y relaciones sociales.

El proceso de Socialización consiste en la apropiación por parte del individuo de toda la experiencia social, lo cual le proporciona la posibilidad de integrarse a la vida en sociedad.

El proceso de socialización transcurre a lo largo de toda la vida y se caracteriza por ser de carácter bidireccional, es decir, por un lado se encuentra toda la influencia que ejercen los grupos y por otro, la recepción activa que realiza el individuo.

La socialización, entonces se da mediante diferentes agentes socializadores como la familia, la escuela, el grupo informal o grupo de amigos, el centro laboral, la comunidad que son los más tradicionales.

24.1 Repercusión de la recreación en el adulto mayor

La recreación, en el adulto mayor, ha de entenderse y apreciarse como algo más allá de lo simplemente personal, en cuanto al empleo del tiempo libre ha de verse

más bien como una acción que proyectada desde lo social puede crear las condiciones que faciliten la elevación de la calidad de vida de estas personas, y contribuya al desarrollo de estilos de vida más saludables y autónomos a esta edad.

Un enfoque simplista de la recreación en la tercera edad, nos llevaría a considerarlas como una mera opción individual del tiempo libre, y dejaríamos de apreciar su carácter desarrollador, por los niveles de participación y de actualización que pueden generar; sobre todo si se les considera como recurso potenciador, herramientas de acción social que permiten elevar el bienestar y la calidad de vida de las personas de la tercera edad. Los sujetos que envejecen adecuadamente utilizan y disfrutan de todas las posibilidades que existen en su entorno social y en sus propias personas, y están preparados para aceptar, sin claudicar, las propias limitaciones, la disminución de sus fuerzas y la necesidad de recibir algún tipo de ayuda; pero no renuncian a mantener, dentro de rangos razonables y posibles, determinados niveles de independencia y autodeterminación.

En la tercera edad, la actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos.

Numerosas investigaciones han mostrado que la tercera edad no tiene necesariamente que ser un período de la vida en el que predomine o se haga inevitable un deterioro fatal de las capacidades físicas e intelectuales, ya que si los sujetos muestran la necesaria motivación y la intención de mantener un estilo de vida activo y productivo, y se les propician las condiciones para desenvolverse en un entorno rico y estimulante, en el cual se favorezcan experiencias de aprendizajes y se reconozcan y estimulen los esfuerzos por alcanzar determinados logros, en cuanto a participación en actividades de diversa índole, la senectud puede evitarse o demorarse.

“La recreación es el desenvolvimiento placentero y espontáneo del hombre en el tiempo libre, con la tendencia a satisfacer ansias psicoespirituales de descanso, entretenimiento, exposición, aventura y socialización” Harry A. Overstrut

Visto el problema desde este ángulo, las estrategias para el desarrollo de programas de recreación con el adulto mayor, tendrían una función potenciadora de lo individual y lo social, ya que a diferentes niveles y en diferentes formas contribuirán a satisfacer diversas necesidades individuales y actuarán como medio de integración social del adulto mayor.

La recreación, desde esta visión, resultan generadores de beneficios múltiples para las personas de la tercera edad, entre ellos podemos mencionar los siguientes:

- Potenciar la creatividad y la capacidad estética y artística
- Favorecer el mantenimiento de un funcionamiento psicomotriz adecuado
- Fomentar los contactos interpersonales y la integración social
- Mantener, en cierto nivel, las capacidades productivas
- Hacer frente a las disminuciones y limitaciones físicas
- Mantener equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal
- Servir como medio de distensión y enfrentamiento activo al estrés y las tensiones propias de esta etapa de la vida
- Contribuir al mantenimiento del sentimiento de utilidad y autoestima personal
- Fomentar la creatividad y productividad en el uso del tiempo libre
- Mantener o desarrollar la capacidad del disfrute lúdico y la apertura hacia nuevos intereses y formas de actividades
- Fomentar la comunicación, la amistad y el establecimiento de relaciones interpersonales ricas y variadas
- Propiciar el bienestar y la satisfacción personal

Las modalidades de recreación que pueden ser instrumentadas, dejando siempre abierta la opción de libre elección, serían:

- Recreación artística y cultural
- Recreación deportiva
- Recreación pedagógica
- Recreación ambiental
- Recreación comunitaria
- Recreación terapéutica

Los tipos de recreación artística, cultural, deportiva y pedagógica tienen por finalidad principal el mantenimiento, desarrollo y recuperación de habilidades diversas; servir de estímulo de la creatividad y posibilitar experiencias que contribuyan al bienestar y autoestima de los participantes. Por otra parte, estas actividades propician el establecimiento de relaciones interpersonales y la integración social de los sujetos, con independencia de sus favorables efectos sobre la salud y el bienestar psicológico.

Algunas propuestas de actividades recreativas para la socialización del adulto mayor del círculo de abuelos:

- Excursiones
- Encuentros deportivos
- Caminatas
- Juegos de mesa
- Bailes
- Participación en eventos

25. Bienestar social

Aunque las inclinaciones políticas, muchos programas sociales se dirigen a personas de edad avanzada; no obstante, pese a que hay algunas ventajas, como la pensión, a las personas mayores, las credenciales preferenciales y algunas otras en las áreas urbanas, la gran mayoría de los servicios sociales discrimina a los ancianos. Estos no son prioridad sino objeto de oportunismo. En instancias se excluye de ciertos servicios a las personas envejecidas, ya sea abiertamente o en forma velada. Las necesidades crecientes al envejecer no se documentan, pocos servicios se crean para atenderlas y los cuidadores tampoco tienen opciones reales de ayuda. Existe una especie de puesta en escena que simula una ayuda a la población geriátrica, pero en verdad las deficiencias son múltiples y los individuos mayores son todavía un grupo con limitaciones y objeto de segregación.

25.1. Centros de Atención Integral

Servicios de atención médica de primer nivel; apoya la detección, el control y el seguimiento de las enfermedades comunes en las personas adultas mayores.

Este servicio lo ofrecen profesionales en diferentes disciplinas médicas y servicios de laboratorio y gabinete, en los tres Centros de Atención Integral (CAI) del INAPAM en la Ciudad de México.

Direcciones y servicios médicos

CAI Universidad:

Avenida Universidad No. 150, Col. Narvarte, Delegación Benito Juárez.

Teléfonos 56-69-17-76

Responsable: Lic. Lidia Icela Hernández Corres

Servicios que se otorgan:

- Medicina general
- Cardiología
- Geriatría
- Otorrinolaringología
- Dermatología
- Ginecología
- Reumatología
- Ortopedia
- Psicología
- Odontología
- Nutrición
- Gabinete de rayos “x”
- Gabinete de ultrasonido
- Gabinete de Audiología
- Electrocardiografía
- Trabajo Social
- Audiología (sólo los miércoles)

CAI Federico Gómez Santos:

Dr. Federico Gómez Santos No. 7, Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Tel.
56-34-88-90 ext. 105

Responsable: Dr. Alejandro Hernández Careaga

Servicios que se otorgan:

- Medicina general
- Geriatría
- Psicología
- Rehabilitación
- Optometría
- Odontología
- Electrocardiografía
- Gabinete de rayos “x”
- Laboratorio Clínico
- Trabajo Social

Clubes INAPAM

Son espacios comunitarios donde se reúnen e interactúan personas de 60 años y más, en los que se ofrecen diversas alternativas de formación y desarrollo humano, de corte educativo, cultural, deportivo y social.

La finalidad de generar estos espacios es promover la participación de las personas adultas mayores, fomentando la organización e intervención en la solución de sus problemas, al tiempo que propicia su permanencia en la comunidad.

Para su funcionamiento cuentan con un reglamento específico, que hace que integrantes de los clubes, formen grupos autogestivos, capaces de tomar decisiones y participar activamente en la vida de su comunidad, donde deciden acciones a favor del beneficio colectivo, siempre bajo la orientación y asesoría de la institución.

Dentro de los clubes, las personas adultas mayores pueden recibir actividades deportivas, culturales, sociales y los servicios del Programa El INAPAM va a tu barrio.

Departamento de Promoción y Desarrollo Comunitario

Vértiz 1414

Col. Vertiz Narvarte

Tel.: 5601 29 84 y 5601 40 15

TLALPAN

- Chimalli. Kenia esq. Costa de Marfil, col. Fracc. Residencial Chimalli
- Hilos de Plata. Periférico Sur s/n esq. Calz. México-Xochimilco, col. Guadalupe Tlalpan
- La Esperanza. Alborada, núm. 430, col. Parques del Pedregal
- Monte Bello. Hocabá lotes 10 y 11, col. Torres de Padierna
- Otoñal. Tlalpense Carrasco, núm. 67, col. Toriello Guerra
- Rayito de Luna. San Lorenzo, núm. 5, col. San Lorenzo Huipulco
- Villa Coapa. Cárcamo esq. Miramontes, col. Villa Coapa

25.2 EL maltrato a las personas mayores

El abuso y el maltrato a las personas de edad avanzada se han reconocido ya como un problema social y de salud pública cada vez más frecuente que debe prevenirse y erradicarse.

El trato a las personas adultas mayores, así como a las personas dependientes, es determinado por los patrones culturales de cada comunidad, por su momento histórico y su entorno sociocultural. Es decir, el valor social asignado al anciano o

la anciana marcará el tipo de consideración de los pueblos hacia sus componentes más mayores (Bover et al. 2003).

OMS define el maltrato al adulto mayor como “un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza”. Puede adoptar diversas formas, como el maltrato físico, psíquico, emocional o sexual, y el abuso de confianza en cuestiones económicas. También puede ser el resultado de la negligencia, sea esta intencional o no.

Asociación Médica Americana (AMA), el maltrato y la negligencia en personas mayores es todo “acto u omisión que provoca en el anciano daño o temor hacia su salud o bienestar”. Según esta definición, el maltrato no sólo son los actos dañinos, sino también los que potencialmente se pueden producir o cuando la persona mayor se siente amenazada.

Definición del maltrato a las personas mayores en México
En México no existe una definición específica de maltrato de personas adultas mayores, sin embargo, en la legislación se utiliza el término de violencia. Así, la Norma Oficial Mexicana de la Secretaría de Salud, NOM-190, de prestación de servicios de salud y los criterios para la atención médica de la violencia familiar, define la violencia como el “acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder en función del sexo, la edad o la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono. El abandono es el acto de desamparo injustificado hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud. El maltrato físico es el acto de agresión que causa daño físico; el maltrato psicológico es la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos; el maltrato sexual, como la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir”.

El traumatismo craneal de Michael Schumacher

- ▶ El parte médico : **herida cráneo-cerebral con hundimiento de la bóveda ósea**
- ▶ **2 operaciones**
29 y 30 diciembre

Lesiones hemorrágicas difusas*

Edema cerebral difuso*
(inflamación del cerebro tras la acumulación de líquido en los tejidos)

▶ **Perforación y apertura** de la caja craneal para reducir la presión

Hematomas intracraneales*
(masa de sangre)

▶ **Extracción de hematomas** por punción

Cavidad occipital

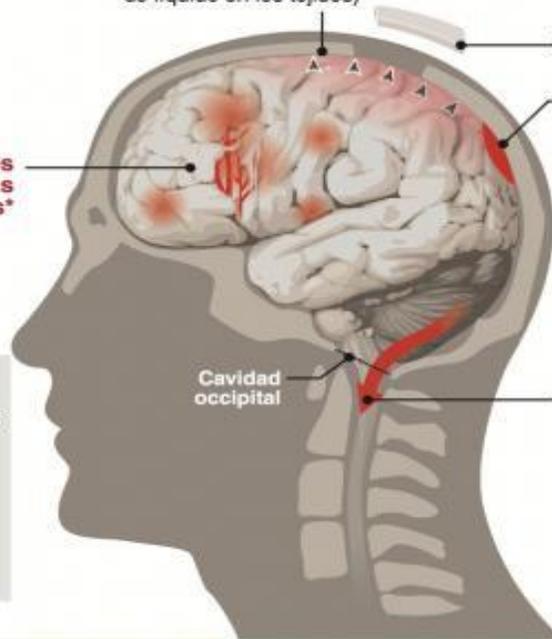
Riesgo de desprendimiento
(descenso de fluido fuera de la caja craneal)

Riesgos

- Problemas cognitivos: comportamiento, memoria
- Problemas motrices: parálisis, equilibrio, epilepsia
- Muerte

AFP

**La localización exacta de las lesiones no fue precisada*



HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias y venas.



Cuando la presión de la sangre es anormalmente elevada de forma persistente se produce la HIPERTENSIÓN.

DOS FACTORES PRINCIPALES:



La cantidad de sangre que circula.



Calibre de las arterias por las que la sangre circula.



Si los vasos sanguíneos se hacen más pequeños, el corazón se ve forzado a un esfuerzo excesivo para mantener la circulación sanguínea.



Los riñones controlan el volumen de agua que circula y la cantidad de sal que contiene el cuerpo.

Mientras más sal, más agua es retenida en la circulación, aumentando la tensión arterial y a su vez las arterias se hacen más estrechas.

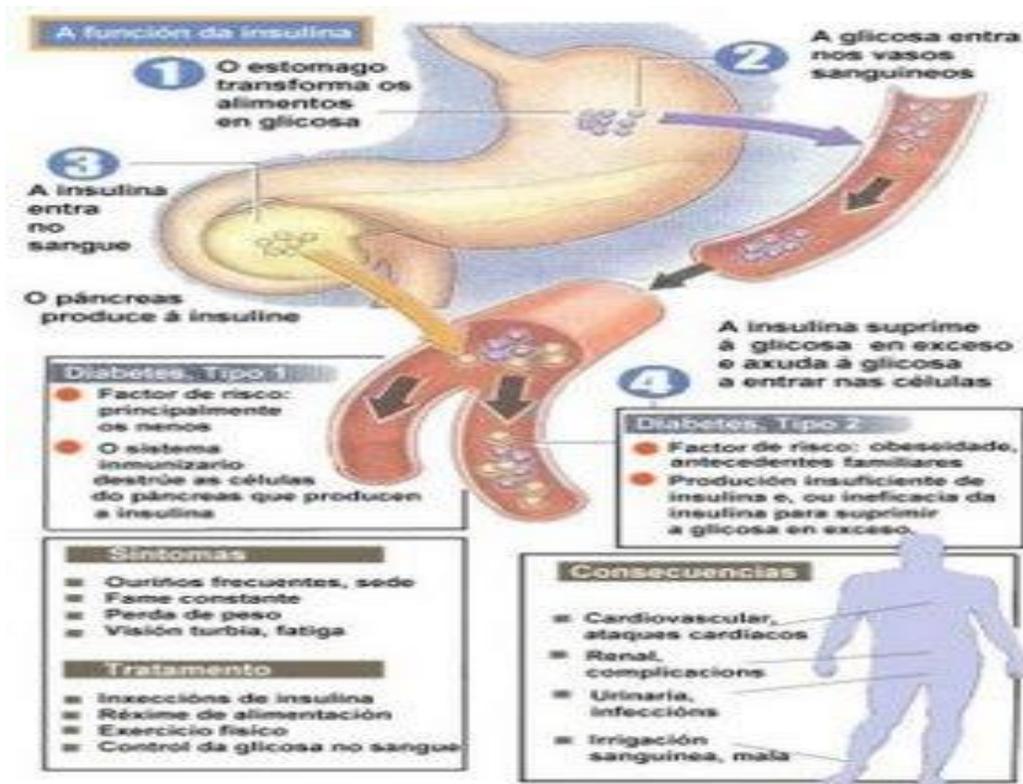
CONSECUENCIAS

SI NO SE CONTROLA ADECUADAMENTE:

- Infarto al miocardio.
- Hemorragia o trombosis cerebral.
- Insuficiencia cardíaca.
- Insuficiencia renal.

FACTORES DE RIESGO

- Herencia
- Sexo: los hombres tienen más predisposición a padecerla.
- Edad: aumenta a medida que aumenta la edad.
- Sobrepeso.
- Ambiente
- Malos hábitos.
- Sensibilidad al sodio.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Estilo de vida sedentaria.



¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos

<p>0</p>  <p>Mójese las manos con agua;</p>	<p>1</p>  <p>Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;</p>	<p>2</p>  <p>Frótese las palmas de las manos entre sí;</p>
<p>3</p>  <p>Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;</p>	<p>4</p>  <p>Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;</p>	<p>5</p>  <p>Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;</p>
<p>6</p>  <p>Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;</p>	<p>7</p>  <p>Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;</p>	<p>8</p>  <p>Enjuáguese las manos con agua;</p>
<p>9</p>  <p>Séquese con una toalla desechable;</p>	<p>10</p>  <p>Sírvase de la toalla para cerrar el grifo;</p>	<p>11</p>  <p>Sus manos son seguras.</p>



Organización Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente
UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands



¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinfectese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos

<p>1a</p>  <p>Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;</p>	<p>1b</p> 	<p>2</p>  <p>Frótese las palmas de las manos entre sí;</p>
<p>3</p>  <p>Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;</p>	<p>4</p>  <p>Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;</p>	<p>5</p>  <p>Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;</p>
<p>6</p>  <p>Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;</p>	<p>7</p>  <p>Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;</p>	<p>8</p>  <p>Una vez secas, sus manos son seguras.</p>



Organización Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente
UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud es el cuerpo directivo de la Organización Mundial de la Salud. El organismo mundial de la salud no puede ser considerado responsable de los daños que pudieran ocasionar en el futuro. La OMS agradece a los miembros del Comité de Asesoría (CAC) y a los miembros del Programa de Control de Infecciones su participación en la realización de este material.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

27. Calendario de medicamentos

TODOS LOS DIAS		
Al despertar	8:00 a.m.	Captopril 25 mg
Ayuno	8:00 a.m.	Glibenclamida 5mg
Después desayuno	8:00 a.m.	Metformina 850 mg

28. Humor

Desde un punto de vista individual, “Freud (1963) consideraba el humor como mecanismo de alivio emocional, una defensa que permite enfrentarse a situaciones comprometidas sin sentirse abrumado” (Carbelo, 2007, p. 68) Tomando en cuenta las diversas crisis por las cuales se pasa en la tercera edad, sería deseable la presencia de este recurso.

Teorías acerca del sentido del humor

En relación a este fenómeno, existen tres teorías planteadas por Carbelo (2007) que, aunque no cubren en su totalidad su complejidad, sugieren aspectos comunes de la realidad. Estas son:

Teoría de la Incongruencia. Se trata de una teoría cognitivo perceptual, donde el énfasis se hace en la sorpresa, como el estado de ánimo prevaleciente. Muchas veces se trata de disociaciones entre la forma y la función de algo alejado de la norma, pero que no daña o afecta al sujeto.

Teoría de la liberación. Esta teoría de corte psicoanalítico, hace referencia a la necesidad en las personas de liberar la energía reprimida bien sea de hostilidad o de tipo sexual. Para ello el chiste serviría como válvula de escape para los sentimientos prohibidos u otros tipos de contenciones.

Teoría de la superioridad. Esta propone la aparición de la risa a partir de las desgracias de otros. La risa y el humor bajo esta teoría hace énfasis en las diferencias establecidas por el sujeto que se ríe con respecto a aquel acerca del cual le resulta risible, por cuanto siente ser más capaz o superior con respecto a las debilidades del otro.

En cuanto al estilo de humor, nuestros adultos mayores tienden a ejercerlo con un sentido afiliativo principalmente, de acuerdo a los planteamientos teóricos de D’Anello (2010) pero combinado con una ligera agresividad, asociada a la teoría

de la liberación que abordó Carbelo (2007) sobre todo dentro del género masculino, siendo las mujeres más proclives a la forma positiva de humor.

Aguera, Cervilla y Martín (2006) haciendo referencia a los mecanismos de defensa en las personas mayores, explican que la sublimación es fundamental en esta etapa, siendo el sentido del humor parte de este proceso defensivo el cual se considera muy apreciado al requerir poca energía y por poder ser mantenido hasta el final de la vida.

29. Datos de infección

Según la NOM-045

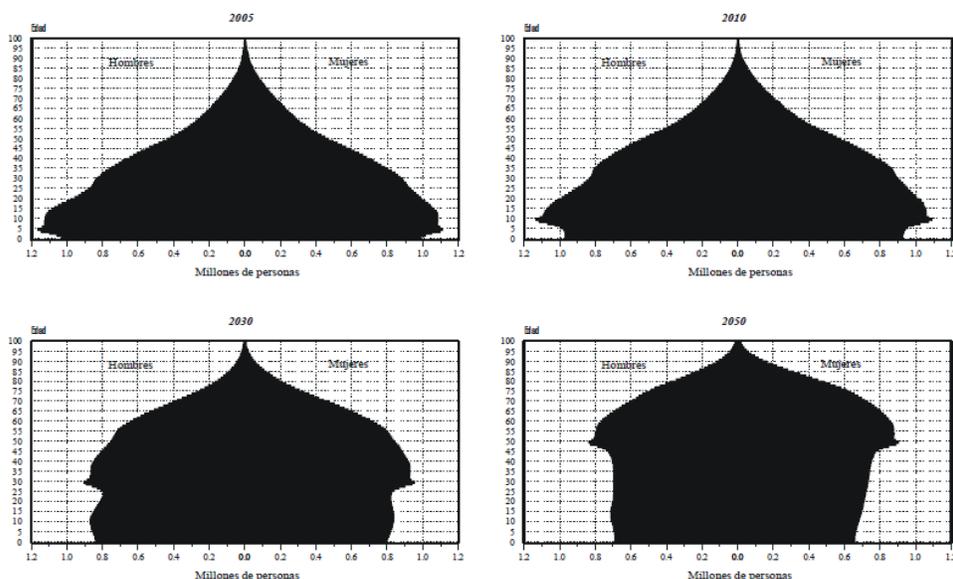
Infecciones de la piel; drenaje purulento, pústulas, vesículas o forúnculos con dos o más de los siguientes criterios, dolor espontáneo o a la palpación, inflamación, rubor y calor.

Enfermería basada en evidencia

Calidad de vida en el adulto mayor en México

Mencionaremos de principio las estadísticas poblacionales en cuanto al adulto mayor en México, esto servirá para darnos cuenta de la realidad sobre la situación de crecimiento poblacional del adulto mayor, tomando conciencia y haciendo nuevos retos para proporcionar y tener una mejor calidad de vida.

A continuación mostramos la pirámide poblacional 2005-2050 realizada por la CONAPO, muestra la velocidad de crecimiento haciendo una continua transformación de estructura por edad, las edades preescolares (0-5 años) y escolares (6-14 años) irán reduciendo, en tanto a las edades productivas (15-64 años) y adultos mayores (65 años y más) aumentará la proporción de la población total. El envejecimiento tendrá una ganancia de 12.0 millones en las primeras 12 décadas de la senectud (65-76 años), en comparación con la pérdida de 12.0 millones de niños y jóvenes menores de 15 años.



Fuente de Estimación CONAPO

Población total, de acuerdo con datos del Censo de Población (INEGI) 2010, la población mexicana de 60 años y más asciende a 10,055,379 personas, lo que significa el 9.06% de la población total del país.

Según el INEGI 2010, la tasa de crecimiento entre el 2000 y 2010 la población de adultos mayores creció a una tasa anual 3.8%.

La relación entre hombres y mujeres entre 60 años y más, muestra que hay 87 hombres por cada 100 mujeres, dando a notar una sobre mortalidad masculina en los adultos mayores.

La relación de dependencia en la vejez establece la proporción de personas mayores de 65 años, con respecto a la población entre los 15 y 64 años, es decir la población en edades productivas. Para el 2010, este indicador señala que existen aproximadamente 09.7 personas dependientes por vejes por cada 100 personas en edad productiva.

De acuerdo con la residencia 74% reside en localidades urbanas y el 26% en localidades rurales, por lo tanto el envejecimiento en México predomina en localidad urbana.

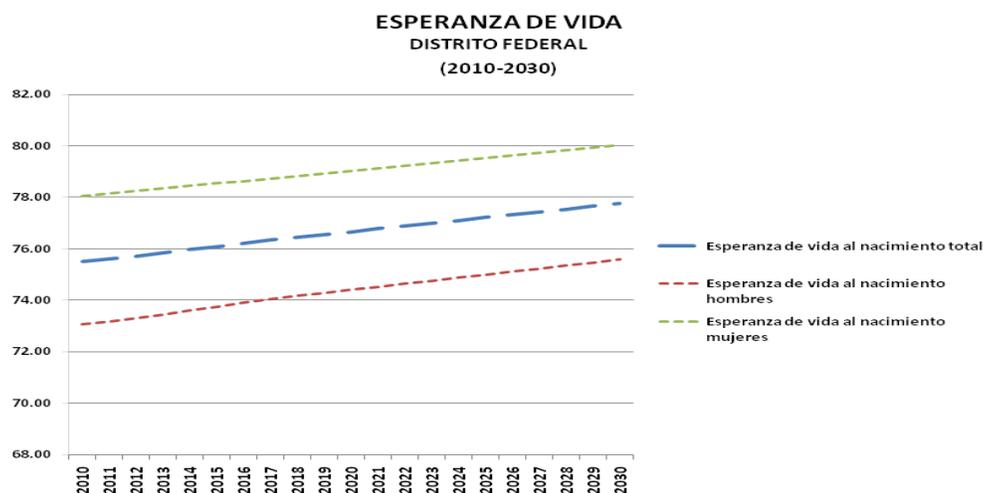
Según las estimaciones y proyecciones 2005 de la CONAPO refiere que la esperanza de vida a partir de los 60 años, los adultos mayores tienen una esperanza de vida de 20.9 años para los hombres y de 22.9 años para las mujeres.

En cuanto la escolaridad INEGI informa que los adultos mayores de 60 años en México, 74% saben leer y escribir un recado. En su mayoría los adultos mayores son habitantes de lengua indígena, de los cuales 6 de cada 10 son analfabetos. Tomemos en cuenta también en este rubro también, que los adultos mayores tienen por lo menos una discapacidad, en el cálculo de INEGI de 1,435,296 el 70% reconoció incapacidad para caminar o moverse, dentro de la discapacidad incluye las dificultades para realizar actividades como, a) caminar, moverse, subir o bajar, b) ver, aun con uso de lentes, c) hablar, comunicarse o conversar, d) oír, aun usando aparato auditivo, e) vestirse, bañarse o comer, f) poner atención o aprender cosas sencillas g) alguna limitación mental.

Nos informa le INEGI sobre el porcentaje de la derechohabiencia, un 72% con derecho a recibir atención a la salud (IMSS 38%, ISSTE 9.3%, Seguro Popular 20%, Otra institución 4.1%) mientras el 27.4% está sin derechohabiencia. Un 14.2% de la población considera su estado de salud como malo o muy malo (información de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006), así mismo la ENSANUT menciona que en promedio los adultos mayores se hospitalizan 1.7 veces y el promedio de días que pasan hospitalizados es de 8.3 días. Esto es de suma importancia, nos da a notar nuestro deber como personal de enfermería brindar una mejor atención y calidad de cuidados a nuestros adultos mayores, educar al paciente y al familiar sobre su cuidado, así poder lograr que su estancia dentro de un hospital sea menor.

Los estados con mayor proporción de adultos mayores son Oaxaca con un 10.7%, Veracruz 10.4% y el Distrito Federal con el 11.3%. Las entidades con la menor proporción son, Baja California Norte con 6.8%, Baja California Sur con 6.6% y Quintana Roo con 4.8%.

Hablando de la población en el Distrito Federal en el 2010 la CONAPO registra que alcanzo 8, 944, 599 habitantes de los cuales 52.2% eran hombres y el 47.8% mujeres, respecto al total nacional 114, 255, 555 personas, este volumen representa el 7.8%. La parte de la población se encuentra en edades jóvenes, ya que el 50% se acumula entre 0 y 30.1 años de edad. El grupo correspondiente a las personas con 24 años es el mayoritario de la pirámide poblacional. El grupo de 15 a 64 años concentra el 69.2 % de la población estatal y finalmente y grupo de 65 años y más muestra ya los efectos de la mayor esperanza de vida y el impacto de la transición demográfica en su conjunto representando el 7.9% de la población estatal.



Esto implica nuevos retos para el cambio demográfico. En el centro de la planeación del desarrollo nacional tiene como reto garantizar mejores niveles de bienestar para la población en una sociedad en paz, incluyente y prospera. Para cumplir estas metas se necesita identificar las necesidades de diferentes grupos de población focalizando acciones que permitan atender las demandas que estas mismas exijan, reduciendo las desigualdades que merman las capacidades de los ciudadanos para acceder a un desarrollo humano, social y económico.

Es importante destacar que el envejecimiento poblacional es una realidad que día a día se hace presente en esta entidad. Lo que lo hace inevitable es el descenso

de la natalidad, aumento de la esperanza de vida y la pérdida preponderancia de los grupos de jóvenes, acompañándose por otro lado por enfermedades crónicas, transmisibles y múltiples afecciones que aumentan la probabilidad de sufrir limitaciones en la capacidad funcional para mantener las actividades de la vida cotidiana.

El aumento de la población del adulto mayor implica desarrollar nuevos programas y estrategias donde puedan ser orientados incrementando servicios que brinden una atención adecuada y necesaria en el ámbito de salud, social, económica y apoyo a las familias para que junto con estas instituciones se pueda llevar un buen proceso. Dando una buena atención de calidad médica y psicológica donde la misma sociedad no lo discrimine, segregue sino al contrario que los dignifique.

La atención y el cuidado que se brinda al adulto mayor modifican su calidad de vida y está enfocada en los factores sociales, económicos y personales; en la salud también es importante tener una buena percepción del bienestar del adulto mayor.

Para ayudar en una calidad de vida se debe tener en cuenta que todos viven de diferentes maneras y estilos de vida, con diferentes hábitos y costumbres, por lo tanto se deduce que a pesar de que el envejecimiento es natural puede tener distintos resultados reflejados en los cuidados o descuidos a lo largo de la vida.

Calidad de vida

la definición como tal a costado trabajo definirla ya que es un concepto amplio, subjetivo y multifactorial, tomando en cuenta la salud, los aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales, el bienestar emocional, en si la calidad de vida incluye el cómo se siente la persona ante una enfermedad o discapacidad, sin embargo La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

En la Organización de las Naciones Unidas (ONU) plantea la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida, Levi y Anderson (1980) delimitan el concepto y señalan: "entendemos una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa"

Fernández Ballesteros (2007) rechaza la sola idea de la calidad de vida con el estado de salud del individuo y concreta en la multidimensionalidad de factores personales como la salud, habilidades funcionales, condiciones económicas, relaciones sociales, la actividad, los servicios sociales y sanitarios, la calidad del propio domicilio y en el contexto inmediato, la satisfacción de la vida y las oportunidades culturales y de aprendizaje. Mencionando los factores que inciden en el anciano como la autonomía, género, edad o la posición social.

Por lo tanto la calidad de vida es multifactorial, donde existe un equilibrio en el bienestar y la satisfacción de la vida junto con los aspectos de funcionamiento social, físico y psíquico.

Si vemos desde el punto de vista del bienestar (Donatell, Snow & Wilcox) se refiere a las actitudes y comportamientos que mejoran la calidad de vida y nos ayudan a llegar a un estado de salud óptima. Podemos decir simplemente que la calidad de vida a pesar de que es diferente en cada persona tan solo el “sentirse bien” será el conjunto de sensaciones experimentadas por la persona.

En los estudios se muestran dos dimensiones, la objetiva y la subjetiva, donde la objetiva se refiere a la evaluación que puede hacer otra persona con relación a la funcionalidad, mientras que la subjetiva es lo que la misma persona valora de su vida, tiene juicio o sentimiento sobre la salud percibida. En función de los propios criterios el bienestar dará una satisfacción en la vida y por lo tanto felicidad.

En cuanto al adulto mayor sabemos que es un grupo vulnerable que tiene necesidades sobre todo en la salud, enfermedades se vuelven crónicas, tiene pérdida de funcionalidad, lo cual requieren de recursos familiares, sociales y económicos. Se requiere de estrategias de atención a largo plazo que garanticen una calidad de vida digna.

Los adultos mayores presentan cambios a nivel psicológico y social que pueden afectar su calidad de vida. El proceso de envejecimiento, las pérdidas y el cambio de rol, ayuda a tomar conciencia y adaptarse la nueva etapa de la vida.

Los cambios psicológicos a partir de los 60, presentan un declive de las capacidades cognitivas, se vuelve más difícil adquirir nuevos conocimientos, realizar tareas que impliquen rapidez, concentración y atención, lo cual agudiza la ansiedad, las preocupaciones y los estados de ánimo negativos.

En los cambios sociológicos la fragilidad, dependencia y enfermedad condicionan a la familia y al adulto mayor en el cambio de roles de cuidado.

La jubilación es el cambio más importante por todas las repercusiones que representa, adquiere más tiempo libre y menos actividad, con estos cambios

incrementa el temor a lo desconocido, renuncia a aceptar cambios tecnológicos y sociales, reducción de interés, conductas de atesoramiento y apego a sus bienes, depresión provocada por sentimientos de angustia y frustración.

Cabe mencionar que existen tres maneras de concebir el envejecimiento: normal, patológico y exitoso. Normal se presentan en el individuo una serie de pérdidas o deterioros, lentos, continuos, graduales, casi imperceptibles e irreversibles en los tres niveles biopsicosocial que lo llevan a la muerte. El envejecimiento patológico, es la serie de cambios que se presentan de manera abrupta, rápida y acelerada en uno o más niveles simultáneamente. La tercera, es cuando no sólo se presentan pérdidas o deterioros, sino al mismo tiempo se observan una serie de ganancias y se promueve que las erronas mayores aprenden a minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias. A esto se le concibe como envejecimiento exitoso, saludable o en plenitud (Baltes y Baltes, 1993).

En los estudios se ha notado que la espiritualidad también es un factor de suma importancia para la calidad de vida en el adulto mayor ya que mantiene cierto equilibrio dentro del bienestar de la persona.

Otro aspecto importante que ayuda a la calidad de vida es una actitud positiva. El problema del adulto mayor, es cuando él no acepta su envejecimiento la negación ante esta nueva etapa afecta más a los factores psicológicos y emocionales, lo cual afecta a su salud, su capacidad funcional, su sentimiento de autoeficacia y esto repercute en su calidad de vida.

El deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la menor participación de labores agradables llevan a una soledad, esto implica que será menor su autoeficacia por lo que es necesario fomentar relaciones que ayuden a disminuir este sentimiento de soledad.

La calidad de vida se asocia con algunos factores del funcionamiento humano que son en su mayoría psicológico, tales como la salud psicológica o mental de los individuos o de la familia, la actitud que tienen los adultos mayores respecto a su propio envejecimiento, así como la valoración de su capacidad y valía, ya que es conforme constan que en su proceso de vida han satisfecho ciertas necesidades y cumpliendo metas o propósitos más placenteramente, que van afrontando su propia vejez (Rivera-Ledesma et al., 2007)

Para concluir se necesitan nuevos retos, que ayuden a modificar y cambiar estilos de vida en cada persona, el nuevo rostro dentro de pocos años será la vejez, el país está comenzando con la nueva realidad, lo cual se necesita fomentar más la prevención en factores que influyan en la manera de afrontar la enfermedad, como: funcionales teniendo capacidad y motivación, clínicos atendiendo las

patologías, sociales capacitando a los cuidadores, biológicos como la depresión sin diagnosticar, cultural erradicando analfabetas, religioso fomentando la espiritualidad o maneras de afrontamientos.

Los estudios de calidad de vida en el adulto mayor ayudan a tomar en cuenta los cambios demográficos que sufre año con año la población. Al ver este crecimiento poblacional en el adulto mayor, implica que como prestadores de salud debemos fomentar nuevos estilos de vida y prevención, no para aumentar años sino para aumentar la calidad de vida y mantener un bienestar biopsicosocial y espiritual exitoso.

Fomentar un estilo de vida, será el bienestar individual, familiar, comunitario y social, siendo fundamental para la salud del adulto mayor. En un ambiente donde predomine el amor, respeto, la comprensión, el reconocimiento, contribuyen a conservar o mejorar la salud, seguir siendo parte fundamental de la familia y sentirse útil.

Para una vejez saludable y activa se necesita promover patrones de vida saludable, fomentar la participación de los adultos mayores en actividades de ocio y recreación que contribuyan a mejorar la calidad de vida en la vejez.

Por último es importante fomentar al adulto mayor una actitud positiva sobre el cambio que implica el envejecimiento y ayudar a la aceptación, ofrecerle nuevas oportunidades para desarrollar sus potencialidades en la toma de decisiones y sentirse de la mejor manera posible como una persona independiente, y que pueda contribuir a su calidad de vida.

Seguir interesándonos más en proporcionar una calidad de atención a este grupo vulnerable, los estudios que se realicen serán de apoyo para el equipo de salud así mismo para el propio adulto mayor y familia.

Bibliografía

Tortora, Gerard J. *Principios de anatomía y fisiología*, 11ª ed., Ed. Panamericana, 2009, México D.F.

José Halabe, A. Lifhitz, J. Lopez, M. Ramiro, *El internista, medicina para internistas*, Ed. Mc Graw Hill Interamericana 1999, México D.F.

Dan L. Longo, A. Fauci, D.Kasper, S. Hauser, J. Jamerson, J. Loscalzo, Harrison, *Manuel de Medicina*, 18º ed., Ed. Mc Graw Hill, 2013 México D.F.

Maurice Victor, A. Ropper, *Principios de Neurología*, 7º ed, Ed. Mc Graw Hill.2004, México D.F.

Rohkamm, *Neurología, Texto y Atlas*, 3º ed., Ed.Panamericana, 2008, México D.F.

D. Shorvon, *Urgencias Neurológicas*, 1º ed., Ed. Limusa, 1993, Mexico D.F.

Dvid M. Cline, O.John, K. Cydulka, Meckler,Handel,Thomas, *Tintinalli, Manuel de Medicina de Urgencias*, 7ºed., Ed. Mc Graw Hill, Mexico D.F.

Antonio Coca, P.Aranda, J. Redón *Manejo dl paciente Hipertenso en la práctica Clínica*, Ed. Panamericana, 2009 México D.F.

Juan Rosas, R.Lyra, R. Cavalcanti. *Diabetes Mellitus* 1º ed, Ed. Intersistemas,2009 México D.F.

Israel Lerman, *Atención integral del paciente Diabetico*, 4ºed, Ed. McGraw Hill, México D.F.

Kristen L. Maur, *Gerontological Nursing. Competencies for care*, 2ºed., Mexico, D.F.

Maria Izal, I. Montorio, *Gerontología Conductual*, 1ºed., Ed. Sintesis, 2006, España, Madrid.

Heather Herdman T. *NANDA International Diagnosticos Enfermeros Definiciones y clasificación*, Ed. ELSEVIER, 2009

Moorhead, Sue *Clasificación de Resultados De Enfermería (NOC)*, 3ra ed., Ed. ELSEVIER MOSBY

Bulechek G., Butcher H. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería(NIC)*, 5ª ed., Ed. ELSEVIER MOSBY

Eusko Jaurlaitzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Guías de práctica clínica en el SNS Ministerio de sanidad y*

consumo, 1º ed., Ed. Servicio Centrat de Publicaciones de Gobierno Vasco Victoria Gasteiz, 2008

Antonio Déniz Cáceres, Juan Carlos López Fernández, *Guía para pacientes y cuidadores, ejercicios para realizar en casa después de un accidente cerebrovascular*. Hospittal Universitario de Gran Canaria.

Rosalía Rodriguez Garcia, Guillerrmo A. Lazcano, H. Medina, M. Angel Heernandez, *Practica de la geriatría*, 3º ed., Ed Mc Graw Hill, 2011 México

Pilar Duarte Molina, P. Tarres. *Terapia ocupacional en geriatría principipos y practica* 3ra ed, Ed. Elsevier masson 2010

Rafael Mella, L. Gonzalez, J. D´Appolonio, I. Maldonado, A.Fuenzalida, A. Diaz, Artículo. *Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor*, vol. 13, N° 1, 79-89, Psykhe.

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2006, para la vigilancia epidemiologica, prevencion y control de las infecciones nosocomiales.

SAVE LIVES Clean Your Hands *Manual técnico de referencia para la higiene de las manos Dirigido a los profesionales sanitarios, a los formadores y a los observadores de las prácticas de higiene de las manos*. Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2.009 con el título Hand hygiene Technical Referente Manual© Organización Mundial de la Salud, 2009

COLPRENSA El universal. *Tener actividad física y mental puede contribuir a una vejez sana*, 21 de Octubre de 2014 10:09 am

Aldo Pérez Sánchez, *Recreación Fundamentos Teórico – Metodológicos*

Medical Research Council. Committee on research into chronic bronchitis: instruction for use on the questionnaire on respiratory symptoms. Devon: W J Holman. 1966

Jairo L. Crdona, M. Villamil, E. Henao, A. Quintero. *Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio Bello*, Colombia, Revista Facultad Nacional de Salud Publica, vol. 27, N° 2, Mayo-Agosto, 2009

Dr C. Gretel Mosquera Betancourt *Envejecimiento fisiológico y predisposición al trauma craneoencefálico*.

Secretaria de salud. *Manual de comunicación interpersonal, hablemos en confianza con los adultos*.

Marcela Agudelo-Botero, Claudio Alberto Dávila-Cervantes. *Efecto de las muertes evitables y no evitables en la esperanza de vida en México, 1998–2000 y 2008–2010* Rev Panam Salud Publica 35(2), 2014

Ana Luisa González Celis Rangel, *Calidad de Vida en el Adulto Mayor*, Instituto de Geriátría. inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/34.pdf

Adulto Mator: Una Nueva Etapa de Vida.
inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/guiaunanuevaetapadevida.pdf

Rafael Edgardo CamachoSolis, C. Gamez Mier, A. Flores, G. Guerrero. *Programa de envejecimiento activo*, Instituto de Geriátría.
inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/37.pdf

Maria E. Flores, M.G. Vega, G. Gonzalez. *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto Mayor*. Experiencias de México, Chile y Colombia, 1° ed. Ed. Universidad de Guadalajara. 2011 Guadalajara

ISSUU *La Tercera Edad, una vejez digna , seguridad en el hogar, casa de día del Adulto mayor* (ISSSTE). YA VISSSTE nov-dic 2014 No. 5

www.diariofemenino.com/psicologia/terapias/articulos/beneficios-risoterapia-ancianos/

Instituto Nacional de Geriátría. <http://www.geriatria.salud.gob.mx>

Consejo Nacional de Población. <http://www.conapo.gob.mx>

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) <http://imss.gob.mx>

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (ISSSTE) www.issste.gob.mx

Secretaría de Salud. www.salud.gob.mx

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)
www.inapam.gob.mx/

Instituto Nacional De Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
<http://www.innsz.mx>