



**GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO**

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS,
PLANEACIÓN Y COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN
MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

TÍTULO DEL TRABAJO:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON
DETERIORO DE LA MEMORIA RELACIONADO CON DISMINUCIÓN
COGNITIVA LEVE EVIDENCIADO POR OLVIDO PERSISTENTE.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
ARI TONATIUH JIMÉNEZ ARELIO**

**DIRECTORA DEL TRABAJO:
LIC. ENF. LAURA VIRGINIA MORALES CARMONA**

**LUGAR Y FECHA:
CIUDAD DE MÉXICO 2022-2023.**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

II. JUSTIFICACIÓN

III. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

3.2 ESPECÍFICOS

IV. MARCO TEÓRICO.....	1
4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR.....	1
4.1.1 CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ENFERMERÍA QUE LA SUSTENTAN COMO DISCIPLINA Y PROFESIÓN.....	4
4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO.....	6
4.2.1 ENFOQUE FILOSÓFICO, TEÓRICO, METODOLÓGICO Y PRÁCTICO.....	7
4.2.2 TIPOS DE CUIDADO.....	13
4.3 MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA.....	17
4.3.1 DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y CLASIFICACIÓN.....	22
4.3.2 RELACIÓN DE LOS MODELOS Y TEORÍAS CON EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	25
4.3.3 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN LA APLICACIÓN DEL P.A.E.....	26
4.3.4 MODELO O TEORÍA UTILIZADO PARA LA ELABORACIÓN DEL P.A.E.....	36
4.4 EL PROCESO DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA BRINDAR CUIDADO A LA PERSONA.....	37
4.4.1 DEFINICIÓN, OBJETIVOS, VENTAJAS Y DESVENTAJAS.....	39
4.4.2 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	42
4.5 LA PERSONA.....	44
4.5.1 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES.....	44
4.5.2 PADECIMIENTOS MÁS FRECUENTES.....	45
4.5.3 DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO.....	48
V APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA	
5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	60
5.2 VALORACIÓN INICIAL Y CONTINUA.....	64
5.3 DISEÑO Y PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	83
5.4 PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	87
5.5 EJECUCIÓN.....	96
5.6 EVALUACIÓN.....	96
5.7 PLAN DE ALTA.....	98
CONCLUSIONES.....	101
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
ANEXOS.....	109



I. INTRODUCCIÓN

El deterioro de la memoria asociado con la edad describe una declinación en la memoria sin otra causa que lo explique. Se ha sugerido que es un fenómeno normal en los ancianos más que una etapa inicial de una demencia u otra enfermedad. Es importante la detección precoz de los trastornos de memoria como signos frecuentes y prodrómicos de los síndromes demenciales. Un factor de riesgo que debe siempre considerarse es la depresión. La relativa facilidad de su diagnóstico por métodos clínicos, neuropsicológicos y de imagen hace que pueda ser una herramienta eficaz en manos de los médicos de familia, para el control y despenalización del adulto mayor en sus comunidades.

A pesar de las diversas causas capaces de producir deterioros cognoscitivos, su cuadro sintomático es muy común, lo cual facilita, en cierto sentido, su diagnóstico por métodos clínicos y neuropsicológicos con relativa certeza y lo hace asequible al nivel de la atención médica básica. El hecho de que el síntoma subjetivo de pérdida mnésica sea para muchos investigadores un requisito indispensable para establecer el diagnóstico del Deterioro de la memoria asociado con la edad origina reservas en considerar tales manifestaciones, muy comunes en los ancianos, como predictores de trastornos mnésicos reales. Por el contrario, se ha señalado que muy pocos estiman una memoria pobre como una alerta de una posible entidad que pudiera tener graves implicaciones para la salud. De aquí, lo indispensable de la detección precoz de los trastornos de la memoria como forma inicial de las demencias

La demencia es una de las principales causas de discapacidad, dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede resultar abrumadora no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores, familiares. A menudo hay una falta de conciencia, comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización, suponer un obstáculo para que las personas acudan a los oportunos servicios de diagnóstico, atención. El impacto de la demencia en los cuidadores, la familia, la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social, económico. La



demencia es un término que se utiliza para describir un grupo de síntomas que afectan la memoria, el pensamiento, las habilidades sociales que son lo suficientemente graves como para interferir en tu vida diaria. No se trata de una enfermedad específica, pero hay varias enfermedades que pueden provocar demencia.

Aunque la demencia generalmente implica pérdida de la memoria, hay varias causas de la pérdida de memoria. El hecho de padecer pérdida de memoria no significa que tengas demencia, aunque a menudo es uno de los primeros signos de la afección. La demencia es la causa más común y progresiva en adultos mayores, pero también existen otras causas de demencia. Según la causa, algunos síntomas de demencia pueden ser reversibles. La demencia es una enfermedad que comienza a afectar muy lentamente a la persona, dificultándole la realización de sus actividades cotidianas. Conforme avanza, esta enfermedad termina por generar una dependencia absoluta en los pacientes. En este sentido, en función de la complejidad de esta patología, a continuación, se presentan algunas recomendaciones para los cuidados de enfermería en los pacientes con este padecimiento.

La demencia senil es un síndrome, tal y como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS), que implica un deterioro tanto cognitivo como físico funcional. Se puede considerar un síndrome crónico o evolutivo que conlleva una pérdida de capacidades de forma progresiva. No tiene que ir ligado con el envejecimiento. O sea, no por envejecer vamos a padecer una demencia.



II. JUSTIFICACIÓN

El deterioro de la memoria, es un problema de salud que afecta a los adultos mayores el cual que tiene grandes repercusiones en su salud y funcionalidad. En la actualidad son pocos los estudios relacionados con la influencia que tienen los programas de intervención de enfermería para estimular y fortalecer la memoria, así mismo ha sido muy poco estudiado dentro del área de enfermería en nuestro país. Sin embargo, se observa que poco a poco ha ido despertando el interés dentro de la disciplina.

El profesional de enfermería conlleva relaciones interpersonales dentro del equipo de salud, tanto en la prevención, detección. Así como la atención y cuidado integral en los adultos mayores.

Es por esto que surge la necesidad, de realizar un Proceso Atención de Enfermería basado en el Modelo de Virginia Henderson y sus necesidades básicas de la vida del ser humano, en el cual buscamos profundizar más sobre este tipo de padecimiento, en donde el Pasante de la Licenciatura Enfermería y Obstetricia pueda detectar los factores de riesgo, ya que la deficiencia de información y la toma de decisiones de los Cuidadores primarios y familiares, podrían desencadenar alteraciones en la paciente con deterioro de la memoria.



III. OBJETIVOS

3.1 General

Realizar una investigación con evidencia científica y de seguimiento a una paciente con deterioro cognitivo, para aplicar un Proceso Atención de Enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson y brindar cuidados holísticos a la paciente diagnosticada con demencia senil, y que estos cuidados permitan mantener, dentro de lo posible, el estado de salud de la persona adulta mayor.

3.2 Específicos.

- Recaudar datos de la adulta mayor a través del instrumento de valoración de Virginia Henderson y sus necesidades básicas de la vida.
- Elaborar diagnósticos de enfermería a fin de identificar y analizar los posibles factores de riesgo.
- Establecer un plan de intervención basado en la jerarquización de factores alterados de la paciente a través de la realización de las intervenciones de enfermería.
- Ejecutar intervenciones de enfermería y poner en práctica, la misma dentro del proceso salud- enfermedad, para recuperar el estado de salud y evitar posibles complicaciones
- Evaluar el estado de salud de la adulta mayor y comparar resultados, obtenidos con los deseados, para así poder determinar, si se logró el objetivo deseado.
- Elaborar un plan de alta para reducir posibles, complicaciones y mejorar su calidad de vida con autocuidados en el hogar en acompañamiento con sus cuidadores primarios.



IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Enfermería como profesión disciplinar.

La Enfermería se proyecta hacia una visión de mundo disciplinar, es importante explorar algunas dinámicas del avance de la enfermería profesional como una disciplina de salud distintiva de los procesos de curación y cuidado. La atención de la salud debe responder a las necesidades de la humanidad que se preocupan por la curación, trascendiendo a los hospitales, las prácticas industriales institucionales y los sistemas burocráticos controlados por el dominio curativo.

La profesión de enfermería tiene el desafío de crecer y mantener su base como profesionales de cuidado de la salud. Sin embargo, este proceso ha sido lento para el cumplimiento de su mandato social pues no se tiene una claridad de su base disciplinar.

La disciplina de enfermería dirige sus metas hacia el logro y utilidad práctica, por lo tanto, sus teorías deben mantenerse en los ámbitos descriptivos y prescriptivos, la enfermería lleva el conocimiento directo hacia la práctica, utilizando teorías que le competen y le permitan resolver necesidades humanas de salud. Permitiéndole crear nuevos conocimientos para el cuidado lo cual posibilita la autonomía e identidad profesional.

Los siguientes aspectos son esenciales para la disciplina de la enfermería.

- La disciplina de la enfermería es lo que mantiene los valores atemporales de la enfermería, su herencia y tradiciones, y el desarrollo del conocimiento para mantener el cuidado, la humanidad y la salud para todos.
- La disciplina es lo que mantiene y honra la ontología de la persona integralmente: la unidad de la mente y el espíritu y una visión del mundo unitaria.



- La disciplina es lo que se adhiere a la orientación filosófica de la enfermería hacia la humanidad y el compromiso ético global de la enfermería con la humanidad para sustentar el cuidado humano, la curación y la salud para todos.
- La disciplina es lo que mantiene las teorías, la orientación hacia el desarrollo del conocimiento, y lo que cuenta como conocimiento: la expansión de la ciencia occidental convencional y las epistemologías clínicas.
- La disciplina es lo que mantiene las tradiciones de investigación de la enfermería y los enfoques diversos y cambiantes para el desarrollo del conocimiento; la orientación disciplinaria específica al conocimiento, además de criticar lo que "cuenta como conocimiento".
- La disciplina aborda metodologías y métodos expandidos, diversos, creativos e innovadores consistentes con cuidado-cura-salud humana, además de fenómenos y experiencias de enfermedad.
- La disciplina contiene teorías de gran alcance, rango medio y situaciones específicas para proporcionar una visión del mundo unitaria, evolucionada y compartida, en la que la salud se relaciona con la justicia social, moral y los procesos/resultados del sistema de persona completa; reconocer que el cuidado humano y el cuidado ecológico son uno, es decir, los humanos y el planeta están conectados, refleja una posición disciplinaria distinta, todas las teorías de enfermería toman una posición sobre el conocimiento disciplinario y esta construcción colectiva conduce a la identidad profesional y a la visibilidad del conocimiento de enfermería. Sin identidad, claridad disciplinaria y compromiso para apoyar y promover el desarrollo sustantivo del conocimiento de enfermería, la enfermería no existirá.

Enfermería como profesión.



La enfermería como profesión se ubica como una actividad específica que posee un cuerpo de práctica orientado hacia el beneficio de las personas a través del cuidado, el cual se rige por un código ético, una legislación y una formación sistematizada y validada institucionalmente, su ejercicio es remunerado y posee un conocimiento social, el desarrollo social ha alcanzado influencia por la delimitación y construcción del proceso de cuidado y por la identificación y desarrollo de tecnologías propias.

Enfermería como profesión disciplinar.

La profesión de enfermería, en los últimos años, con el aumento de las crisis externas de la economía, la ciencia de la gestión, la tecnología, las prácticas y políticas, basadas en el hospital, ha sido desviada de su base disciplinaria. Ha sido definido por las prácticas de enfermería tecno-industriales del hospital y del cuidado de las enfermedades. Sin embargo, la enfermería es mucho más que conformarse con los controles institucionales hospitalarios; la enfermería directamente responsable ante las experiencias individuales y grupales de la comunidad humana.

Sin una orientación disciplinar clara y una base para guiar el desarrollo de la profesión, es fácil perder el rumbo. Cualquier profesión que no tenga un lenguaje disciplinar específico para dar voz a su rol en la sociedad, se vuelve y permanece invisible, de hecho, podría no existir. En este punto de inflexión, todas las enfermeras del mundo están invitadas a avanzar en la enfermería como una disciplina científica distintiva del cuidado humano y en el proceso de cura-salud, retrocedemos a muy buenos profesionales técnicos, trabajando dentro de un sistema global de salud totalmente transformado.¹

¹Watson, J. (2018). Elucidando A Dciplina De Enfermagem Como Fundamental Para O Desenvolvimento Da EnfermagemProfissional. Texto &ContextoEnfermagem, 26 (4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002017editorial4>



4.1.1 Conceptos básicos de la enfermería que la sustentan como disciplina y profesión

La enfermería como ciencia retoma la filosofía, ontología, epistemología y ética, para reflexionar sobre los interrogantes de la misma, su objeto de estudio es el cuidado, camino para desarrollar un cuerpo de conocimientos (ciencia-disciplina) y poder actuar (práctica-profesión) en Enfermería.

La Enfermería es la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de los otros, fundamentada por el conocimiento empírico propio y de otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia asistencial y los valores y expectativas personales y sociales.

La ciencia de Enfermería genera teorías para capacitar a las enfermeras profesionales, en el control de la práctica. La ciencia de la Enfermería como disciplina está referida a la enseñanza como campo de estudio, es aquí donde se articula la relación ciencia- disciplina; como el conocimiento desarrollado, para la enseñanza en el campo del saber de Enfermería (cuáles son sus preocupaciones, la naturaleza de los fenómenos que se dan, como se relacionan, cuáles y como se definen sus paradigmas, sus campos de actuación). Las disciplinas profesionales tienen por objetivo desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

El surgimiento de la ciencia de Enfermería como disciplina, profesional, autónoma, distintiva, valorada por la sociedad, confronta las demandas de la fundamentación en los procesos básicos de los cuidados de enfermería, la profesión y la sociedad para que la Enfermería asuma toda la responsabilidad de las decisiones, acciones y consecuencias.

La actuación de la enfermera en su profesión–práctica, la expone a aspectos legales, que ella podrá resolver, en tanto que posee principios y fundamento



científico, disciplinar y ético. La Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

Enfermería como ciencia, tiene un cuerpo de conocimientos propios, como también, se apoya en otras disciplinas, según Marriner y Raile, clasifican tres grupos de teorías que son: las filosofías, los modelos conceptuales o grandes teorías y las de rango medio. Estas teorías, muestra interrelaciones entre los conceptos y paradigmas. Todas las teoristas de Enfermería, definen su comprensión, respecto a los paradigmas, expresados en los conceptos de persona, entorno, salud y enfermería-cuidado; estos paradigmas están incluidos en el área de interés y preocupación de la ciencia y disciplina de Enfermería.

Se ha descrito antes, que la ciencia de Enfermería provee de conocimientos teóricos, mediante el cual, la práctica se nutre, pero, simultáneamente, nutre y transforma a su vez, a los nuevos conocimientos; de esta manera, la práctica alcanza un alto nivel del cuidado expresado en la mejoría y bienestar de los seres humanos. Gortner afirma que la filosofía de Enfermería representa el sistema de creencias en la profesión y que provee perspectivas para la práctica para enseñanza e investigación.

La enfermera trabaja con las personas sanas o enfermas para identificar sus necesidades o situaciones, comprender como ayudarles, cual es el momento para ayudarles y realizar un cuidado que promueva cambios, para mejorar las condiciones de salud y bienestar de las personas; en este momento se incorpora el proceso de enfermería, como la herramienta que le confiere identidad, autonomía frente a la actuación disciplinar, referida al cuidado de enfermería, articulando la



integralidad de la persona desde su componente bio-psicosocial y cultural para su actuación en el cuidado.²

4.2 El cuidado como Objeto de Estudio.

El cuidado enfermero, con exactitud la dimensión del cuidado invisible. Un cuidado que no se mide, ni aparece en los registros, un cuidado que tiene que ver con la dimensión más humana de enfermería. Es una actividad humana científica que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. Una disciplina que se centra en los estudios de los aspectos psicológicos, espirituales y sociales. Para el cuidado de la persona, familia y comunidad se desarrolla el uso de estrategias comunicativas, verbales y no verbales, la aplicación de instrumentos terapéuticos y estrategias creativas para atender las necesidades presentes. Su evidencia se manifiesta mediante las relaciones humanas mutuas entre el cuidador y el ser cuidado, que va más allá de una evaluación objetiva. Reconoce a la persona humana como una entidad única y compleja. Cuidar es preocuparse, interesarse por el otro sin esperar nada a cambio, reforzar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad. Esto se llama cuidado enfermero. Un cuidado basado en un amor cristiano a la persona que necesita atención. En los enfermeros deben buscar estrategias para objetivar ese cuidado invisible.

Para Nightingale, se aprecia que su teoría de enfermería gira alrededor de un triángulo permanente: la relación del paciente con su entorno; la relación de la enfermera con el paciente y la relación de la enfermera con el entorno del paciente. Aun cuando lo menos trabajado en los escritos de Nightingale hayan sido las relaciones enfermera-paciente hay 4 aspectos importantes que tienen aún hoy una gran vigencia: En primer lugar, la enfermera debe desarrollar la habilidad de observación inteligente para atender a los pacientes y medir su mejoría o falta de

²Vargas ZGT. ENFERMERÍA COMO CIENCIA DISCIPLINA-PROFESIÓN Y PRÁCTICA. In Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados Enfermería. Cali; 2020.



respuesta ante las diversas intervenciones de enfermería. En segundo lugar, la enfermera debe explorar las preferencias de los pacientes acerca de los horarios de los tratamientos y cuidados, y sobre los contenidos y formas de la alimentación, siempre que sea posible. En tercer lugar, debe favorecer la participación del paciente en las tareas de autocuidado. Y, por último, tiene la obligación de guardar el secreto de las confidencias que le haga su paciente, siempre que ese secreto no se vuelva en contra del propio paciente o perjudique a terceras personas. Puede incluir la afectación a los principios éticos sociales, profesionales o personales de la propia enfermera³

4.2.1 Enfoque filosófico, teórico, metodológico y práctico.

Enfoque filosófico.

En enfermería la filosofía puede orientarse a una visión mecanicista reduccionista que refleja reactividad, prioriza el conocimiento o su estructura, o bien centrarse en el ser y su experiencia para buscar comprender su significado, interpretación, preocupación y situaciones que vive.

La libertad entendida como elección y responsabilidad se concibe como un proceso de tensión que genera desarrollo. Es así como el primer avance importante en lo conceptual de Enfermería, ha sido establecer, jerarquizar y definir los diferentes elementos que la integran. El trabajo de Fawcett al igual que el de Meleis genera un gran apoyo en esta comprensión. En estos trabajos se diferencian tanto los elementos para organizar la evolución teórica, como los pasos para hacerlo. Dentro de la estructura se parte de elementos de mayor abstracción como lo es el Metaparadigma, para pasar al modelo conceptual en enfermería.

³Pineda Ayala, VN, &Solsol Isidro, AE (nd). El cuidado enfermo, Invisibilidad e Importancia Enfermería. EP Enfermería, Facultad de Ciencias de la salud, Unión Universidad Peruana. archivo:///C:/Usuarios/52557/Descargas/950-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1288-1-10-20180524.pdf.



Estos modelos conceptuales, a través de una mirada filosófica, toman matices diferentes en cada uno de los conceptos que conforman el Metaparadigma.⁴

Enfoque teórico

La enfermería En comparación con otras ciencias en desarrollo, se sitúa en las fases iniciales del desarrollo científico. Hasta finales de los años 50 del siglo XX, era poco frecuente la utilización en la literatura del término ciencia de la enfermería; este surge a partir de considerarse que la base del conocimiento para el ejercicio de la enfermería es inadecuada e incompleta, y que el desarrollo de una base científica para dicho ejercicio tiene una gran prioridad para la disciplina, la teoría forma parte del desarrollo del personal de enfermería en cuanto a educación, administración y ejercicio de la profesión Meleis ha clasificado los años de progreso de la enfermería en 4 fases: Ejercicio profesional, Educación y administración, Investigación y Desarrollo de las teorías de Enfermería.

Hildegarde, Peplau en 1952, desarrolló la primera teoría sobre el ejercicio de la enfermería (reconocida como tal). A partir de entonces, entre los años 50 y 60 se desarrollaron otros planteamientos sobre enfermería y es a finales de 1960 y a lo largo de la década de los 70 que los teóricos de esta profesión analizaron y debatieron multitud de cuestiones teóricas que fueron publicadas. Estas teorías hacían referencia a asuntos relacionados con la filosofía de la enfermería y a lo largo de la década de los años 80 se observa una aceptación de la teoría de la enfermería por su incorporación a la doctrina de la disciplina. A principios de los años 90 se

⁴Ariza Olarte C. Desarrollo epistemológico de enfermería. Universidad Enferm [Internet]. 2011 [citado el 25 de marzo de 2023];8(2):18–24. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000200004:



debió, desde el punto de vista filosófico, si la enfermería era una ciencia básica, aplicada o práctica.

Hubo un grupo de profesionales dedicados al ejercicio de la profesión y otros dedicados a la educación que adoptaron un modelo basado en una teoría única de la enfermería para la formación y el ejercicio profesional, pero la propuesta de la teoría "única" no tuvo consenso.

El grupo de expertos proclamó la diversidad teórica de enfermería, o sea, la utilización de diversos planteamientos teóricos en la configuración de la práctica profesional. Actualmente, se refleja en el mundo un interés creciente en el desarrollo del conocimiento de la enfermería aplicado al ejercicio profesional y la educación, así como en descubrir las nuevas tendencias y la importancia de la aplicación adecuada de los modelos y teorías; es por ello que consideramos importante la revisión de algunas de las ya existentes y su aporte a las esferas biológica, psicológica y social del hombre, tributario de los cuidados de enfermería.

Enfoque metodológico

La herramienta metodológica en la práctica científica de enfermería es el Proceso Enfermero, el cual nos permite emplear como método de resolución de problemas el pensamiento crítico, el uso de esta metodología ha venido a dar autonomía a la profesión y su uso es determinante en la práctica clínica y la docencia. "Método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud reales o potenciales", es la herramienta metodológica que facilita la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados, permitiendo una visión holística de las personas, y consta de cinco etapas: Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. La aplicación de la teoría, así mismo, es útil para el razonamiento y la toma de decisiones en la práctica, permite organizar y entender aquello que pasa alrededor del cuidado, posibilita el



juicio clínico y la reflexión filosófica al planificar los cuidados, proponer intervenciones de enfermería, predecir y explicar resultados del paciente y evaluar la eficacia de los cuidados, explica la identidad y el objetivo de la práctica enfermera.

Enfoque práctico

En la actualidad, los rápidos cambios que están aconteciendo en la educación superior y la transformación radical de su estructura suponen un cambio profundo que está teniendo una especial repercusión en los procesos de enseñanza y aprendizaje de la enfermería. La aparición de una nueva estructura curricular basada en competencias, la propuesta de nuevos métodos de enseñanza centrados explícitamente en el aprendizaje de las estudiantes y la nueva concepción del trabajo del profesorado, emergente tras estos cambios, están generando unas exigencias pedagógico-didácticas que no tienen parangón en la reciente historia de las universidades. Una de las más destacadas es la que reclama una formación centrada en el estudiante y que lo prepare adecuadamente para las complejas tareas que hoy día exigen las prácticas profesionales de la enfermería. Uno de los elementos nucleares de ese cambio ha sido la profunda reconceptualización que se ha llevado a cabo sobre los fundamentos epistemológicos de las acciones que las enfermeras profesionales realizan en el ejercicio de sus funciones. Esta resignificación de la naturaleza de los saberes que efectivamente ponen en juego las enfermeras profesionales ha conllevado, a su vez un cambio, en la manera de representarlos, formalizarlos y transmitirlos. Dos son las razones que han impulsado este cambio. En primer lugar, podríamos denominar la crisis de la pericia o competencia profesional. Esta crisis ha generado un movimiento en el que la pericia profesional requerida para una práctica competente del cuidado ha dejado de considerarse una ciencia aplicada basada en la racionalidad técnica o instrumental para apoyarse cada vez más en una racionalidad práctico-reflexiva, la cual, ha supuesto, una resignificación de la enfermera profesional como agente epistémico.



La primera entiende que la buena praxis profesional del cuidado consiste en la aplicación de técnicas y procedimientos, estandarizados y validados científicamente, a la solución de problemas bien estructurados y formalizados. La conexión entre problemas y técnicas (medios) se aprende a establecer en la formación universitaria a través del entrenamiento en la aplicación sistemática de teorías científicamente establecidas. Tanto los procesos de identificación/diagnóstico de problemas, como los procedimientos de resolución, no se consideran problemáticos una vez establecidos, más allá de las dificultades que puedan encontrarse para aprenderlos por parte del neófito. La segunda, muy al contrario, defiende que en la práctica profesional de enfermería los problemas (y sus soluciones) no suelen presentarse de forma estructurada. De hecho, existen abundantes evidencias empíricas que permiten afirmar que inicialmente no suelen presentarse como problemas (una situación para la que se dispone de al menos una solución técnica conocida), sino como situaciones ambiguas, poco claras y desordenadas: denomina una situación problemática. Es decir, una situación cronológica y cognitivamente previa al establecimiento del problema. La práctica profesional del cuidado está saturada de ambigüedad e indeterminación y reclama por tanto unos saberes suficientemente flexibles y dinámicos para poder adaptarse a las situaciones cambiantes que la constituyen y a los problemas éticos que le son inherentes. Unos saberes que van mucho más allá de las teorías formales, abstractas y descontextualizadas, que son las que exclusivamente usan los debutantes (el mapa) en los distintos campos profesionales, porque requieren un juicio profesional sustentado lo que se han denominado comprensión situacional (el territorio). En segundo lugar, y como consecuencia de esa pérdida de confianza en la forma de explicar en qué consiste y cómo se desarrolla la pericia profesional, se ha producido una fuerte insatisfacción y se han formulado numerosas críticas a la formación que las enfermeras reciben. Se pone en duda que las universidades dominadas por las culturas “monodisciplinares” y por exigencias de producción de conocimientos formales sean capaces de proporcionar una formación profesional



de calidad basada en los saberes utilizados realmente por las enfermeras profesionales y las competencias que efectivamente ponen en juego para el desarrollo de todas sus funciones. Para que esa formación que se reclama pueda efectivamente ser desarrollada, se exige a la investigación universitaria que se centra en el estudio de la práctica del cuidado una suerte de “vuelta a la realidad” fenomenológica de esas prácticas. Se trata de estudiar los saberes de las enfermeras profesionales en sus contextos reales de elaboración y utilización: su trabajo y las tareas que desarrollan, su conocimiento en la acción. Estos saberes son indisociables de la “acción profesional”. Son saberes elaborados e incorporados durante la práctica profesional del cuidado y únicamente tienen sentido en relación a ella. Existen suficientes evidencias para afirmar que las situaciones prácticas con las que las enfermeras profesionales se enfrentan están cargadas de incertidumbre y ambigüedad, que únicamente pueden reducirse mediante un análisis de la situación y su contexto. Ese análisis, sin embargo, se efectúa tanto sobre el contexto de la situación como sobre las expectativas, motivaciones e intereses de los participantes en la misma, resultando del mismo un “marco de referencia” que contextualiza y delimita las posibilidades de las acciones a realizar y facilita la comprensión de los problemas. Lo que es importante destacar es que ni el análisis original ni el marco resultante son productos del conocimiento académico ni de la derivación y aplicación de principios y reglas técnicas asimiladas por la enfermera profesional durante su formación inicial. Se reclama, en suma, que los múltiples saberes y competencias que sostienen las prácticas profesionales de la enfermería sean considerados una fuente de primer orden para el diseño y desarrollo de los programas universitarios de formación de enfermeras.⁵

⁵. GOMEZ I. ACADEMIA.EDU. [Online].; 2019. Available from: https://www.academia.edu/31708144/FUENTES_TE%C3%93RICAS_DE_LA_ENFERMER%C3%8DA_PROFESIONAL_SU_INFLUENCIA_EN_LA_ATENCI%C3%93N_AL_HOMBRE_.



4.2.2. Tipos de cuidado

La enfermería evolucionó conjuntamente con la historia de la humanidad y del cuidado. La historia de los cuidados se diseña alrededor de dos ejes que generan dos orientaciones, una de las cuales va a garantizar su supremacía al asimilar la otra, al absorberla. La primera orientación nos muestra, tal como ya se señaló, la práctica de los cuidados en la línea de la manutención de la vida y de los cuidados curativos; y la segunda orientación se construye a través de lo que da vida, de lo que es fecundable y de lo que da a luz. Desde el origen, estas dos orientaciones coexisten, se complementan y se generan mutuamente. Las dos orientaciones influirán en el futuro de la práctica de enfermería y contribuirán en la identificación de los cuidados de enfermería.

La segunda orientación se desarrolló por obra de las mujeres y de su historia. Es a través de la evolución de esta orientación que se pueden encontrar de una forma más clara los modos de identificación de la práctica de los cuidados que dieron origen a la práctica de enfermería y, después, a los cuidados de enfermería. Es la historia de las prácticas de cuidados vividas y transmitidas por las mujeres –las mismas que después son condenadas y reprobadas por la Iglesia– la que en última instancia dará cuenta, desde el origen hasta la actualidad, del proceso de identificación de la práctica de cuidados ejercida por las mujeres en el medio hospitalario, así como en los dispensarios de aldeas y barrios, hasta finalmente ser llamados cuidados de enfermería.

Desde los escritos de Florence Nightingale hasta hoy, numerosos referenciales surgieron y se consolidaron. El desarrollo teórico del cuidar en enfermería se inició en la década de los cincuenta, época en que Madeleine Leininger se destacó al defender las concepciones de que el cuidado es una necesidad humana esencial y cuidar es la esencia de la enfermería, además de ser un modo de lograr la salud, el bienestar y la supervivencia de las culturas y de la civilización. A partir de 1976, en los Estados Unidos, un grupo de investigadoras lideradas por Leininger iniciaron discusiones sobre las dimensiones filosóficas, teóricas y epistemológicas del cuidar.



Los conceptos de cuidado pueden ser amplios, restringidos, abstractos, concretos, dirigidos y complejos, o sea, hay varias formas de conceptualizar el cuidado. Algunos de esos conceptos se complementan en determinados momentos, divergen en otros, o nos auxilian en la búsqueda de nuevos conceptos.

CARE: Cuidados de costumbre y habituales, enfocados a las actividades de la vida diaria y al mantenimiento de las funciones vitales.

CURE: Cuidados de curación, enfocados a la estabilización de los procesos vitales⁶

El Consejo Internacional de Enfermeras ha declarado que el cuidado de enfermería es una necesidad y un derecho universal. Es responsabilidad del profesional de enfermería orientar sus acciones para ayudar a mantener, proteger, y restaurar la salud, evitar las enfermedades, aliviar el sufrimiento y, en fin, ayudar a mantener la calidad de vida de las personas. El respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano son condiciones esenciales de la enfermería, que se practicarán sin ningún tipo de discriminación. Con estos enunciados se encabeza el Código Deontológico de Enfermería, del Consejo Internacional de Enfermeras.

Janice Morse identificó cinco categorías de cuidado:

•**El cuidado como una característica humana**

Mostrar y entregar la humanidad a otro que es y se hace más humano a través de ese cuidado.

•**El cuidado como un imperativo moral.**

⁶org.co. [citado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002009000100011



A aquella obligación que una persona se impone a sí misma en cuanto a temas éticos.

•**El cuidado como una forma de afecto.**

Son aquellos que están relacionados con nuestro mundo emocional. Se trata de las atenciones y asistencias a nuestros sentimientos, pensamientos y conductas.

•**El cuidado como una relación interpersonal.**

Incluye comunicación, confianza, respeto y compromiso del uno con el otro

•**El cuidado como una intervención terapéutica.**

Cuidado diferenciado y profesional basado en la visión singular, solidaria e integradora entre el trabajador enfermero y el ser humano

Al considerar el cuidado como un proceso, Morse identifica las relaciones que existen entre las diferentes categorías de cuidado observadas. En todas estas categorías se hace evidente la dimensión ética.⁷

Definiciones de cuidado:

Leininger (1984), Refiere que el cuidado engloba las actuaciones de ayuda, apoyo y mediación dirigidas a otra persona o grupo que tiene necesidades evidentes. El cuidado es esencial para el desarrollo, crecimiento y la supervivencia de los seres humanos y abarca conductas de confort, comportamiento, afrontamiento, empatía, apoyo, mediación, interés, implicación, actos consultivos sobre la salud, enseñanza para la salud, actos de conservación de la salud, conductas de ayuda, amor, sustento, supervisión y confianza. Jean Watson (1985) Lo describe como algo arraigado en una serie de valores humanos universales, menciona que el cuidado es el ideal moral de enfermería. Para Miller (1995), el cuidado es una acción

⁷Gob.mx. [citado el 15 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/codigo-conducta.pdf>



intencionada que transmite seguridad física y afectiva, así como sensación genuina de conexión con otras personas o grupos.

Los cuidados básicos de enfermería pueden definirse como los cuidados que requiere cualquier persona, sea cual sea su diagnóstico médico y complementando el tratamiento médico prescrito. Además, hay que tener en cuenta que estos cuidados son aplicables en cualquier medio: el hogar, el hospital, la escuela, etc. Por lo tanto, aplicar los cuidados básicos de enfermería consiste en atender al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o al restablecimiento de la misma; teniendo en cuenta que siempre debemos dirigir a la persona hacia el mayor grado de independencia posible.

4 tipos de cuidado ejercidos por enfermería son:

1. Prevención.

Se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida

2. Promoción a la salud.

Se describe como el proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de este proceso

3. Restablecer la salud.

En este periodo de transición entre el fin de una enfermedad o dolencia y el regreso a la actividad cotidianas, precisamente, la etapa de restablecimiento de la salud.



4. Aliviar el sufrimiento.⁸

brindar una mejor CALIDAD DE VIDA posible a pacientes que padecen de una enfermedad grave y que compromete su vida, tanto para su bienestar, así como el de su familia.

4.3 Modelos y teorías de enfermería.

Los modelos y teorías de Enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la Enfermería. Se asume por la disciplina que para poder determinar que existe una teoría enfermera ésta debe contener los elementos del metaparadigma de Enfermería. Cada disciplina hace suyos los términos relacionados con la teoría y su desarrollo con el fin de dotarla de un cuerpo de conocimientos que le permitan orientar el ejercicio de la disciplina. En la Enfermería se contemplan los siguientes términos:

- **Filosofía:** Conjunto de reflexiones sobre la esencia, las propiedades, las causas y los efectos de las cosas naturales, especialmente sobre el hombre y el universo
- **Ciencia:** Es tanto cuerpo de conocimientos propios de una disciplina como las habilidades y metodología que hacen progresar dicha disciplina.
- **Conocimiento:** Es la percepción de la realidad que adquirimos por el aprendizaje y la investigación.
- **Teoría:** Consiste en un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que nos permiten una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de escribir, explicar, predecir y/o controlar dichos fenómenos. La utilidad de la teoría para la Enfermería radica en

⁸AlligoodMR, MarrinerTomey A. Modelos Y Teorías En Enfermería [Internet]. 9a ed. Elsevier; 2018. Disponible en: <https://books.google.at/books?id=nIpgDwAAQBAJ>



que le permite aumentar los conocimientos sobre su propia disciplina, al utilizar de manera sistemática un método de trabajo.

- **Modelo:** Se trata de la representación simbólica de la realidad. Los modelos se desarrollan usando conceptos relacionados que aún no han progresado hacia una teoría. El modelo sirve como eslabón en el desarrollo de una teoría. Los modelos de Enfermería son, pues, representaciones de la realidad de la práctica de Enfermería. Representan los factores implicados y la relación que guardan entre sí.⁹

A principios del siglo XX, la enfermería no era reconocida ni como una disciplina académica ni como una profesión. Los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas. Los términos disciplina y profesión están interrelacionados y a veces se utilizan indistintamente; sin embargo, no significan lo mismo. Es importante tener en cuenta sus diferencias y su significado específico.

Los logros de la profesión durante el siglo pasado fueron muy importantes para el desarrollo de la ciencia enfermera. La teoría es un conjunto interrelacionado de afirmaciones en las que unas afirmaciones pueden derivar de otras, solo los conceptos que se van a medir necesitan ser definidos operativamente (Reynolds, 1971).

Virginia Henderson:

Consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas

⁹Modelos de enfermería [Internet]. Enfermeriablog.com. [citado el 15 de enero de 2023]. Disponible en: <https://enfermeriablog.com/modelos-enfermeria/>



influencias. Su filosofía se basa en el trabajo de: La conceptualización de la acción propia de la enfermería de Orlando (Henderson, 1964; Orlando, 1961)¹⁰

Henderson puso de relieve el arte de la enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería. Sus contribuciones incluyen la definición de la enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, la puesta de relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de independencia.

Dorothea Orem:

La teoría del autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo.

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

¹⁰Martha RaileAlligoo P. Modelos y teorías de enfermería. In edición 8, editor: Elsevier.



1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo.
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica.

Callista Roy:

Modelo de adaptación.

Sor Callista Roy desarrollo la teoría de la adaptación tras su experiencia en pediatría en la que quedo impresionada por la capacidad de adaptación de los niños. Él modelo de Sor Callista Roy es una meta teoría ya que utilizo otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizo fueron: La teoría general de sistemas de A. Raport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales: Paciente: lo define como la persona que recibe los cuidados, Meta: que el paciente se adapte al cambio, Salud: proceso de llegar a ser una persona integrada y total, Entorno: Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona, Dirección de las actividades: la facilitación a la adaptación.

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo, Focales: son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado, Contextuales: son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal, Residuales: corresponde



a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación, las necesidades fisiológicas básicas: Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.

La autoimagen: El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno, el dominio de un rol o papel: Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado, este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.

Interdependencia: La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interactúa con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

Madeline Leininger:

La teoría transcultural se puede visualizar a través del “modelo del sol naciente” el cual describe al ser humano como un ente integral, que no puede separarse de su procedencia cultural ni de su estructura social, de su concepción del mundo, lo que constituye uno de los principios fundamentales de la teoría de Leininger, el cual se divide en cuatro niveles. Estos niveles van de más a menos abstracto y los tres primeros niveles proporcionan conocimientos para brindar cuidados culturalmente coherentes.¹¹

4.3.1 Definición, objetivos y clasificación.

¹¹Obstetricia ENdEy. Proceso de atención de enfermería.



Definición: Las teorías y modelos de enfermería son cuerpos de conocimiento organizados para definir qué es la enfermería, qué hacen las enfermeras y por qué lo hacen. Las teorías de enfermería proporcionan una manera de definir la enfermería como una disciplina única que está separada de otras disciplinas (por ejemplo, medicina). Es un marco de conceptos y propósitos destinados a guiar la práctica de enfermería a un nivel más concreto y específico.

Enfermería, como profesión, está comprometida a reconocer su propio cuerpo de conocimiento sin precedentes, que son vitales para la práctica de la enfermera: la ciencia de la enfermería. Para distinguir esta base de conocimiento, las enfermeras necesitan identificar, desarrollar y entender conceptos y teorías en línea con la enfermería. Como ciencia, la enfermería se basa en la teoría, lo que hace en la práctica y por qué. Enfermería es una disciplina única y está separada de la medicina. Tiene su propio cuerpo de conocimientos en el que se basa la prestación de atención.

Clasificación: Hay diferentes maneras de categorizar las teorías de enfermería. Se clasifican en función de su función, niveles de abstracción u orientación a la meta. Por abstracción

Hay tres categorías principales al clasificar las teorías de enfermería en función de su nivel de abstracción: grandes teorías, teorías de rango medio y teorías a nivel de práctica.

Grandes Teorías de Enfermería:

- Las grandes teorías son abstractas, de amplio alcance y complejas, por lo que requieren más investigación para su aclaración.
- Las grandes teorías de enfermería no guían intervenciones de enfermería específicas, sino que proporcionan un marco general e ideas de enfermería.



- Los grandes teóricos de enfermería desarrollan sus obras basadas en sus propias experiencias y su tiempo, explicando por qué hay tanta variación entre las teorías.
- Abordar los componentes del metaparadigma de enfermería de la persona, enfermería, la salud y el medio ambiente.

Teorías de enfermería de rango medio:

- Son más limitadas en alcance (en comparación con las grandes teorías) y presentar conceptos y proposiciones en un nivel inferior de abstracción. Aborda un fenómeno específico en enfermería.
- Debido a la dificultad de probar grandes teorías, los eruditos de enfermería propusieron usar este nivel de teoría.
- La mayoría de las teorías de rango medio se basan en las obras de un gran teórico, pero se pueden concebir a partir de la investigación, de la práctica de enfermería o las teorías de otras disciplinas.

Teorías de enfermería de nivel práctico:

- Las teorías de enfermería de práctica son teorías específicas de la situación que son de alcance estrecho y se centran en una población de pacientes en un momento específico.
- Las teorías de enfermería a nivel de práctica proporcionan marcos para las intervenciones de enfermería y sugieren resultados o el efecto de la práctica de enfermería.
- Las teorías desarrolladas a este nivel tienen un efecto más directo en la práctica de enfermería que las teorías más abstractas.



- Estas teorías están interrelacionadas con conceptos de teorías de rango medio o grandes teorías.¹²

Objetivos:

- Permite a la persona participar en su propio cuidado.
- Garantiza la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales.
- Ofrece atención individualizada continua y de calidad.
- Ayuda a identificar problemas únicos de la persona¹³

4.3.2. Relación de los Modelos y Teorías con el Proceso Atención de Enfermería.

Los modelos y teorías de enfermería pretenden describir, establecer y examinar la práctica de enfermería, que para comprobar que existe una teoría debe de contener los elementos del paradigma, así mismo identificando los conceptos de:

Filosofía: Es el estudio de problemáticas diversas como el conocimiento, la mente, conciencia, lenguaje, etc.

Ciencia: Conocimientos propios de la disciplina adquiriendo habilidades metodológicas.

Conocimiento: Percepción de la realidad que adquirimos por medio del aprendizaje y la investigación.

¹²Santiago A. Teorías y modelos de enfermería [Internet]. *yoamoenfermeria.com*. Álex Santiago; 2021 [citado el 13 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://yoamoenfermeriablog.com/teorias-y-modelos-de-enfermeria/>

¹³El proceso enfermero como proceso de gestión de los cuidados [Internet]. El blog de Salusplay. 2019 [citado el 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/proceso-enfermero-gestion-cuidados-asistencia/>



Teoría: Conjunto de conceptos, definiciones, y proposiciones que nos permiten una visión sistemática de los fenómenos, aumentando los conocimientos de la misma disciplina.

Modelo: Desarrolla conceptos relacionados que aún no han progresado hacia una teoría.

El modelo refleja un posicionamiento filosófico, cognitivo y diferentes formas de práctica de la disciplina, llevando una base de línea de investigación.

El modelo conceptual de enfermería está basado en construir diferentes conceptos sistematizados basado en la ciencia, que identifica los elementos esenciales de la práctica de la enfermería, los cuales son los más importantes, persona, salud, entorno, cuidados enfermeros.

Persona: se considera como individuo ya que de esa forma se relaciona a una sola persona que necesite los cuidados dentro de un hospital o fuera de él, familia, relacionado a que los cuidados son para el núcleo familiar, grupo o comunidad, así formando características antropológicas por ser universal, desarrollando las necesidades individuales y comunes.

Salud: el objetivo principal de enfermería es llegar a la salud por medio de los cuidados enfermeros, desarrollando un entorno dinámico y cambiante en la salud

Enfermedad: Se someterá a diversas ideológicas de factores sociológicos, políticos, económicos, así como la idiosincrasia de cada comunidad.

Entorno: El medio donde se desarrolla cada individuo y comunidad, está conformado por aspectos intrínsecos y extrínsecos.

Cuidados enfermeros: Disciplina que está basada en intervenciones sobre las necesidades de la persona, para llevarla a un mejoramiento o en todo caso brindar cuidados específicos.



El modelo conceptual de enfermería, para que sea considerado científico deberá reunir ciertos requisitos como: fundamentos en teorías de las diferentes ramas de la ciencia, las ideas, los conceptos y su interrelación deberán establecerse de forma sistemática y estructurada, y debe ser operativo y aplicable a la práctica.¹⁴

4.3.3. Aspectos éticos y legales en la aplicación del P.A.E.

Aspectos éticos.

El desarrollo actual de la tecnología en el mundo, tiene gran influencia en la salud, la bondad que ofrece ha sido aceptada en la comunidad científica y por la sociedad en general, esto lleva consigo, la aplicación de la bioética para tratar de salvaguardar la dignidad de las personas, mediante intervenciones éticamente correctas y basadas en el bien común.

El término deontología es una rama del arte y de la ciencia consistente en hacer en cada ocasión lo que es recto y apropiado, determina los deberes y obligaciones exigibles al profesional en el desempeño de su actividad, regula a través de preceptos, normas morales y reglas de conducta que se plasman en códigos.

La deontología profesional es una ética aplicada, aprobada y aceptada por el colectivo profesional, en donde se pueden tipificar las infracciones en un sistema de sanciones con respaldo legal y administrativo, los códigos son creados por colegios y sirven como guía o advertencia en situaciones específicas y por ende exigible, su énfasis siempre es positivo hacia el logro de conductas deseables que favorezcan valores y comportamiento que protejan a la persona, familia y/o comunidad.

En el campo de la salud la atención que se otorga se fundamenta en trabajar con el individuo sano y enfermo de forma integral y humanista, por ello en el accionar de

¹⁴De M, Pae E. Actualización en Enfermería familiar y comunitaria [Internet]. Enfermerialugo.org. [citado el 26 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.enfermerialugo.org/wp-content/uploads/2021/09/Tema-Modelos-de-Enfermeria.PAE .pdf](https://www.enfermerialugo.org/wp-content/uploads/2021/09/Tema-Modelos-de-Enfermeria.PAE.pdf)



la profesión se encuentran cuatro principios admitidos que derivan a la práctica, al ejercicio de la profesión:

- Mantener la individualidad de las personas.
- Satisfacer las necesidades fisiológicas del hombre.
- Proteger al hombre de agentes externos de enfermedad.
- Ayudar al paciente al retorno a su vida útil en la sociedad.

Decálogo del Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México.

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto como las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.



10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales

Aspectos legales.

Nuestra Carta Magna es una ley fundamental que norma la estructura jurídica, política y económica en México, se divide en dos partes:

- Dogmática: Contiene los derechos inalienables e imprescriptibles que el estado reconoce.
- Orgánica: Define la estructura, señala los poderes y reconoce la soberanía. Para el tema que nos atañe, revisaremos solo algunos de los Artículos de la normatividad que rige el ejercicio de la profesión y se encuentra en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de forma implícita.
- Artículo 4: Garantiza el Derecho a la protección de la salud: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. De aquí se deriva la Ley General de Salud.
- Artículo 5: Garantiza el Derecho al ejercicio libre de cualquier profesión lícita, que origina la Ley General de profesiones.
- Artículo 17: Menciona que ninguna persona podrá hacerse justicia por sí misma, ni ejercer violencia para reclamar su derecho.
- Artículo 123 toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil. Considerando el Art. 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Art. 51 de la Ley General de Salud y el reglamento de servicios de atención médica en su Artículo 48 el cual dice: Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.



La Ley General de salud establece la organización, las competencias o atribuciones de los servicios de salud a la población.

En el Artículo 1° se reglamenta el derecho a la protección de la salud.

Artículo 3°: En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general.

Artículo 4°: Son autoridades sanitarias:

- El presidente de la República;
- El Consejo de Salubridad General;
- La Secretaría de Salud, y
- Los gobiernos de las entidades federativas.

Sistema Nacional de Salud

Artículo 5°: El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

Artículo 7°: La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud.

Artículo 15°: El Consejo de Salubridad General es un órgano que depende directamente del presidente de la República en los términos del artículo 73, fracción XVI, base 1ª de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Prestación de los servicios de salud

Artículo 23°. Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.



Artículo 24°. Los servicios de salud se clasifican en tres tipos: I. De atención médica; II. De salud pública, y III. De asistencia social.

Artículo 27°. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;
- III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

Artículo 32°. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Artículo 33°. Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno;
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

Prestadores de Servicios de Salud

Artículo 34°. Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en:

- I. Servicios públicos a la población en general;



II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios.

III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten,

IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.

Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la Comunidad

Artículo 50°. Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 79°. Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los Títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

Artículo 89°. Las autoridades educativas, en coordinación con las autoridades sanitarias y con la participación de las instituciones de educación superior, recomendarán normas y criterios para la formación de recursos humanos para la salud.

Medicamentos

Artículo 221°. Para los efectos de esta Ley, se entiende por:

I. Medicamentos: toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente



en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

Artículo 416°. Las violaciones a los preceptos de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones que emanen de ella, serán sancionadas administrativamente por las autoridades sanitarias, sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivas de delitos.

Artículo 417°. Las sanciones administrativas podrán ser:

- I. Amonestación con apercibimiento;
- II. Multa;
- III. Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total,
- IV. Arresto hasta por treinta y seis horas.

Delitos

Artículo 468°. Al profesional, técnico o auxiliar de las disciplinas para la salud, que sin causa legítima se rehúse a desempeñar las funciones o servicios que solicite la autoridad sanitaria en ejercicio de la acción extraordinaria en materia de salubridad general, se le aplicará de seis meses a tres años de prisión y multa por el equivalente de cinco a cincuenta días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate.

Artículo 469°. Al profesional, técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro su vida, se le impondrá de seis meses a cinco años de prisión y multa de cinco a ciento veinticinco días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate y suspensión para ejercer la profesión hasta por dos años. Si se produjere daño por la falta de intervención, podrá



imponerse, además, suspensión definitiva para el ejercicio profesional, a juicio de la autoridad judicial.¹⁵

Derechos de las personas con demencia

Al hablar de derechos nos referimos obligadamente a los derechos humanos básicos a los que todos tenemos derecho por el hecho de ser humanos. Son ampliamente conocidos derechos políticos y civiles como el derecho a la vida, a un juicio justo, a la privacidad, a la libertad de expresión y a la protección de la esclavitud y la tortura. Kelly e Innes (2013) reflexionan sobre la violación de algunos de estos derechos básicos en las personas con demencia, especialmente de aquellas que viven en instituciones. La revisión de estas autoras es sumamente útil para la exposición de los derechos de las personas con demencia, así como de las acciones que pueden emprenderse para garantizar su cumplimiento. Las autoras rescatan siete de los 18 derechos especificados en la Convención Europea de Derechos Humanos por ser de especial interés en la protección a grupos vulnerables, los cuales son:» Art. 2. Derecho a la vida» Art. 3. Derecho a no ser torturado o sujeto a tratamiento o castigos inhumanos o degradantes (humillantes)» Art. 5. Derecho a la libertad y la seguridad» Art. 8. Derecho a respetar la vida privada y familiar» Art. 10. Libertad de expresión» Art. 14. Prohibición de discriminación» Art. 17. Prohibición del abuso a los derechos Kelly e Innes (2013) discuten ampliamente sobre la violación de los artículos 3 y 5 en las personas con demencia institucionalizadas. El artículo 3 garantiza en esencia que ninguna persona pueda ser maltratada, el cual es violado en las instituciones, por ejemplo, al utilizar tratamientos abusivos o severos, ante la falta de privacidad en salas mixtas, falta de dignidad especialmente del personal que cuida sus necesidades (dejar por mucho tiempo a una persona incontinente sin ser aseada), insuficiente atención a la confidencialidad, negligencia, medicación inadecuada y uso de métodos restrictivos

¹⁵Gilberto LMI, García M. Aspectos Ético-Legales En La Protección A La Salud [Internet]. Gob.mx. [citado el 26 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.ssch.gob.mx/revista/3s.pdf>



(físicos, químicos o ambientales), discriminación por edad, raza o discapacidad y despido de las instituciones. Mencionan que no es raro que a personas con demencia con fractura de cadera se les niegue la posibilidad de una cirugía por considerar menos importante su recuperación que la de otros pacientes; sin duda, en este hecho existe discriminación y negligencia y, en consecuencia, violación a sus derechos humanos básicos. Con relación al artículo 5 que se refiere al derecho a la libertad, consideran que éste es violado siempre que una persona con detrimento en su capacidad para decidir, es admitida en algún hospital o institución sin contar con su consentimiento. Al respecto, en Inglaterra el Departamento de Salud está promoviendo la introducción de una ley de salud en la que cualquier persona con falta de capacidades y riesgo de ser privado de su libertad al ser admitido en hospitales o casas de cuidado deben contar con un documento de Salvaguarda de privación de Libertad autorizada por un comité supervisor que asegure que esta ocurre porque no hay otra forma de garantizar el cuidado o tratamiento seguro de la persona en otras condiciones. El objetivo de esta ley proteger a personas vulnerables, como aquellas con demencia, de la privación de la libertad sin su consentimiento.¹⁶

4.3.4. Modelo o teoría utilizado para la elaboración del P.A.E.

Modelo de cuidados de Virginia Henderson.

La filosofía de Virginia Henderson se basa de conocimientos de la enfermería moderna el cual están desarrolladas en el proceso enfermero, aplicando el método científico a los cuidados, con métodos de trabajo sistémicos, así permitiendo a las

¹⁶Galván AH. Unidad 2: Aspectos éticos y legales [Internet]. Gob.mx. [citado el 22 de marzo de 2023]. Disponible en:
http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Alzheimer/MODULO_IV/UNIDAD_3/Recursos_psicosociales.pdf



enfermeras delimitar su campo de actuación, permitiendo una conceptualización fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos.

El modelo de Virginia Henderson se caracteriza por las necesidades humanas, dentro de la enfermería humanista, dando una función a la enfermera de suplencia o ayuda a la necesidad de la Persona que no pueda realizar en un determinado momento de su ciclo vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.

Al desarrollar estas funciones clarifica a la enfermería como profesión independiente en sus principales actividades, docentes, investigadora y gestora.

Asunciones filosóficas.

La función de la enfermería es ayudar al individuo a conseguir su independencia ayudando a mejorar su o sus necesidades afectadas, incluyendo el apoyo de otros profesionales de la salud y no perder el objetivo principal que es el cuidado.

Las necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de las personas, con las siguientes:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuado la ropa, y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otra persona.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.



11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir, o satisfacer las curiosidades que condice a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Relación del proceso enfermero con el modelo de cuidados de Virginia Henderson.

El modelo sistémico para brindar los cuidados centrados en la consecución de los resultados predefinidos y esperados, ha sido necesario la implementación del proceso enfermero en la práctica diaria como método científico, para la gestión y administración de los cuidados, el cual se basa en los principios y normas que promueven en el pensamiento crítico¹⁷

4.4 El proceso de Enfermería como herramienta metodológica, para brindar cuidado a la persona

El método científico utilizado por las diferentes disciplinas significa un abordaje sistemático para la resolución de problemas o respuesta a diferentes cuestiones. En la disciplina enfermera, la aplicación del método científico es el denominado Proceso Enfermero(PE) o Proceso Atención de Enfermería (PAE).

El PE es un marco organizado para la práctica de la enfermería profesional, es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, abandonando la intuición, la rutina y la comunicación verbal, disponiendo de un marco conceptual desde el que prestar cuidados de calidad.

¹⁷Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.



Desde el punto de vista operativo, el PE se lleva a la práctica en sus cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Las características esenciales del PE es que es sistemático, dinámico y humanístico y está centrado en objetivos/resultados.

Características del proceso enfermero (PE)

Sistemático:

- 1) Permite la organización del trabajo, abandonando la intuición.
- 2) Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- 3) Consta de cinco pasos, en los que de forma deliberada se realizan una serie de acciones para extremar la eficiencia y lograr resultados beneficiosos en la persona a largo plazo. Evoluciona según las respuestas de la persona

Es continuo, los cinco pasos se interrelacionan entre sí, cada etapa depende de la anterior y condiciona la siguiente. Responde a un cambio continuo.

Humanístico:

Tanto en la planificación como en el momento de prestar los cuidados hay que tener presentes los intereses, valores, preocupaciones, cultura, creencias y deseos específicos del usuario (persona, familia o comunidad), dimensión holística de los cuidados enfermeros.

Centrado en los objetivos/resultados:

Las fases del PE se dirigen hacia unos resultados esperados para el paciente con la provisión de cuidados planificados y documentados

En cada una de las fases se llevan a cabo acciones de forma deliberada y de modo eficiente con el objetivo de obtener resultados beneficiosos para el paciente a largo



plazo. Las fases son correlativas y se encuentran a su vez interrelacionadas, es decir, cada una depende de la precedente, pero a la vez es dinámico, ya que se pueden combinar actividades de una fase en otras.¹⁸

4.4.1 Definición, objetivos, ventajas y desventajas:

Definición:

Se puede considerar que el Proceso Atención de Enfermería (PAE), Es la base del trabajo a seguir en la práctica enfermera.

Esta herramienta guía a los profesionales de enfermería a la hora de planificar los cuidados que han de darse a un paciente, mediante una serie de procedimientos. Puede considerarse que el PAE es algo totalmente esencial en la labor en la profesión enfermera, ya que facilita nuestro trabajo y asegura que se faciliten unos cuidados de salud de calidad. Este método sistemático brinda cuidados humanistas eficientes, apoyándose en un modelo científico.

Objetivos:

- Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
- Imprimir a la profesión un carácter científico.
- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Traza objetos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.
- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social.

¹⁸Formación DAE. El proceso enfermo como herramienta metodológica [Internet]. Daeformación. DAE Formación; 2021 [citado el 15 de enero de 2023]. Disponible en: <https://daeformacion.com/proceso-enfermero/>



- Proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad

Ventajas:

Se considera el Proceso Atención de Enfermería como la base del ejercicio de nuestra profesión ya que es la aplicación del método científico a la práctica enfermera, el método por el que se aplican los conocimientos a la práctica profesional.

Desventajas:

A pesar de todas las bondades que pueden atribuirse al PAE (Proceso de Atención Enfermería) considerado como el instrumento metodológico para el proceso de cuidar en Enfermería, su utilización sigue siendo muy limitada y con frecuencia su uso se percibe como un incremento de carga en el trabajo del profesional

- La deficiencia de estudios que evalúen sobre los efectos que el uso del P.A.E tiene la calidad de la atención
- La utilización del PAE, sin contar con un modelo teórico de referencia
- La escasa consideración que sigue teniendo en el trabajo autónomo de la Enfermera/o
- Un posicionamiento todavía poco firme por parte de los profesionales de Enfermería, frente a su completo desarrollo profesional.

Pero no únicamente se puede atribuir al instrumento metodológico su inadecuada aplicación, pues cabe resaltar la aparición de factores que inciden sobre el desempeño del profesional de Enfermería tales como:

- Factores psicológicos: estrés, ansiedad, preocupación.



- Factores sociales: relaciones interpersonales conflictivas, deficiencia de conocimientos científicos y prácticos por partes de los profesionales de Enfermería
- Factores laborales: ambiente laboral, deficiencia de recursos humanos, horario de trabajo, número de pacientes atendidos, usuarios y familiares pocos colaboradores
- Factores económicos: poca disponibilidad de equipos e insumos para la atención de los usuarios.
- Factores físicos: infraestructura inadecuada, humedad, calor ruido.

Las características principales del PAE son:

- Tiene validez universal.
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales sanitarios.
- Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.
- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.
- Consta de cinco etapas cíclicas.¹⁹

4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería

Valoración:

En esta etapa se realiza inicialmente una recogida de datos en relación al paciente para conocer su situación. Las fuentes de información para la obtención de datos suelen ser las siguientes: el historial médico del paciente, el propio paciente, su

¹⁹Chozas JMV. Proceso de Atención de Enfermería, PAE Enfermería [Internet]. Enfermería Actual. 2022 [citado el 29 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria/>



familia o alguna persona relacionada con él. Esta información va a ser la base para la toma de decisiones que se lleve a cabo posteriormente.

Diagnóstico:

Es la segunda fase del Proceso de Enfermería. Es el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud vitales reales o potenciales, que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. Un diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable. El diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones: dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera.

Planeación:

Una vez concluida la valoración e identificadas las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería, que conduzcan al usuario a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Ejecución:

Es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras: Continuar con la recogida y valoración de datos, realizar las actividades de enfermería, anotar los cuidados de enfermería, dar los informes verbales de enfermería, mantener el plan de cuidados actualizado, el profesional de enfermería tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así



como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada, de las actividades que se llevan a cabo en esta fase cabe destacar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

Evaluación:

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.²⁰

4.5 La persona

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte. Estos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. La diversidad que se aprecia en la vejez no es una cuestión de azar. Más allá de los cambios biológicos, el envejecimiento suele estar asociado

²⁰Formación DAE. El proceso enfermo como herramienta metodológica [Internet]. Deformación. DAE Formación; 2021 [citado el 15 de enero de 2023]. Disponible en: <https://daeformacion.com/proceso-enfermero/>



a otras transiciones vitales, como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y el fallecimiento de amigos y parejas²¹

4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales

Cuando nos referimos al envejecimiento, hablamos de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es diferente.

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. Pero, además, también se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa persona.

Cambios biológicos relacionados con la edad.

Sistema sensorial

A) Visión.

- Disminuye el tamaño de la pupila.
- Menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana.
- Disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores.

B) Audición

²¹ Envejecimiento y salud [Internet]. Quién.int [citado el 16 de enero 2023] Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>



- Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que le deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas.

C) Gusto y olfato

- Disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas.
- Pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos.

D) Tacto

La piel es el órgano relacionado con las capacidades sensorial del tacto. Los cambios que se producen en la piel pueden observarse simple vista, como son:

- Aparición de arrugas
- Manchas
- Flacidez
- Sequedad

Todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones interinas, como son la disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular.

Pero también pueden ser originados por deficiencias en la alimentación, por posibles enfermedades o por una excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica.

Sistema orgánico.

A. Estructura muscular



Se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen peso, número y diámetro. Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular.

B. Sistema esquelético

- La masa esquelética disminuye, pues los huesos se tornan más porosos (menos densidad del hueso) y quebradizos.
- Debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles, por lo tanto, más vulnerables a la fractura.

Estos cambios afectan en mayor medida a las mujeres, debido a las siguientes causas; mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales (menopausia), inactividad, consumo de tabaco y alcohol, malos hábitos de alimentación etc.

C) Articulaciones

Se tornan menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones. La principal consecuencia es el dolor.

D) Sistema cardiovascular

- El corazón: aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provoca un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción entre otros cambios.



Todos estos cambios conducen a un aporte menor de sangre oxigenada y esto a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física en general²²

Cambios sociales.

Existen numerosas teorías que intentan explicar los cambios psicosociales que se producen con el envejecimiento y el origen de esos cambios, a continuación, se mencionarán unas de las más relevantes:

A. Teoría de la desvinculación Cumming y Henry (1961)

- Menciona que lo natural es la desvinculación del entorno. Envejecimiento satisfactorio cuando la sociedad ayuda al individuo a abandonar sus roles sociales y obligaciones.

Esta teoría no considera:

- La importancia de factores endógenos (de dentro de la persona o de su medio). Desvinculación selectiva (solo de algunos aspectos). Desvinculación transitoria en determinados periodos.

B) Teoría de la actividad. Tartler (1961)

- Menciona que, a mayor actividad, mayor satisfacción. La sociedad es responsable de la pérdida de actividad (p.ej., jubilación).

Esta teoría no considera:

- Que no todos poseen la capacidad suficiente para reorganizar su actividad tras la jubilación. La falta de refuerzos positivos de la sociedad conlleva desesperanza.

²² El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales [Internet]. Mheducation.es. [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>



Teoría de la continuidad. Atchley (1971)

- Continuidad en los estilos de vida de otras etapas. Se mantienen los mismos estilos, pero acentuados. Requisito para un envejecimiento satisfactorio: permitir esa continuidad.

Cambios psicológicos Erikson y Peck

Para explicar los cambios psicológicos que puede sufrir el individuo al llegar a la vejez, nos vamos a basar en las dos teorías principales elaboradas sobre esta circunstancia.

A. Teoría de Erikson (Integración vs. Desesperación)

El ser humano pasa por ocho crisis, que se corresponden con los cambios de etapa vital. En la octava etapa se produce la necesidad de aceptar el modo de vida que el sujeto ha seguido (integración). Si no se produce esa aceptación, se llega a la desesperación.

B. Teoría de Peck

El ser humano pasa por tres crisis, que se corresponden con los cambios de etapa vital. Es necesario resolver las tres crisis para envejecer de forma saludable y extender su identidad más allá de su trabajo, bienestar físico y existencia propia.²³

4.5.2 Padecimientos más frecuentes en la vejez

Con el paso de los años, el metabolismo y la respuesta del cuerpo ante enfermedades no es igual que antes. Tanto músculo, piel, huesos e incluso el sistema cognitivo se ven afectados y pierden fuerza y resistencia. Esto provoca que

²³ Sánchez C, Rangel F. enfermería geriátrica. protocolos de cuidado al anciano. :32–35. [citado el 26 de mayo de 2022]



no se esté lo suficientemente preparado para afrontar ciertas actividades o patologías.

Enfermedades Crónicas degenerativas: Diabetes Mellitus II

Hipertensión arterial: Es habitual que las personas mayores tengan la tensión arterial alta. Para cuidar estos índices es necesario llevar una dieta alimenticia y realizar actividad física.

Demencia: Se integra dentro de las patologías cognitivas. En definitiva, se trata de un deterioro cognitivo que sufre la persona y que su máxima expresión es la pérdida de memoria progresiva. Al igual que el cuerpo, el cerebro también envejece y las células nerviosas se van debilitando.

Ictus: (enfermedad cerebro vascular) es, sin duda, una de las enfermedades más habituales en ancianos. Su origen reside en la obstrucción o rotura de algún vaso sanguíneo encargado de llevar sangre al cerebro. Se reduce así el flujo de sangre al cerebro y las células nerviosas dejan de funcionar.

Infarto al miocardio: Suele estar iniciado por un dolor incipiente en el pecho y brazos. Acompañado de dificultad respiratoria, náuseas o mareos.

Artrosis y artritis: Sé podría decir que casi toda la población de la tercera edad sufre de artritis. Que no es otra cosa que la inflamación en articulaciones. Esto lo que provoca es dolor al realizar ciertos movimientos o gestos. La artritis puede tratarse a base de rehabilitación e inflamatorios. En los casos más severos esta artritis puede llegar a desembocar en una artrosis como degeneración del cartílago.

Parkinson: El Parkinson es otra de esas enfermedades que más sufren las personas mayores. En parte porque afecta directamente al sistema neurológico. Es una pérdida progresiva de neuronas. ¿Cómo afecta el Parkinson en mayores? Al afectar al sistema nervioso genera temblores en la persona, movilidad reducida, y



alteración del equilibrio. Se hace latente la rigidez muscular que imposibilita llevar una vida mucho más llevadera e independiente.

Problemas auditivos y visuales (Cataratas): La pérdida de audición en mayores es uno de los problemas que más afecta en la vejez. Cualquier sentido va perdiendo eficiencia al pasar el tiempo y las capacidades sensoriales como el oído y la vista son una de las que más sufren. Es un proceso degenerativo que no tiene solución.

En cuanto a la vista, la edad también influye en este sentido. Desde la pérdida de nitidez en la vista (presbicia), hasta la aparición de cataratas. Las cataratas en ancianos pueden tratarse con cirugía.

Osteoporosis: La osteoporosis en sí es una enfermedad degenerativa que se entiende como una disminución de la densidad ósea. ¿Cómo afecta la osteoporosis a las personas mayores? Principalmente, en lo que más puede llegar a afectar es en fracturas por caídas y golpes. Una de las más habituales tiene que ver con la rotura de cadera de personas mayores.

Fibromialgia: La fibromialgia es una enfermedad crónica que puede afectar a cualquier persona. Sin importar el género o la edad. Por tanto, también la pueden sufrir las personas mayores. Se caracteriza por un extremo cansancio, dolencia muscular, trastornos de sueño, pies inquietos y dolores fuertes de cabeza. No tiene un diagnóstico claro ni fármaco que ayude a solventar este conjunto de dolencias.

Depresión: Muchas personas mayores, como consecuencia del ritmo de vida, acaban viviendo su vida en un estado de soledad. Esto puede llegar a provocar episodios de depresión que es necesario atender y cuidar para conseguir un estado de bienestar en el día a día. La depresión en ancianos es algo habitual y por eso se



requiere la ayuda de profesionales, cuidadores de mayores y especialistas para tratar estas situaciones.²⁴

Esperanza de Vida:

En México, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente; en 1930 las personas vivían en promedio 34 años; 40 años después en 1970 este indicador se ubicó en 61; en 2000 fue de 74 y en 2019 es de 75 años.

Las mujeres viven en promedio más años que los hombres, en 1930, la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33. Al 2010 este indicador fue de 77 años para mujeres y 71 para los hombres, en 2019, se ubica en 78 años para las mujeres y en 72 años para los hombres.²⁵

4.5.3 Descripción del padecimiento

La demencia senil es un síndrome, tal y como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS), que implica un deterioro tanto cognitivo como físico funcional.

Se puede considerar un síndrome crónico o evolutivo que conlleva una pérdida de capacidades de forma progresiva. No tiene que ir ligado con el envejecimiento. O sea, no por envejecer vamos a padecer una demencia.

- **Epidemiología:** En 2019, la demencia se clasificó como la tercera causa de muerte en las Américas, representando 390.473 defunciones. Esta cifra se triplicó desde 2000, cuando la demencia representó 113.631 muertes, y las tasas de mortalidad ajustada por edad se incrementaron desde 11,8 muertes por cada 100.000 habitantes en 2000 a 22,3 muertes por 100.000 habitantes

²⁴Las 10 principales enfermedades que sufren las personas mayores [Internet]. Fundación Atilano Sánchez Sánchez. 2020 [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.fundacionfass.org/general/las-10-principales-enfermedades-que-sufren-las-personas-mayores/>

²⁵Población. Esperanza de vida [Internet]. Org.mx.[citado el 15 de enero de 2023]. Disponible en: <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>



en 2019. La demencia se clasificó como la 14^a causa de años de vida perdidos por mortalidad prematura, representando 390 millones de años de vida perdidos.

- Las mujeres se ven afectadas de forma desproporcionada. En la Región de las Américas, el 66% de las muertes por Alzheimer y otras formas de demencia son mujeres.

Las 7 fases de la demencia senil

No existe un tiempo definido concreto para pasar de una fase a otra, debido a que son muchos los factores que influyen en la evolución de la enfermedad, como por ejemplo el estado de salud, la soledad, el nivel socio económico, etc.

1. Ausencia de deterioro cognitivo. Esta es la primera fase, y la mayoría de las personas mayores se encuentran en ella: la fase inicial donde no hay signos evidentes de demencia. De hecho, esta fase se podría juntar con la próxima, pues no tienen signos de deterioro cognitivo relacionado con afectación del cerebro. O sea, pérdida de memoria clara.

2. Déficit de memoria asociados a la edad: Son déficits asociados a la edad, propios del envejecimiento orgánico puntuales, específicamente de nombres de lugares o personas, y relacionados con la memoria reciente. Nada atribuibles a un proceso patológico de demencia. Ahora bien, es una fase que requiere de una buena observación y, sobre todo, de realizar una buena prevención, con una alta gama de estímulos diferentes para el anciano.

3. Deterioro cognitivo leve: Las personas mayores que se encuentran en esta fase presentan signos notables de deterioro de la memoria y de las actividades de la vida diaria. Aparecen desorientaciones leves, olvidos frecuentes, etc.

Estos déficits son más marcados que por la edad tocaría. Son personas que les cuesta orientarse, retener información y mantener la atención. No podemos hablar



propiamente de demencia, pero sí que podemos afirmar que en esta fase hay un tanto por ciento muy elevado de padecerla.

Podemos agrupar los síntomas así:

- Olvidar nombres de personas recién conocidas.
- No encontrar dónde están objetos cotidianos como las llaves, móvil, cartera, bolso.
- Dificultad en encontrar palabras adecuadas en una conversación.
- Olvidos de citas y reuniones.
- Dificultad en los pagos y las vueltas del cambio.

4. Demencia leve o temprana: Estamos ante el inicio de la demencia senil como tal. Aquí ya existen problemas graves, tanto de memoria como de funcionalidad, que provocan cambios sustantivos en la manera de ser de la persona anciana. Si bien es posible que, al inicio de esta etapa, la persona reconozca que algo le pasa, con el tiempo y a raíz de un mecanismo de defensa, empiezan a negar la evidencia. Aunque, como apuntábamos anteriormente, es difícil determinar un tiempo de evolución de las diferentes fases, la mayoría de los expertos mundiales están de acuerdo en afirmar que la cuarta fase suele durar unos dos años, aproximadamente.

5. Demencia moderada: Podríamos llamar a esta fase, como la fase intermedia. Una fase donde el anciano empieza a necesitar la ayuda de terceras personas, sobre todo en lo referente a las actividades de la vida diaria instrumentales, como llamar por teléfono, usar el dinero, etc.

La familia observa los siguientes síntomas:

- Olvidar conversaciones recientes.
- No saber en qué fecha estamos.



- Hablar con alguien por la mañana y a la tarde no acordarse.
- Muestras de cambio de carácter, mostrándose desanimado y frustrado. En grupo, se aísla y no participa.
- El anciano presenta dificultades para actividades complejas que lleven planificación y cálculo, y precisa ayuda para actividades como la cocina o la limpieza de la casa.
- Aparecen desorientaciones durante la marcha y se aconseja que camine acompañado por la ciudad.

6. Demencia moderadamente severa: La demencia sigue avanzando, y con ella aumenta la dependencia de la persona mayor. Nos encontramos con situaciones en las que la persona precisa de una ayuda constante. Requiere atención de uno o más cuidadores, durante todo el día. Además de las dificultades en la cognición y en la funcionalidad, aparecen cuadros de agitación y de trastornos de conducta, alteraciones en la de ambulación, delirios.

7. Demencia severa o avanzada: Entramos en la última fase. En ella la persona anciana ha perdido las praxias motoras, las habilidades psicomotrices, la atención, etc. La persona suele estar encamada, precisa de ayuda en todos los aspectos de su vida, y necesita una atención constante para orientarla en el espacio y el tiempo.²⁶

Deterioro cognoscitivo leve:

Es un síndrome clínico que consiste en una disminución medible de la memoria y/o más funciones cognoscitivas pero que no tiene afectación en las actividades de la vida diaria, ni cumple con los criterios de síndrome de demencial.

²⁶Demencia senil: fases, síntomas y tratamiento [Internet]. Alegria. 2019 [citado el 15 de enero de 2023]. Disponible en: <https://allegria.cat/es/demencia-senil-fases/>



Los cuidadores de la salud deben estar atentos ya que muchos pacientes con demencia no pueden entender su padecimiento, recibir información e involucrarse en la toma de decisiones.

El instrumento de escrutinio “Prueba del dibujo del Reloj”, evalúa la función ejecutiva, construcción visuo-espacial y habilidades cognitivas, ha sido validado en muestras comunitarias extensas para diferenciar pacientes con demencia de personas sanas, Los valores de la sensibilidad son del 80% y la especificidad del 60%. La evaluación demuestra la funcionalidad del lóbulo frontal y tèmpero-parietal, se requieren diferentes habilidades cognitivas incluyendo la comprensión auditiva y visual.

Las pruebas neuropsicológicas pueden repetirse entre 6 y 12 meses posteriores cuando el diagnóstico no esté claro, se quiera medir la progresión del déficit y en apoyo del diagnóstico diferencial.

La prueba neuropsicológica sugerida es Neuropsi, ya que está validada en población mexicana, con índices de sensibilidad y especificidad en demencia leve y moderada de 82 y 86%. No obstante, es una prueba que debe ser aplicada por un psicólogo o neuropsicólogo previamente entrenado

Para establecer el diagnóstico diferencial de demencia, se recomienda incluir en el protocolo de estudio, biometría hemática completa, química sanguínea que incluya función hepática y renal, electrolitos séricos, perfil tiroideo, niveles séricos de folatos, vitamina B12 y serología para sífilis.

La depresión frecuentemente puede confundirse con deterioro cognoscitivo, debido a que los síntomas como aislamiento, anhedonia y olvidos por distracción que suelen imitar a los síntomas de deterioro cognoscitivo.



Algunos medicamentos de uso común afectan la función cognoscitiva en forma transitoria, sin embargo, en pacientes con demencia pueden agravarlas, tales como:

- Anticolinérgicos
- Antihistamínicos
- Benzodiacepinas
- Analgésicos opiáceos
- Antiparkinsonianos
- Anticonvulsivantes.

Los adultos mayores con deterioro cognoscitivo y caídas deben ser sometidos a un programa de actividad física al menos dos o tres veces por semana, para mejorar la fuerza, la flexibilidad y el balance, por ejemplo: Caminata, en grupos de actividad social.²⁷

Diferencia entre Demencia y/o Alzheimer

La demencia senil es una enfermedad que provoca el deterioro de la memoria y otras capacidades del razonamiento relacionadas con el lenguaje, la percepción o el juicio.

Estos síntomas, producidos por una falta de comunicación en las células nerviosas, interfieren en la vida cotidiana del paciente y, en las fases más avanzadas, lo convierten en dependiente. Al ser una patología que no diferencia por sexos o edades, ya que cualquier persona puede padecerla, su etimología ha variado en la actualidad. Cuando se habla de demencia senil solo se hace referencia a aquella que se producen después de los 65 años, por lo que, lo más apropiado, sería determinarla, únicamente, como demencia.

²⁷[citado el 19 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/52557/Documents/GPC%20DEMENCIA.pdf>



“Debemos desterrar términos trasnochados del pasado que solo generan confusión. La demencia no implica que sea senil, del mismo modo que tampoco implica que sea Alzheimer”, confirma Sagrario Manzano, doctora y coordinadora del Grupo de Estudio de Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología.

Tanto la demencia como el Alzheimer se engloban dentro de las denominadas enfermedades neurológicas, siendo ambas irreversibles y degenerativas, lo que implica que las funciones orgánicas dañadas o perdidas del paciente no puedan regenerarse.

La diferencia es que, en el caso del Alzheimer, éste degenera hasta provocar la muerte de la persona en la mayoría de los casos, mientras que la demencia no es causa directa de fallecimiento. Además, “no es lo mismo una fase leve, tanto de demencia en general, como de Alzheimer en particular, en la que no hay apenas alteración, que una fase más avanzada, en la que se sumen otros problemas. Por tanto, no hay una única enfermedad, sino un sinfín de enfermos, cada uno con sus peculiaridades”, afirma Manzano.

En cuanto a las causas, en el caso del Alzheimer éstas son desconocidas, pero en la demencia puede ser la secuela de una infección, del consumo de drogas, de tumores, de otras patologías como el Parkinson u otras de carácter degenerativo. En ambos casos, que un familiar directo padezca alguna de las dos patologías, mantener niveles de presión arterial altos o ser mujer pueden ser factores de riesgo.

Por otro lado, tanto las personas con demencia como aquellas que tienen Alzheimer, poseen una misma percepción de la realidad y solo existen diferencias en los síntomas dependiendo de la fase en la que se encuentre el paciente.



En conclusión, ambas se engloban dentro del término demencia, pero, según su nivel de evolución, conllevan características y síntomas que las convierten en enfermedades diferentes.²⁸

Cuidadores primarios

Los cuidadores de pacientes con alteraciones del sistema nervioso tienen mayor impacto en su calidad de vida por la dificultad para interactuar con ellos y la carga de estrés que se genera al cumplir su rol; es así, como los cuidadores familiares de pacientes con, demencia senil requieren tiempo para cumplir con su rol, debido a la dependencia progresiva que se genera en la evolución de la enfermedad por esto mismo, esta situación lleva a crear mecanismos para enfrentar los diferentes retos que plantea el cuidado de un paciente en situación de cronicidad.

El trabajo de cuidador es una experiencia de compromiso, de tiempo y de paciencia que demandan habilidades y cualidades que son fundamentales en la realización de las actividades de la vida diaria con el familiar. Los cuidadores familiares también se pueden ver expuestos a alteraciones en su propio bienestar, que los intereses, las motivaciones y las expectativas por el proyecto de vida propio pasan a un segundo plano en la medida en que deben dedicar la mayor parte de su tiempo al cuidado de su familiar. Así mismo, factores como la situación de dependencia del familiar en la realización de sus actividades, las tareas que debe realizar el cuidador, el tiempo de cuidado, y el impacto negativo de estas actividades, influyen notablemente en el área psicológica del cuidador afectando su calidad de vida.²⁹

²⁸Diferencias y semejanzas entre demencia y Alzheimer. Marca [Internet]. el 25 de febrero de 2016 [citado el 20 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/2016/02/25/diferencias-semejanzas-demencia-alzheimer-109880.html>

²⁹Edu.co. [citado el 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/762/Documento%20Final%20Monograf%C3%ADa%20Camila%20Maldonado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



Anatomía y fisiología del sistema nervioso central

El sistema nervioso central es la parte del que controla todas nuestras funciones corporales. Está conformado por el encéfalo, ubicado dentro de la cavidad craneal y la médula espinal, la cual se encuentra dentro del conducto o canal vertebral.

El encéfalo está a su vez compuesto por cuatro partes principales: Cerebro (telencéfalo), diencefalo, cerebelo y tronco. En estas cuatro partes se procesa la información proveniente del cuerpo y se generan comandos u órdenes que indican a los tejidos de nuestro cuerpo cómo responder y funcionar frente a los diferentes estímulos del medio externo e interno. Estas órdenes abarcan todo el espectro de las funciones corporales, desde respirar hasta pensar.

La médula espinal es la continuación del tronco encefálico. Al igual que el encéfalo, tiene la capacidad de generar órdenes, pero solo para procesos involuntarios como los reflejos: si se percibe calor extremo en la mano, la médula será la responsable de hacer que la mano se retire, incluso antes de que el cerebro interprete el dolor.

Diencefalo: El diencefalo se ubica en la profundidad del telencéfalo, el cual lo envuelve casi en su totalidad. Es un conjunto de cuatro estructuras nerviosas ubicadas a ambos lados de la línea media, en contacto con el tercer ventrículo. Estas cuatro estructuras son:

- **Tálamo:** Una masa ovoidea de tejido nervioso conformado a su vez por cuatro grupos de núcleos: anterior, medial, lateral e intralaminar. El tálamo es un centro de relevo de información sensitiva y motora hacia y desde la corteza cerebral, respectivamente.
- **Epitálamo:** Representado por la parte más posterior del diencefalo, está conformado por el cuerpo (glándula) pineal, la estría medular y el triángulo de la habénula. El epitálamo está involucrado en el control del ciclo circadiano (sueño-vigilia), y en el control e iniciación del movimiento.



- **Hipotálamo:** Localizado en sentido antero inferior al tálamo, se divide en tres grupos de núcleos (anterior, medio y posterior) y en tres zonas (periventricular, medial y lateral). Regula la respuesta al estrés, metabolismo y reproducción a través de varios ejes hormonales hipotalámicos y el sistema porta hipofisario.

Cerebelo: El cerebelo está ubicado en la fosa craneal posterior, detrás del tronco encefálico y del cuarto ventrículo. Está separado del cerebro mediante el tentorio (tienda) del cerebelo. Se encuentra en comunicación con el tronco encefálico mediante los pedúnculos cerebelosos superior, medio e inferior, los que además sirven como medio de fijación del cerebelo.

Las funciones del cerebelo incluyen aprendizaje, control y precisión de la actividad motora voluntaria.

Tronco encefálico: El tronco encefálico tiene tres importantes funciones:

- Contiene núcleos asociados a la mayoría de los nervios craneales.
- Da paso a vías nerviosas que se extienden entre la médula espinal y el cerebro.
- Regula funciones vegetativas como el ritmo cardíaco, presión sanguínea, respiración y funciones gastrointestinales.

Medula espinal: La médula espinal es la continuación caudal del bulbo raquídeo. Se extiende desde el foramen magno hasta el nivel vertebral de L1/L2. La médula espinal está compuesta de cinco segmentos (cervical, torácico, lumbar, sacro, coccígeo) de los cuales emergen un total de 31 pares de nervios espinales.

La médula espinal posee cuatro caras, varios surcos y una fisura anterior que la recorren en sentido longitudinal. La fisura es denominada así para diferenciarla de los surcos que son considerablemente más estrechos. Está constituida por sustancia gris central rodeada por sustancia blanca. La irrigación proviene de arterias espinales



(una anterior y dos posteriores) y de arterias segmentarias medulares provenientes de diferentes fuentes según su altura.

La médula espinal cumple dos funciones principales: es el centro de la actividad refleja de casi todo el cuerpo y además conduce información entre el encéfalo y el resto del organismo.

En el segmento terminal de la médula espinal, las raíces anteriores y posteriores de los nervios espinales que se formarán a nivel de los forámenes de la columna tienen una longitud inusual. Esto les da una apariencia de cola de caballo a lo cual la estructura debe su nombre (cauda equina, latín para cola de caballo).

Meninges: Las meninges son tres membranas que envuelven el sistema nervioso central. Se denominan meninges craneales cuando envuelven al encéfalo, mientras que al atravesar el foramen magno y envolver la médula espinal pasan a denominarse meninges espinales. Entre las funciones de las meninges están proteger el sistema nervioso central, dar soporte a los vasos sanguíneos que nutren al SNC y contener al líquido cefalorraquídeo (LCR). Las meninges incluyen una meninge gruesa más externa (paquimeninge) llamada duramadre, y dos meninges internas más delgadas (leptomeninges). Su orden de la más superficial a la más profunda es el siguiente:

Duramadre: Es una envoltura gruesa que en su parte craneal consta de dos hojas: perióstica y meníngea. La duramadre perióstica se adhiere al endocráneo y la duramadre meníngea, más interna, se separa de ella en determinados sitios, constituyendo espacios que alojan a vasos sanguíneos especiales llamados senos venosos dúrales.

- **Aracnoides:** La aracnoides es una membrana ubicada profunda a la duramadre y en íntimo contacto con ella. Existe un delgado espacio potencial entre ambas denominado espacio subdural en el cual en condiciones normales solo se encuentra una fina película de líquido intersticial. La aracnoides carece de vasos sanguíneos.



•Piamadre: La piamadre es la más interna de las meninges y se adhiere íntimamente a la superficie del tejido nervioso que conforma el SNC. La piamadre está altamente vascularizada, y los vasos sanguíneos que esta contiene irrigan la superficie del tejido nervioso. La piamadre espinal continúa caudalmente más allá de la médula espinal como una estructura llamada filum terminal interno, que se extiende hasta el nivel de la vértebra S2. El espacio ubicado entre la piamadre y la aracnoides se denomina espacio subaracnoideo. Este espacio contiene el líquido cefalorraquídeo y los vasos superficiales del encéfalo y la médula espinal.³⁰

V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1 Presentación del caso clínico

Nombre: J.F.M

Fecha de Nacimiento: 29 enero 1942.

Sexo: Mujer.

Lugar de nacimiento: Ciudad de México

Nacionalidad: Mexicana.

Estado civil: Separada hace 30 años.

Ocupación: Hogar.

Domicilio: Mariano Jadón N° 16, Tláhuac.

Religión: Católica.

Tipo de sangre: Grupo B Rh positivo.

Tipo de interrogatorio: Directo.

Tensión arterial: 100/60 mm Hg; frecuencia cardiaca: 72 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto, temperatura: 37.0 °C

ANTECEDENTES

a) Heredo familiares:

³⁰Dds AT, Laguna M. Introducción al encéfalo. 2023



Padre: Finado, no recuerda edad.

Madre: Finada 60 años, desconoce el deceso.

Sin antecedentes familiares de deterioro cognitivo.

b) No patológicos.

8 hijos, parto natural, viven 7, uno finado a los 2 años.

c) Patológicos:

Enfermedades venéreas: Niega.

Sin enfermedades crónico degenerativas.

Alergias: Negadas.

d) Motivo de consulta:

Confusión y olvido persistente.

Diagnóstico médico: Demencia senil en fase inicial.

Historia clínica de enfermería

Mujer de 82J.F.M años que es llevada al servicio de Consulta externa, tras haber tenido olvido, al momento de regresar a su domicilio, desorientada.

Los familiares que fungen como cuidadores primarios, hijo e hija que viven en el mismo domicilio, refieren que hay episodios de olvido persistentes, en ocasiones agitada, con dificultad para dormir en ocasiones y con exceso de preocupación por el padecimiento que está surgiendo.

Se realiza una entrevista a los cuidadores primarios, para que nos aporten más información sobre la paciente, nos comentan que llevan un tiempo con olvidos frecuentes, no son muy recurrentes, pero sí notorios, como el día que se le olvidó regresar a casa desde la tienda que se encuentra a una distancia muy corta, nos comenta que no es capaz de salir sola a misa, como solía hacerlo, le da miedo que vuelva a pasar un episodio más, como el de la tienda. Al aplicar los test Mini-Cog y el del dibujo del reloj se descarta algún daño grave.



5.2. Valoración inicial y continua

HOJA DE VALORACIÓN CLÍNICA DE ENFERMERÍA

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: J. F. M.	EDAD: 80 AÑOS	SEXO: MUJER
DIAGNÓSTICO MÉDICO: demencia senil fase inicial	SERVICIO: CONSULTA EXTERNA	
DIRECCIÓN: Mariano jardónn° 16 alcaldía tláhuac		
TELÉFONO: 5525942217	NOMBRE DEL / INFORMANTE: M.A.F y J.A.F	
OCUPACIÓN DEL PACIENTE: manualidades / casa del adulto mayor		

II. VALORACIÓN POR NECESIDADES

1. OXIGENACIÓN

RESPIRATORIO						
FRECUENCIA RESPIRATORIA : 18 A 20 RESPIRACIONES POR MINUTO						
RITMO	PROFUNDIDAD	TIPO	RUIDOS ANORMALES		OBSERVACIONES	
Normal	✓	Superficial	Kusmaull	Crepitantes	Respiración normal, sin esfuerzo y respiración silenciosa con una saturación de 97% evaluada con oxímetro colocado en el dedo índice mano derecha.	
Taquipnea	Profunda	Ortopnea	Broncoespasmo			
Bradipnea		Disnea	Sibilancias			
		Cheyne Stokes	Estertores			

CARDIACO

FRECUENCIA CARDIACA: 72 latidos por minuto			PULSO: 70 LATIDOS POR MINUTO TENSIÓN ARTERIAL: 100/60mmHg			
RITMO	PULSO	OBSERVACIONES				
Taquicardia	Rebotante	Frecuencia, ritmo y volumen normal sin alteraciones.				
Bradycardia	Taquisfignia					
Arritmia	Bradisfignia					
	Filiforme					

COLORACIÓN TEGUMENTARIA

Cianosis distal: _____	Cianosis peribucal: _____	Palidez: _____	Llenado Capilar: 2 SEGUNDOS
------------------------	---------------------------	----------------	-----------------------------

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: 68 kg	Peso ideal: 60 kg	Talla: 160 cm	Perímetro abdominal: 82 cm	Perímetro cefálico: 54 cm
Ha perdido o ganado peso (cuánto) : SE MANTIENE EN EL MISMO PESO				
Complexión: Delgado: No	Obesidad: No	Caquéxico: No	Otro: _____	Sobrepeso SI ✓ _____



ALIMENTO	
TIPO DE ALIMENTO / HORARIO / CANTIDADES	OBSERVACIONES
<p>Blanda: <input checked="" type="checkbox"/> Normal: <input checked="" type="checkbox"/> Papilla: _____ Astringente: _____</p> <p>Laxante: _____ Suplementos: Ensure 1 cada 3er día</p>	<p>Refiere que su alimentación es variada, consume frutas, vegetales, pan integral, arroz integral, leche deslactosada, leche de soya.</p> <p>Comida: guisado, con arroz integral, pollo, carne, habas, lentejas, pasta, agua de frutas naturales, sandía, melón o mango.</p> <p>Cena: en ocasiones dos tacos de carne, salsa roja, otras noches, frutas con te de Jamaica o pan integral con un licuado.</p> <p>En la exploración física se comprueba un I.M.C de 26.6, el cual nos indica sobrepeso. (Anexo 1)</p>

LÍQUIDOS		
CANTIDAD DE LÍQUIDOS INGERIDOS AL DÍA:	TIPO DE LÍQUIDOS INGERIDOS	OBSERVACIONES
< de 500ml	Agua natural: <input checked="" type="checkbox"/> Agua de sabor natural: <input checked="" type="checkbox"/> Te: <input checked="" type="checkbox"/>	<p>Valorando su ingesta de líquidos, se comprueba que gran parte son jugos naturales de naranja por la mañana a las 9 am. El cual tiene exceso de azúcares, la cantidad es de 500 a 750 ml al día, una taza de leche y agua de frutas de temporada.</p>
500 a 1000ml <input checked="" type="checkbox"/>	Jugos: <input checked="" type="checkbox"/> Refrescos: _____ Café: _____	
>de 1000ml	Cerveza: _____ Otros: _____	

DATOS DIGESTIVOS	OBSERVACIONES
<p>Anorexia: _____ Náuseas: _____ Vómito: _____ Indigestión: <input checked="" type="checkbox"/> Hematemesis: _____</p> <p>Pirosis: _____</p> <p>Distensión abdominal: _____ Masticación dolorosa: _____ Disfagia: _____ Polidipsia: _____</p> <p>Polifagia: _____</p> <p>Polifagia: _____ Odinofagia: _____ Sialorrea: _____ Regurgitación: <input checked="" type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p>Refiere indigestión al consumo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - embutidos - comida de difícil digestión - picante <p>Al comer por las noches de manera muy rápida, hay regurgitación, porque terminando de cenar, se va a acostar a su cama.</p> <p>Refiere que en ocasiones no cena saludablemente (tacos).</p>

3. ELIMINACIÓN

ELIMINACIÓN INTESTINAL

TIPO	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	CONSISTENCIA	OBSERVACIONES
Fisiológica: <input checked="" type="checkbox"/> Forzada: _____	Dos veces al día regularmente.	Normal	Café oscuro	Cuando hay diarrea pútrido.	Lisa, trozos duros y separados.	Al comer alimentos secos como el pan, o alimentos con gluten, se presenta estreñimiento, logra ir al baño por las noches, con esfuerzo logra evacuar, hay flatulencia cuando consume yogurt, leche entera, queso, frijoles, cosas verdes como la calabaza, brócoli. Se valoró con escala de Bristol arrojándonos tipo 5 falta de fibra. (Anexo 2)

DATOS DE ELIMINACIÓN INTESTINAL

Estreñimiento: Flatulencia: Rectorragia: _____ Incontinencia: _____ Melena: _____
 Pujo: Tenesmo: _____ Otros: _____

ELIMINACIÓN URINARIA

Tipo	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	OBSERVACIONES
Fisiológica: <input checked="" type="checkbox"/> Forzada: _____	6 a 8 veces por día.	50, 70 MI	Amarillo claro	Sin olor.	La paciente no presenta alteraciones, en la orina, el aspecto es limpio. Refiere que en ocasiones al toser o al reírse de manera rápida sale orina, va al baño de manera rápida. No le gusta el uso de pañal, ya que ella todavía está apta para realizar sus necesidades fisiológicas sola. Refiere que toma líquidos antes de irse a costar, el consumo es licuado, té o leche.

DATOS DE ELIMINACIÓN URINARIA					
Nicturia: <input checked="" type="checkbox"/>	Anuria: _____	Disuria: _____	Enuresis: _____	Incontinencia: _____	Poliuria: _____
Iscuria: _____	Oliguria: _____	Opsiuria: _____	Polaquiuria: _____	Tenesmo: _____	Urgencia: _____
Otros: _____					

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	
<p>Realiza actividad física (tiempo, tipo frecuencia): 20 minutos dos veces por semana, realiza caminata acompañada.</p> <p>Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivos): Sin ayuda de ni un dispositivo, se baña sola, come sin ayuda del cuidador primario.</p> <p>Camina (solo, con ayuda, con dispositivos): camina sola, despacio, sin ayuda de algún dispositivo.</p>	<p>OBSERVACIONES Se valoró la movilidad física y capacidad de realizar actividad. La paciente no requiere apoyo de algún dispositivo para poder moverse o trasladarse a algún lugar o para salir a realizar caminata, 20 minutos cada dos días solo si hay supervisión por parte de la persona que la acompaña a realizar la actividad física.</p>

5. DESCANSO Y SUEÑO

<p>¿Cuántas horas duerme por la noche en casa?: De 6 a 7 horas ¿Siente descanso cuando duerme?: En ocasiones, cuando no hay salidas frecuentes al sanitario.</p> <p>¿Toma siestas durante el día/ cuantas horas?: Sí, en ocasiones, no es siempre ¿Toma algún medicamento para dormir? No</p> <p>¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar?: No se presentan alteraciones.</p>	<p>OBSERVACIONES Duerme entre 6 a 7 horas refiere que su sueño ya no es profundo como antes, al día siguiente se presentan bostezos frecuentes. Se llega a presentar insomnio cuando escucha ruidos en la calle, ambulancias, o por sentirse llena al cenar y sentir que no hay digestión, incluso ansiedad por su padecimiento. También se demora en ocasiones al evacuar y dependiendo la cena porque si fue consumo de embutidos o leche entera se presenta inflamación o diarrea.</p>
CARACTERÍSTICAS	
<p>Insomnio: <input checked="" type="checkbox"/> Bostezos frecuentes: <input checked="" type="checkbox"/> Se observa cansado: _____ Presenta ojeras: _____</p> <p>Ronquidos: _____ Somnoliento: _____ Irritabilidad: _____ Otros: _____ Hay somnolencia ya que su sueño no es profundo _____</p>	

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

<p>¿Cada cuándo hace el cambio de ropa interior y exterior? Día a día, después de cada baño</p> <p>Necesita ayuda para vestirse: No.</p> <p>Tipo de ropa preferida: Ropa sencilla y cómoda , adecuada para evitar algún accidente , ropa que favorezca mi autoestima y en donde se sienta a gusto.</p>	<p>OBSERVACIONES</p> <p>Refiere valerse por ella misma, dice que la vestimenta que ella usa es apropiada acorde a su edad y es ropa completamente limpia.</p>
--	--

7. TERMORREGULACIÓN

PREDOMINIO DE CAMBIOS TÉRMICOS	HABITACIÓN	OBSERVACIONES
<p>Matutino: <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Fría: <input checked="" type="checkbox"/> Húmeda: _____ Templada : _____</p>	
<p>Temperatura corporal: 37°C Axilar: _____ Frontal: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Escalofríos: _____ Piloerección: _____ Diaforesis: _____ Hipotermia: _____ Hipertermia: _____</p> <p>Vespertino: _____ Ventilada: <input checked="" type="checkbox"/> Poco ventilada: _____</p>	<p>Ótica: _____ Oral: _____ Rectal: _____</p>	<p>OBSERVACIONES</p> <p>La temperatura corporal que se presenta durante su valoración, se encuentra dentro de los parámetros fisiológicos normales.</p>
<p>Nocturno: <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Otros: _____</p>	<p>Su habitación es grande, se encuentra en la planta baja, es fría, ya que el sol, no le pega durante la tarde en temporada invernal es más fría de la común y en primavera el ambiente es cálido, se acondiciona con cobertores tipo sábanas en temporada invernal, en primavera, es ventilado</p>



8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL
HIGIENE PERSONAL

BAÑO. Regadera: <input checked="" type="checkbox"/> Tina: _____ Esponja: _____ Aseos parciales: _____ Aseos de cavidades: _____						OBSERVACIONES Su higiene es adecuada, se baña diariamente, con cambio de ropa.
FRECUENCIA DEL BAÑO. Diario: <input checked="" type="checkbox"/> Tres veces a la semana: _____ 1 vez a la semana: _____ Otro: _____						
MUCOSA ORAL						
Seca: _____ Hidratada: <input checked="" type="checkbox"/> Estomatitis: _____ Caries: _____ Gingivitis: _____ Úlceras: _____ Aftas: _____						Sin afección en mucosa oral.
Sialorrea: _____ Xerostomía: _____ Flictenas: _____ Halitosis: _____						
Características de la lengua: <u>Roja pálida, suave.</u> Otros: _____						
DIENTES						
Frecuencia del lavado: 1 vez al día: _____ 2 veces al día: _____ 3 veces al día: <input checked="" type="checkbox"/>						Tiene placa dental completa de aproximadamente 8 años, se asea tres veces al día, hay un aspecto amarillo claro, se remojan en solución dental cada 15 días para que no se maltraten, puede deglutir, todo tipo de alimentos.
Cantidad de dientes: <u>Placa de dientes completa.</u>						
Características de los dientes: Amarillos: <input checked="" type="checkbox"/> Blancos: _____ Picados: _____ Sarro: _____ Caries: _____						
Otros: <u>Uso de placa dental completa.</u>						
PIEL						
COLORACIÓN: Palidez: _____ Cianosis: _____ Ictericia: _____ Rubicundez: _____ Cloasma: _____						OBSERVACIONES Piel hidratada, uso de crema de almendras por las mañanas después de bañarse, se observa desgaste de la piel, se siente seca antes de la aplicación de la crema de almendras.
Melasma: _____ Angiomas: _____ Manchas: _____ Rosado: _____ Grisácea: _____ Apiñonada: <input checked="" type="checkbox"/>						
Morena clara: _____ Morena intensa: _____ Morena media: <input checked="" type="checkbox"/> Hiperpigmentación: _____						
TEMPERATURA. Fría: _____ Caliente: _____ Tibia: <input checked="" type="checkbox"/> Otras: _____						
TEXTURA. Edema: _____ Celulitis: _____ Áspera: _____ Turgente: _____ Escamosa: _____ Lisa: _____						
Seca: <input checked="" type="checkbox"/> Agrietada: _____ Otras: <u>Piel suave, con la aplicación de crema de almendras, pero desgastada por la edad.</u>						
ASPECTO Y LESIONES. Máculas: <input checked="" type="checkbox"/> Pápulas: _____ Vesículas: _____ Pústulas: _____ Nódulos: _____						
Úlceras: _____ Erosiones: _____ Fisuras: _____ Costras: _____ Red venosa: _____ Escaras: _____						
Tubérculos: _____ Escaras: _____ Callosidades: _____ Isquemias: _____ Nevos: _____ Tatuajes: _____						
Prurito: _____ Petequias: _____ Equimosis: _____ Hematomas: _____ Masas: _____ Verrugas: _____						
Signos de maltrato: _____ Quemaduras: _____ Infiltración: _____ Ronchas o habones: _____						
Otros: _____						

UÑAS	
Coloración y características	
Quebradizas: ____ Micosis: ____ Onicofagia: ____ Bandas Blancas: ____ Amarillentas: ____ Cianóticas: ____ Estriadas: ____ Convexas: ____ Coiloniquia: ____ Leuconiquia: ____ Grisáceas: ____ Hemorragias subungueales: ____ Deformadas: ____ Rosadas: <input checked="" type="checkbox"/> Otras: _____	OBSERVACIONES Las uñas tanto de las manos como la de los pies, están limpias y recortadas adecuadamente. No hay lesiones, se aplica crema hidratante de manos, después de aseárselas.
CABELLO	
Largo: ____ Corto: <input checked="" type="checkbox"/> Lacio: ____ Quebrado o chino: <input checked="" type="checkbox"/> Limpio: <input checked="" type="checkbox"/> Sucio: ____ Desalineado: ____ Seborreico: ____ Fácil desprendimiento: ____ Alopecia: ____ Distribución: ____ Implantación: ____ Zooriasis: ____ Pediculosis: ____ Quebradizo: ____ Caspa: ____ Otro: _____	OBSERVACIONES Pelo corto, limpio, uso de shampoo de sábila, lo usa en cada baño al asearse.

OJOS	OBSERVACIONES
Simetría: <input checked="" type="checkbox"/> Asimetría: ____ Tumores: ____ Hemorragias: ____ Separación ocular: ____ Edema palpebral: ____ Secreción: ____ Ojeras: ____ Tics: ____ Dolor: ____ Estrabismo: ____ Pestañas íntegras o lesionadas: ____ Exoftalmos: ____ Enoftalmos: ____ Fosfenos: ____ Uso de lentes: <input checked="" type="checkbox"/>	Ojos simétricos, uso de lentes al leer.



OÍDOS

<p>Dolor: ____ Cerumen: ____ Otorrea: ____ Edema: ____ Auxiliares auditivos: <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>OBSERVACIONES</p>
<p>Deformidades: ____ Hipoacusia: <input checked="" type="checkbox"/> Acusia: ____ Acúfenos: _____</p>	<p>Diagnosticada desde hace 10 años con hipoacusia, usa aparato auxiliar auditivo en oído izquierdo acude a revisión anual para ver la capacidad auditiva, pero con la pandemia del Covid-19 se ausentaron durante casi 3 años, nuevamente la llevan a valoración del auxiliar auditivo.</p>

9. EVITAR PELIGROS

DATOS PERSONALES Y DOMÉSTICOS

Esquema de vacunación. Incompleto: _____ Completo: <input checked="" type="checkbox"/>		OBSERVACIONES Cuenta con el esquema de vacunación de Covid-19 que son: 2 biológicos de Pfizer más dos de Astrazeneca, cuenta con los servicios básicos, casa propia y vive con 2 de sus 7 hijos, su nuera y 2 nietos.
Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia): <u>No</u>	Tomar un medicamento que esté en casa: <u>Analgesico AINE como paracetamol en caso de cefalea.</u>	
Cuando existe algún malestar usted hace. Ir al médico: <input checked="" type="checkbox"/>		
Número de personas con las que vive y parentesco: 5 personas (dos hijos hombre y mujer, nuera, la hija de ellos dos y su hija con el hijo)		
¿Convive con animales (cuáles y cuántos)?: <u>1 perro</u>		
¿En casa hay fauna nociva?: <u>No</u>		
¿En casa hay fumadores (parentesco, frecuencia)?: <u>No</u>		
¿En casa hay farmacodependientes y alcoholismo?: <u>No</u>		
¿Qué tipo de servicios tiene en casa? (agua, luz, drenaje, recolección de basura)?: <u>Todos los servicios drenaje, agua, luz, teléfono, etc.</u>		

ESTADO NEUROLÓGICO

<p>Alerta: ____ Orientado (tiempo, espacio, lugar): <input checked="" type="checkbox"/> Confusión: <input checked="" type="checkbox"/> Parálisis: ____ Hemiplejía: ____</p> <p>Movimientos anormales: ____ Hipervigilia: ____ Hemiparesia: ____ Parestesia: ____ Dislalia: ____</p> <p>Dislalia: ____ Hiperactividad: ____ Déficit de atención: ____ Agresividad: ____ Letárgico: ____</p> <p>Excitabilidad motriz: ____ Alucinaciones: ____ Fobias: ____ Otros: _____</p>	<p>OBSERVACIONES</p> <p>En ocasiones no recuerda sucesos anteriores. Episodio en el que no recordó cómo regresar a su casa al salir a la tienda, en cuestión de minutos recordó nuevamente, se quedó ahí parada, pero llegó bien. Estaba consciente de que no recordó ese hecho. En este apartado se valoró con escala de Glasgow, obteniendo un puntaje de 15 puntos (Anexo3). Se aplicó la escala Mini-Cog que es una prueba de detección cognitiva breve que se usa con frecuencia para evaluar la cognición en pacientes adultos mayores de diversos ámbitos obteniendo 3 al recordar las palabras que se le pidió recordar (Anexo 4), posteriormente se hace el dibujo del reloj por la misma paciente obteniendo un puntaje de 2 (Anexo 5).</p>
--	---

OTROS DATOS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA

<p>Riesgos físicos / materiales: <u>Descansa y duerme en una habitación de la planta baja de su casa.</u></p> <p>Riesgos ambientales: <u>Disminución de la audición.</u></p> <p>Riesgos familiares:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Riesgos familiares:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>OBSERVACIONES</p> <p>Solía salir a misa sola, antes que ocurrieran los episodios de olvido, ahora asiste acompañada con su hijo y su nuera los domingos.</p>
--	--

10. COMUNICACIÓN

Pertenece a un grupo social: No

Medios de comunicación frecuentes (auditivas, electrónicas, telefónicas etc.): Teléfono de casa.

HABLA

TIPO DE COMUNICACIÓN	Oral: <input checked="" type="checkbox"/>	Escrita: _____	Señas: _____	Visual: _____	OBSERVACIONES Dentro de este apartado no encontramos alteraciones graves, tiene una comunicación eficaz en el ámbito intelectual.	
TIPO DE HABLA:	Entendida: _____	Poco clara: _____	Incompleta: _____	Incoherente: _____		Pausado: _____
Tartamudeo:	Balbuceo: _____	Dislexia: _____	Afasia: _____	Dislalia: _____		Dialecto: _____
_____	_____	_____	_____	_____		_____

PERSONALIDAD

Alegre: <input checked="" type="checkbox"/>	Timido: _____	Violento: _____	Sarcástico: _____	Noble: <input checked="" type="checkbox"/>	Pasivo: _____	OBSERVACIONES Tranquila, pacífica, noble, alegre y feliz.
Hiperactivo: _____	Enojo: _____	Impulsivo: _____	Retador: _____	Superioridad: _____	Inferioridad: _____	
Otro: _____	_____	_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	

11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión que practica y frecuencia de asistencia: católica desde hace aproximadamente 50 años.	OBSERVACIONES Es muy creyente de la religión católica y acude a misa acompañada de su nuera y su hijo los días domingos a las 8 am. Lee la Biblia frecuentemente.
Valores que se consideran importantes: <u>La honestidad, la familia y el respeto.</u>	
¿Cómo influye su religión o creencia en su vida?: <u>Dios le ha permitido llegar hasta donde ella se encuentra.</u>	
¿Cómo influye su religión en el proceso de enfermedad?: <u>Todo lo pone en manos de Dios todopoderoso.</u>	

12. TRABAJAR Y REALIZARSE

TRABAJO / OFICIO / TIPO DE TRABAJO (eventual, base, etc)	
Ingreso económico mensual: <u>\$6,000.00</u>	OBSERVACIONES Acude con frecuencia a una casa del adulto mayor que se encuentra cerca de su casa y aprendió a hacer manualidades, la encargada sabe del padecimiento de la paciente. Recibe el apoyo económico del adulto mayor cada fin de semana en las visitas familiares por parte de sus hijos.
¿La enfermedad causó problemas emocionales, laborales, económicos y familiares?: <u>No</u>	
¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad? ¿Cuáles?: <u>Medidas de señalización, pláticas continuas.</u>	

13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

OBSERVACIONES	
¿Realiza o quisiera realizar algún deporte?: <u>Quisiera hacer atletismo como antes solía hacerlo, de manera más rápido y constante.</u>	Refiere que en la casa del adulto mayor aprendió a hacer cosas útiles como manualidades para festividades.
¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?: <u>Leer la sagrada biblia y ver programas cómicos.</u>	
¿Cuánto tiempo dedica a su persona?: <u>Medio día, para verse presentable para su familia.</u>	
¿Cuánto tiempo dedica a distraerse y en qué actividad?: <u>Manualidades, caminata, ejercitarse 20 minutos en el deportivo.</u>	

14. APRENDIZAJE

ESCOLARIDAD	
Escolaridad del paciente: <u>Secundaria</u>	OBSERVACIONES En sus tiempos no era necesario tener una preparación académica para tener algo más a futuro.
Escolaridad de los padres (si el paciente es dependiente): <u>Desconoce.</u>	
¿Qué le gustaría estudiar?: <u>Para su edad ya nada, no está en condiciones refiere ella.</u>	
¿Qué le gustaría aprender?: <u>El uso de las nuevas tecnologías (celular).</u>	

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	
<p>¿Sabe cuál es su estado de salud actual?: Bueno <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Malo: _____ Regular : _____ No sé: _____</p> <p>Se ha tomado estudios de laboratorio: Sí: <input checked="" type="checkbox"/> No: _____ Cuáles: <u>Bh, Qs y Coprológico</u></p> <p>¿Cuántas veces al año acude al médico general?: <u>2 o 3 veces cada 6 meses, dependiendo mi malestar o molestia que se presente.</u></p> <p>¿Cuántas veces al año acude al dentista?: <u>2 veces al año eso sin contar que no se presente alguna molestia, podría acudir antes.</u></p> <p>¿La información que ha recibido ha sido clara, confusa, completa, insuficiente? :<u>Clara</u></p>	<p>OBSERVACIONES</p> <p>Sus hijos la llevan cuando hay alguna molestia y sabe que puede empeorar, pero dice tener mucha fe.</p>
<u>15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN</u>	
MUJER	
<p>Edad de la menarca: <u>12</u> años Ritmo, flujo, de menstruación: _____</p> <p>Dismenorrea: _____ Fecha de última menstruación: <u>A los 42 años</u></p> <p>Higiene de zona íntima (frecuencia, uso de sustancias etc.): <u>Baño diario</u></p> <p>¿Se ha realizado Papanicolaou y cuándo fue la última vez?: <u>A los 60 años dejó de realizarlo.</u></p> <p>¿Cuáles han sido sus resultados y tratamientos?: <u>Mis estudios de laboratorio sin alteración, solo me hicieron énfasis en bajar las cosas con mucha azúcar.</u></p> <p>¿Se ha realizado mastografía y cuando fue la última vez?: <u>Hasta los 60 años, hace 20 años dejó de realizarla.</u></p> <p>¿Sabe realizarse la exploración de mama?: <u>Realizarlas como las manecillas del reloj o si notamos algo asimétrico avisar lo antes posible.</u></p>	<p>OBSERVACIONES</p> <p>Se le brinda información de la exploración mamaria, y revisiones médicas constantes.</p>



¿Cuál es su método de planificación familiar?:

¿Cuándo inicio la menopausia?: A los 42 años.

Número de gestaciones: 08 Número de partos: 8 Número de cesáreas: 0 Número de abortos :0

¿Todos sus hijos viven?: Falleció uno a los 2 años a causa de neumonía.

¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: Histerectomía total abdominal. Periodos abundantes y dolorosos

ESTUDIOS PARACLÍNICOS

Exámenes de laboratorio generales:

<p>BH Hemoglobina: (Hb) 13.3 g/dL Hematocrito: (Hto) 42.1 % Eritrocitos: 4.72 x10⁶/uL Volumen corpuscular Medio (VCM) 89.2 fl Hemoglobina corpuscular media (HCM) 28.2 pg Chcm: 31.6 g/dL RDW: 12.1 % FÓRMULA BLANCA Leucocitos: 5.6 x10³/uL Neutrófilos totales: 37.9% Neutrófilossegmentados: 37.9% Neutrófilos en banda: 0% Metamielocitos: 0% Mielocitos: 0% Promielocitos: 0% Blastos: 0% Eosinófilos: 1.8% Basófilos: 0.7% Linfocitos: 52.0% Monocitos: 7.5% Eritroblastos: 0%</p>	<p>PERFIL BIOQUÍMICO Bilirrubina total: 0.6 mg/dL Bilirrubina directa: 0.0 mg/dL Bilirrubina Indirecta: 0.6 mg/dL Transaminasa glutámicooxalacética (TGOóAST): 34 u/L Fosfatasa alcalina: 66 u/L Gama glutamiltransferasa: 21 u/L Deshidrogenasa láctica: (LDHóDHL): 169 u/L Amilasa en sangre: 46 u/L Lipasa en suero:43 u/L Hierro sérico: 51 ug/dL Calcio en sangre: 9.6 mEq/L Fosforo en sangre:3.9 mEq/L Magnesio en sangre:1.7 mEq/L Sodio en sangre: 141 mEq/L</p>
--	--



<p>SERIE PLAQUETARIA Plaquetas: 272 x103/uL COPROLÓGICO Cantidad: 5g Consistencia: Blanda Color: Pardo Olor: Sui Generis Moco: Escasos Sangre visible: Negativo Restos alimentarios: Escasos Parásitos macroscópicos: Negativo ANÁLISIS QUÍMICO: PH:6.0 Sangre oculta: ANÁLISIS MICROSCÓPICO: Grasas: Escasos Jabones: Negativo Gránulos de almidón: Negativo Filamentos mucoides: Escasos Parásitos microscópicos:Negativo Fibra Muscular: Escasos Tejido Conjuntivo:Negativo Leucocitos:0-1 Por campo Cristales: Escasos Eritrocitos:0-1 Por campo SE OBSERVAN ESCASOS CRISTALES DE TIROSINA.</p>	
---	--



5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
Evitar peligros	Puntuación Glasgow = 15 Valoración de la escala Mini-Cog y test del dibujo del reloj = 5	En ocasiones no recuerda sucesos anteriores. Sus familiares refieren episodio en el que no recordó cómo regresar a su casa al salir a la tienda.	Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la memoria 00131 Patrón: 6 cognitivo-perceptivo. Dominio: Percepción/cognición. Clase: 4 Cognición.	Fuerza (✓)	Sustituto
				Conocimiento	Ayudante (✓)
				Voluntad	Compañero
Nutrición e hidratación	Peso: 68 kg IMC: 26.6 kg/m ²	Dice consumir jugos naturales de naranja por las mañanas. Refiere que en ocasiones no cena saludablemente.	Etiqueta diagnóstica: Sobrepeso 00233 Patrón: 2 Nutricional-metabólico Dominio: II Nutrición Clase: 1 Ingestión.	Fuerza	Sustituto
				Conocimiento(✓)	Ayudante (✓)
				Voluntad	Compañero



NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
Creencias/ valores	Asiste a misa los domingos. Lee la biblia.	Expresa deseos para el bien de ella y los suyos, dice tener mucha fe. Su religión la mantiene tranquila, pero le angustia el saber que pasará más adelante.	Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar la esperanza 00185 Patrón: 11 Valores-creencias Dominio: VI Autopercepción Clase: 1 Autoconcepto.	Fuerza	Sustituto
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad(✓)	Compañero(✓)
Eliminación	Consumo de 1 taza de té o leche por la noche. Nicturia.	Refiere despertar 3 o 4 veces en el transcurso de la noche para orinar. Refiere que en ocasiones al toser o al reírse de manera rápida sale orina.	Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la eliminación urinaria 00016 Patrón: 3 Eliminación Dominio: III Eliminación e intercambio Clase: 1 Función urinaria	Fuerza	Sustituto
				Conocimiento (✓)	Ayudante (✓)
				Voluntad	Compañero



NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
Nutrición e hidratación	Indigestión Regurgitación	Refiere indigestión al consumo de: - embutidos - comida de difícil digestión - picante Al comer por las noches de manera muy rápida, hay regurgitación, porque terminando de cenar, se va a acostar.	Etiqueta diagnóstica: Motilidad gastrointestinal disfuncional 00196 Patrón: 3 Eliminación Dominio: III Eliminación e intercambio Clase: 2 Función gastrointestinal	Fuerza	Sustituto
				Conocimiento (✓)	Ayudante (✓)
				Voluntad	Compañero



5.4 Plan de intervención de enfermería

PLAN DE CUIDADOS					
Dominio: V Percepción Clase: 4 Cognición		Dominio: II Salud fisiológica. Clase: J Neurocognitiva			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Etiqueta: 00131Deterioro de la memoria. Factores relacionados: Disminución cognitiva leve Evidenciado por: Olvido persistente.		RESULTADO ESPERADO: 0901 Orientación cognitiva Escala Likert 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			
		Indicadores	Puntuación Diana		
Evaluación general del diagnóstico			Mantener en	Aumentar a	Logrado
La paciente se encuentra ubicada en tiempo y espacio, respondiendo de manera clara y precisa a los indicadores e intervención, con un 70% logrando el objetivo deseado.		090101 Se auto identifica.	3	4	1
		0901102 Identifica a los seres queridos.	2	4	2
		090103 Identifica el lugar donde está.	2	3	1
		090105 Identifica el día, mes y año.	2	3	1
		090109 Identifica eventos actuales significativos.	2	3	1



Campo:4 Seguridad **Clase:** V Control de riesgos

Intervención de enfermería: 6460 Manejo de la demencia

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Determinar el historial físico, social y psicológico de la paciente, hábitos corrientes y rutinas.
- Disponer un ambiente de baja estimulación: música relajante, ambiente con dibujos familiares en la decoración, comidas en grupo.
- Proporcionar pistas tales como sucesos actuales, estaciones del año, lugares y nombres para ayudar a la orientación.
- Utilizar símbolos para ayudar al paciente a localizar la habitación, el baño u otras áreas.
- Evitar frustración del paciente interrogándole con preguntas de orientación que no puedan ser respondidas.
- Presentarse a sí mismo al iniciar el contacto.
- Dirigirse por su nombre al iniciar interacción y hablar despacio.
- Seleccionar programas de televisión y radio en función a las capacidades e intereses.

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

La estimulación sensorial es una herramienta muy eficaz en la terapia de mayores con deterioro cognitivo porque les ayuda a estimular/relajar la mente y mejorar algunos rasgos de psicomotricidad a través de elementos visuales, auditivos, táctiles, olfativos y gustativos. Los espacios en los que se realiza esta terapia se denominan salas multisensoriales y son espacios interactivos diseñados para estimular los sentidos y ayudar a los enfermos a dar significado a las sensaciones que perciben a través de luces, aromas, música, sonidos, texturas. En los últimos años, las salas multisensoriales se han convertido en un recurso cada vez más útil en geriatría por los múltiples beneficios que aportan a las personas mayores. En ellas se realizan sesiones de entre 30 y 40 minutos de manera individual o en grupos muy reducidos. Los estímulos se van trabajando de uno en uno, creando nuevas sensaciones y experiencias, utilizando principalmente el lenguaje no verbal como medio de comunicación entre el terapeuta y los afectados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Losada, T. (2017, 15 de noviembre). *Diez beneficios de la estimulación multisensorial en personas con Alzheimer*. Muy Saludable. <https://muysaludable.sanitas.es/salud/envejecimiento/estimulacion-multisensorial-azheimer/>



PLAN DE CUIDADOS						
Dominio: II Nutrición Clase: 1 Ingestión		Dominio: II Salud fisiológica Clase: K Digestión y nutrición				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Etiqueta: 00233Sobrepeso Factores relacionados: - Consumo de bebidas endulzadas con azúcar. -Tamaño de las porciones mayor a la recomendada.		RESULTADO ESPERADO: 1008 Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos. Escala Likert 1. Inadecuado 2. Ligeramente adecuado 3. Moderadamente adecuado 4. Sustancialmente adecuado 5. Completamente adecuado				
Evidenciado por: - Índice de masa corporal >25kg/m2		Indicadores		Puntuación Diana		
			Mantener en	Aumentar a	Logrado	
Evaluación general del diagnóstico La paciente ha logrado disminuir la cantidad de bebidas endulzantes que afectan gradualmente su salud, manteniendo una actitud positiva, se le explica el riesgo que conlleva el aumento de estas bebidas, que a largo plazo pueden deteriorar su estado de salud.		- 100801 Ingestión alimentaria oral.	3	4	1	
		- 100803 Ingestión hídrica oral.	2	3	1	



Campo: 1 Fisiológico: básico **Clase:** D Apoyo nutricional

Intervención de enfermería: 5246 Asesoramiento nutricional

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios de la paciente.
- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (reducción de bebidas azucaradas).
- Colocar folletos informativos llamativos de bebidas con alto índice de azúcar en su habitación.
- Comentar el significado de bebidas altas en azúcar para la paciente.
- Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

La dieta para el adulto mayor debe ser equilibrada, variada y gastronómicamente aceptable. La comida debe ser fácil de preparar, estimulante del apetito y bien presentada, apetecible, de fácil masticación y digestión

Es necesario incluir alimentos ricos en proteínas completas, pues contribuyen a mantener nuestros órganos, tejidos (músculos, huesos) y el sistema de defensas en buenas condiciones para combatir eficazmente infecciones y enfermedades. Basta con tomar cada día la cantidad suficiente de leche y lácteos; carne, pescado o huevo como segundo plato, en las principales comidas, y sus derivados (yogures, quesos poco grasos, fiambres, jamón, etc.) en menor cantidad en almuerzos y meriendas.

Evitar el uso excesivo de sal y azúcar, e incluir un consumo mínimo de dos litros de agua diarios. Explicándole que las bebidas azucaradas en exceso podrían perjudicar su salud a largo plazo.

La última comida no debe ingerirse entre las 19:00 y 20:00 horas y permanecer activo, a lo menos, hasta una hora antes de acostarse. Evitar los ayunos prolongados; ingiriendo, en lo posible, cuatro comidas diarias. (Colaciones, alguna fruta, no comidas pesadas)

Mantener su peso ideal, de acuerdo a su talla y edad. A partir de los 65-70 años el nivel de azúcar en sangre es, con frecuencia, más elevado de lo normal, por lo que se debe consumir menos dulces, repostería, bebidas con azúcar. En cambio, los cereales (pan, arroz, pasta), papas y legumbres, deben seguir presentes en cada una de las comidas del día. Comer sano es un hábito que aporta múltiples beneficios a lo largo de la vida, sobre todo durante la vejez. La calidad de la dieta repercute en la condición física y cognitiva de las personas mayores, por lo que consumir alimentos recomendados por especialistas contribuye a mejorar la salud ocular y ósea. Además, una nutrición adecuada fortalece el sistema inmunológico y ayuda a proteger el cuerpo de agentes externos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA:(Dakota del Norte). Fiapam.org. Recuperado el 21 de enero de 2023, de <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf>



PLAN DE CUIDADOS			
Dominio: VI Auto percepción Clase: 1 Autoconcepto		Dominio: III Salud psicosocial Clase: M Bienestar psicológico	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Etiqueta: 00185 Disposición para mejorar la esperanza. Evidenciado por: -Expresa deseos de mejorar su involucramiento en el autocuidado. -Expresa deseos de mejorar la perspectiva positiva de la vida.		RESULTADO ESPERADO: 1201 Esperanza Escala Likert 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	
		Puntuación Diana	
		Mantener en	Aumentar a
		Logrado	
Evaluación general del diagnóstico. La paciente tiene la disponibilidad y capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con la fe.		-120101 Expresión de una orientación futura positiva.	3 4 1
		-120104 Expresión de razones de vivir.	3 4 1
		-120106 Expresión de optimismo.	2 3 1



Campo:3 Conductual. **Clase:** R Ayuda para el afrontamiento.

Intervención de enfermería: 5310 Dar esperanza

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Ayudar a la paciente y familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.
- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca de la paciente y viendo su enfermedad solo como una faceta de la persona.
- Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia.
- Ayudar a la paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.
- Evitar disfrazar la verdad.
- Facilitar el alivio, disfrute de experiencias anteriores dela paciente/ familia.
- Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecuencias de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas.
- Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad dela paciente).

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

La esperanza es una actitud o un estado de ánimo realista pero optimista, la creencia de que un cambio positivo es posible tanto la voluntad de establecer, trabajar para conseguir objetivos. Tener esperanza es crucial a la hora de establecer objetivos y tomar decisiones (autogestión), mejora las relaciones sociales entre otros logros, es esencial para alcanzar la satisfacción vital, incluida la salud mental y física.

La esperanza está vinculada a la fuerza de voluntad mental, a la consecución de objetivos, la mejora de las relaciones.

La esperanza nos ayuda a afrontar la pérdida, el estrés como otros retos para mejora de la salud mental y física., La esperanza puede reducir la depresión, la ansiedad, los ataques de pánico, las enfermedades crónicas, el riesgo de cáncer e incluso conducir a una vida más larga y feliz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: *La Ciencia de la Esperanza.* (Dakota del Norte). Naciones Unidas: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Recuperado el 21 de enero de 2023, de <https://www.unodc.org/unodc/es/listen-first/super-skills/hope.html>



PLAN DE CUIDADOS					
Dominio: III. Eliminación e intercambio Clase: 1 Función urinaria		Dominio: II Salud fisiológica. Clase: F Eliminación			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Etiqueta: 00016 Deterioro de la eliminación urinaria Factores relacionados: - Musculo de la vejiga debilitado Evidenciado por: - Nicturia.		RESULTADO ESPERADO: 0503 Eliminación urinaria Escala Likert 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido			
		Indicadores	Puntuación Diana		
Evaluación general del diagnóstico La valoración se realiza, al igual que el plan de cuidados, para satisfacer esta necesidad, al cabo de dos semanas, la paciente logra disminuir, las salidas constantes por la noche, siendo una vez o a lo máximo dos veces.			Mantener en	Aumentar a	Logrado
		-050307 Ingesta de líquidos	2	3	1
		-050313 Vacía la vejiga completamente.	3	4	1
		-050333 Nicturia	3	4	1



Campo:1 Fisiológico: básico **Clase:** B Control de la eliminación.

Intervención de enfermería: 0590 Manejo de la eliminación urinaria.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda.
- Identificar los factores que contribuyen a estos episodios.
- Enseñar a la paciente a beber 250 ml con la comida y al anochecer.
- Abstenerse de hacer observaciones acerca de la incontinencia o de la negativa de ir al baño.
- Limitar los líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama, según corresponda.
- Instruir la paciente sobre beber un mínimo de 1,5 l de líquido al día
- Instruir sobre cómo realizar los ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos del piso pélvico
- Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (refresco de cola, café te, chocolate, edulcorantes, comidas especiadas y alcohol).

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

Un aumento del volumen de orina puede aumentar las pérdidas de orina, desencadenar una incontinencia temporal. Sin embargo, no debería producir una incontinencia crónica. Los problemas funcionales con frecuencia aumentan el volumen de las pérdidas de orina en las personas que sufren incontinencia. Sin embargo, los problemas funcionales rara vez son la única causa de una incontinencia permanente.

El entrenamiento de la vejiga es una técnica que consiste en hacer que el paciente siga un horario fijo para orinar mientras está despierto. El cuidador primario tendrá que estar junto con el paciente para establecer un horario de micción, cada 2 a 3 horas, y para suprimir la necesidad de orinar en otros momentos (por ejemplo, mediante la relajación y la respiración profunda). A medida que el paciente mejora su capacidad para reprimir las ganas de orinar, el intervalo se alarga gradualmente. Una técnica similar, llamada de vaciamiento motivado, puede ser útil en pacientes que cuidan a una persona con demencia u otros problemas cognitivos.

El entrenamiento de la musculatura pélvica (ejercicios de Kegel) suele ser eficaz, especialmente para la incontinencia de esfuerzo. Estos músculos se aprietan con firmeza durante 1 o 2 segundos, y luego se relajan durante otros 10 segundos. Estos ejercicios se repiten en tandas de 10, 3 veces al día. Es aconsejable evitar líquidos que irriten la vejiga (como las bebidas que contienen cafeína). Sin embargo, los pacientes deben ingerir de 1500-2000 ml de líquidos al día, porque la orina concentrada irrita la vejiga.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Shenot, PJ (sin fecha). *Incontinencia urinaria en adultos*. Manual MSD versión para público general. Recuperado el 21 de enero de 2023, de <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-renales-y-del-tracto-urinario/trastornos-de-la-micci%C3%B3n/incontinencia-urinaria-en-adultos>



PLAN DE CUIDADOS				
Dominio: III Eliminación e intercambio Clase: 2 Función gastrointestinal	Dominio: II Salud fisiológica. Clase: K Digestión y nutrición			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</p> <p>Etiqueta: 00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional.</p> <p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intolerancia alimentaria <p>Evidenciado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regurgitación. - Alteración de los sonidos gastrointestinales. 	RESULTADO ESPERADO: 1015 Función gastrointestinal			
	<p>Escala Likert</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido. 			
	Indicadores	Puntuación Diana		
		Mantener en	Aumentar a	Logrado
- 101501 Tolerancia alimentos/ alimentación	2	3	1	
- 101508 Ruidos abdominales	3	4	1	
-101514 Distensión abdominal	3	4	1	
<p>Evaluación general del diagnóstico.</p> <p>Disminuyó la ingesta de alimentos en porciones mayores, solo la recomendada acorde a sus necesidades alimentarias.</p>				



Campo:1 Fisiológico: básico **Clase:** B Control de la evacuación.

Intervención de enfermería: 0430 Control intestinal

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda
- Monitorizar los sonidos intestinales.
- Informar si hay disminución de los sonidos intestinales
- Enseñar a la paciente los alimentos, específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado
- Disminuir la ingesta de alimentos flatulentos, según corresponda.
- Instruir a la paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibra, según corresponda

RAZONAMIENTO CIENTÍFICO

La hidratación es una de las necesidades de mayor importancia para el adulto mayor debido a la reducción de la sensación de sed y el consumo de ciertos medicamentos como los diuréticos que alteran este equilibrio.

El consumo de fibra entre los adultos mayores es escaso en la mayoría de los casos, debido a una disminución de la ingesta de frutas y vegetales por distintos factores. Es función de la enfermera o cuidador primario aconsejar el consumo de fibra de forma regular; añadir fibra a la dieta se ha asociado con la disminución de grasa y azúcar en sangre, estimulación del peristaltismo y función gastrointestinal, y reducción de peso.

El profesional de enfermería posee las habilidades y conocimientos necesarios para poder evaluar el estado nutricional del adulto mayor y detectar los que se encuentran en riesgo de alteraciones nutricionales, ya sea desnutrición u obesidad, a fin de poder prevenir la progresión de estas y sus consecuencias. Finalmente, es preciso fortalecer la enseñanza sobre cómo debe ser el abordaje nutricional del adulto mayor.

El Plato del Bien Comer es una representación gráfica de los grupos de alimentos que deben formar parte de una alimentación correcta.

Verduras y frutas. Principal fuente de vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra dietética Cereales. Principal fuente de hidratos de carbono Leguminosas y Alimentos de Origen Animal. Principal fuente de proteínas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Alvarado-García A, Lamprea-Reyes L, Murcia-Tabares K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *EnfermUniv* [Internet]. 2017;14(3):199–206. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00199.pdf>



5.5 Ejecución

El plan de cuidados, es un instrumento para poder documentar y comunicar la situación de la paciente. Los resultados que se esperan las estrategias, indicaciones, intervenciones y ejecución, de todo ello tiene como objetivo alinear a todos los involucrados, en el cuidado de una persona dependiente, para enfocar todos los esfuerzos, hacia un objetivo común. Este plan se realizó en base a la información recabada, en las diferentes valoraciones integrales de la paciente, utilizando el modelo de Virginia Henderson y sus necesidades básicas de la vida., para ello consultamos la Guía de Práctica Clínica (GPC), en el cual se abordaron algunos puntos y recomendaciones, cómo fungen los cuidadores primarios, la aplicación del test Mini-Cog y el del dibujo del reloj para valoración cognitiva.

•Intervenciones de Enfermería para el cuidado del adulto mayor con deterioro Cognoscitivo.

En el cual estas guías nos ayudaron a la toma de decisiones para el cuidado de la paciente con este padecimiento, siendo un conjunto de recomendaciones dirigidas a optimizar la atención a los pacientes y, que se basan en la revisión sistemática de la evidencia y la valoración de los beneficios.



5.6 Evaluación

Los objetivos se alcanzaron en un 70 %, ya que tenemos una paciente con demencia y tal como nos dice la guía de práctica clínica, ésta afecta el pensamiento, el lenguaje, la capacidad de discernimiento y la conducta. Siendo esta principalmente la necesidad más alterada.

Se realizaron las actividades de enfermería de forma coherente, acorde a sus necesidades alteradas.

A partir del diagnóstico o problemas de salud, se establecieron las Intervenciones y acciones a realizar.

A pesar de haber un deterioro de cognitivo la paciente se cooperadora. Se presentan episodios de demencia no constantes, logra identificar familiares y eventos recientes, sin problema.

Le cuesta mucho cambiar hábitos alimenticios, sin embargo, dice que si es por su bienestar ella está dispuesta en ser cooperar para mejorar en el ámbito de su salud.

Este padecimiento a largo plazo, será más notorio. Pero tiene esperanza y tiene mucha fe.

Los factores que estimularon su progreso son su religión (católica), su familia, sus hijos, y nietos.

Se hizo una revisión de la literatura aplicada al caso.

Los objetivos no se alcanzaron en su totalidad ya que el padecimiento que se presenta es irreversible, referente a las necesidades alteradas, se logran los objetivos y se continúa trabajando en ello, los familiares ya tienen más conocimiento



de este padecimiento y se llevan a cabo las actividades plasmadas en el plan de cuidados.

Se intervino, en tiempo y forma, la paciente se encuentra más tranquila.

Los familiares que fungen como cuidadores primarios son un hijo y una hija, que ahora cuentan con más conocimiento en cómo tratar a la paciente con este padecimiento.



5.7 PLAN DE ALTA

NOMBRE DE LA USUARIA: J.F.M. SEXO: Mujer
 EDAD: 80 años SERVICIO: Consulta externa
 DIAGNÓSTICO DE EGRESO: Demencia senil fase inicial FECHA DE INGRESO: _____

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

00131 Deterioro de la memoria
00233 Sobrepeso

RESUMEN:

En el presente caso, con deterioro cognitivo, o episodios de demencia, los cuidadores primarios llevan a cabo las acciones pertinentes, para así conllevar una vejez tranquila de calidad y calidez, con los conocimientos básicos, ante esta situación, el padecimiento de la paciente. La familia sus hijos directos están en el proceso de acompañamiento con las actividades en comendadas interactúan, de forma tranquila y armónicamente

Mis tíos, junto conmigo apoyamos y llevamos a cabo las actividades de enfermería en referencia a las señalizaciones, recordatorio de eventos, familiares cercanos, programas de TV recreativos, etc., es de suma importancia estar en acompañamiento con la paciente en todo y tomarla en cuenta en todo momento.

ACCIONES ENCAMINADAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD:

Tener personas y objetos familiares alrededor.
 Puede ser útil tener álbumes de fotos familiares.
 Mantener las luces encendidas por la noche.
 Brindar recordatorios, notas, listas de tareas rutinarias o instrucciones para las actividades diarias.
 Ceñirse a un horario de actividades simple.
 Hablar de eventos actuales.
 Deberán acordarse, los tiempos para el cuidado de la persona mayor, para no llegar al grado del desgaste del cuidador familiar
 Promover actividades que sean estimulantes y que pueda disfrutar en familia
 El estrés del cuidador primario o los cuidadores, podría causar a mediano plazo de tiempo, tensión emocional y física producida por cuidar a otra persona, las personas que fungen como cuidadores



tienen más altos niveles de estrés , que las personas que no son cuidadores, en este caso pedir la colaboración de todos los hermanos, para que participen en el cuidado de la paciente, organizarse, e incluso tomar distancia para sí mismos , cuidar su salud, es posible usar escalas como la de zarit, para medir el estrés del cuidador familiar (ANEXO 6)

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

Algunos análisis de sangre permiten detectar problemas físicos que pueden afectar la función cerebral, como la deficiencia de vitamina B-12 o la hipoactividad de una glándula tiroidea. En ciertas ocasiones, se examina el líquido cefalorraquídeo para detectar signos de infección o inflamación, o marcadores de alguna enfermedad degenerativa. La habitación de su recamara es sumamente fría en temporada invernal, se abre la puerta en su totalidad y para que pueda ventilarse y estar más cálida, se le puso un edredón arriba de la sabana para que se sienta cómoda de alguna manera.

DIETA: Tomar más líquidos agua natural sin endulzantes o colorantes artificiales de 1.5 a 2 litros al día. Comer fruta de temporada, de las siguientes frutas como el mango en baja porción, frambuesa, guayaba, sandía, manzana. Incluir al plato del buen comer en el adulto mayor que complementa las necesidades en nuestra paciente. El Plato del Bien Comer es una representación gráfica de los grupos de alimentos que deben formar parte de una alimentación correcta. El Plato del Bien Comer es una representación gráfica de los grupos de alimentos que deben formar parte de una alimentación correcta.

EJERCICIO: Caminata de 20 a 25 minutos. si está en condiciones, evitar ejercicios de alto impacto

TRATAMIENTO: Seguimiento de consultas, para evaluación cognitiva del paciente.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL LOGRO DE LA INDEPENDENCIA:

Hay que tener presente que, a medida que la enfermedad avanza, cualquier tarea se hace más y más difícil. Pedir al enfermo que haga cosas que superen sus posibilidades es una situación frustrante. La pérdida de memoria hace que el enfermo no recuerde aquello que hace cinco minutos se le ha dicho., Es por eso que los profesionales de enfermería, nos corresponde, educar a los cuidadores de que están al cargo de la paciente los aspectos más importantes de este padecimiento lo que permitirá reducir la sobrecarga o estrés que ellos pudieran presentar y mejorar así la calidad de vida del paciente aquejado de este mal.



RECUERDE:

Acudir a su cita la consulta externa en cambios de comportamiento o bien con un médico familiar para continuar con su tratamiento. Es importante que colabore con nosotros para establecer y/o conservar su salud.

NOMBRE DEL CUIDADOR PRIMARIO: M.A.F y J.A.F.

NOMBRE DEL ENFERMERO: ARI TONATIUH JIMENEZ ARELIO

SIGNOS DE ALARMA:

Cambios de memoria que dificultan la vida cotidiana.

Dificultad para planificar o resolver problemas.

Dificultad para desempeñar tareas habituales en la casa, o en su tiempo libre.

Desorientación de tiempo o lugar.



CONCLUSIONES

Después de la pertinente revisión bibliográfica para la valoración, en base al modelo de Virginia Henderson, se hizo evidente el fuerte impacto que puede producir el diagnóstico de una patología como la demencia en sus fases iniciales cuando el paciente todavía puede no ser consciente de las pérdidas cognitivas que sufre y de su progreso.

La existencia de un plan de cuidados estandarizados por taxonomía enfermera para Atención Primaria es un recurso útil para los pacientes (y sus familiares) recién diagnosticados debido al impacto en su futuro estilo de vida y el desconocimiento de la patología de demencia y sus posibles etiologías.

Siguiendo las actividades para la consecución de los objetivos se podrá afrontar el avance de la demencia, siendo importante la participación y la atención a los cuidadores para reconocer el posible síndrome de burnout, prevenirlo, y permitir que el cuidado sea una experiencia enriquecedora. Así, junto con el paciente, poder afrontar la disminución de las capacidades del ser humano con el paso del tiempo con una actitud positiva.



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Auxiliar auditivo: Es un dispositivo diseñado para mejorar la audición al hacer que el sonido sea audible para una persona con pérdida auditiva.

Care: cuidado.

Cure: curar.

Déficit de memoria: La pérdida de la memoria es el olvido inusual.

Demencia moderada: La pérdida de memoria se ha vuelto tan grave que la persona ha perdido la capacidad de vivir independientemente.

Demencia severa: Tercer nivel - La demencia severa: La pérdida de memoria, tanto verbal como no verbal, es prácticamente completa, así que la persona no puede recordar ninguna información nueva.

Deterioro cognitivo: Alteraciones en el pensamiento, el aprendizaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones

Estreñimiento: Ocurre cuando las heces son menos frecuentes, dolorosas o secas y difíciles de evacuar.

Flatulencia: Acumulación de gases en los intestinos.

Hipoacusia: Sordera o deficiencia auditiva, es un trastorno sensorial que consiste en la incapacidad para escuchar sonidos, y que dificulta el desarrollo del habla, el lenguaje y la comunicación.

Indigestión: Malestar estomacal, es una molestia en la parte superior del abdomen.



Insomnio: Trastorno frecuente del sueño

Nicturia: Enfermedad por la que te despiertas durante la noche porque tienes que orinar

Regurgitación: flujo relajado del contenido del estómago hacia afuera de la boca, con frecuencia, mediante un eructo.

Simetría: Correspondencia de posición, forma y tamaño, respecto a un punto, una línea o un plano, de los elementos de un conjunto o de dos o más conjuntos de elementos entre sí.

Sobrepeso: Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Watson, J. (2018). Elucidando A Dciplina De Enfermagem Como Fundamental Para O Desenvolvimimto Da EnfermagemProfissional. Texto &ContextoEnfermagem, 26 (4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002017editorial4>
- 2.- Vargas ZGT. ENFERMERÍA COMO CIENCIA DISCIPLINA-PROFESIÓN Y PRÁCTICA. In Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados Enfermería. Cali; 2020.
- 3.- Pineda Ayala, VN, &Solsol Isidro, AE (nd). El cuidado enfermo, Invisibilidad e Importancia Enfermería. EP Enfermería, Facultad de Ciencias de la salud, Unión Universidad Peruana. archivo:///C:/Usuarios/52557/Descargas/950-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1288-1-10-20180524.pdf.
- 4.- Ariza Olarte C. Desarrollo epistemológico de enfermería. Universidad Enferm [Internet]. 2011 [citado el 25 de marzo de 2023];8(2):18–24. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000200004:
- 5.- GOMEZ I. ACADEMIA.EDU. [Online].; 2019.Availablefrom:https://www.academia.edu/31708144/FUENTES_TE%93RICAS_DE_LA_ENFERMER%8DA_PROFESIONAL_SU_INFLUENCIA_EN_LA_ATENCI%93N_AL_HOMBRE_.
- 6.- org.co. [citado el 18 de marzo de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002009000100011



7.- Gob.mx. [citado el 15 de diciembre de 2022]. Disponible en:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/codigo-conducta.pdf>

8.- AlligoodMR, MarrinerTomey A. Modelos Y Teorías En Enfermería [Internet]. 9a ed. Elsevier; 2018. Disponible en:
<https://books.google.at/books?id=nIpgDwAAQBAJ>

9.- Modelos de enfermería [Internet]. Enfermeriablog.com. [citado el 15 de enero de 2023]. Disponible en: <https://enfermeriablog.com/modelos-enfermeria/>

10.- Martha RaileAlligoo P. Modelos y teorías de enfermería. In edición 8, editor: Elsevier.

11.- Obstetricia ENdEy. Proceso de atención de enfermería.

12.- Santiago A. Teorías y modelos de enfermería [Internet]. *yoamoenfermeria.com*. Álex Santiago; 2021 [citado el 13 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://yoamoenfermeriablog.com/teorias-y-modelos-de-enfermeria/>

13.- El proceso enfermero como proceso de gestión de los cuidados [Internet]. El blog de Salusplay. 2019 [citado el 20 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/proceso-enfermero-gestion-cuidados-asistencia/>

14.- De M, Pae E. Actualización en Enfermería familiar y comunitaria [Internet]. Enfermerialugo.org. [citado el 26 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.enfermerialugo.org/wp-content/uploads/2021/09/Tema-Modelos-de-Enfermeria.PAE_.pdf

15.- Gilberto LMI, García M. Aspectos Ético-Legales En La Protección A La Salud [Internet]. Gob.mx. [citado el 26 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.ssch.gob.mx/revista/3s.pdf>

16.- Galván AH. Unidad 2: Aspectos éticos y legales [Internet]. Gob.mx. [citado el 22 de marzo de 2023]. Disponible en:



http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Alzheimer/MODULO_IV/UNIDAD_3/Recursos_psicosociales.pdf

17.- Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.

18.- Formación DAE. El proceso enfermo como herramienta metodológica [Internet]. Daeformación. DAE Formación; 2021 [citado el 15 de enero de 2023]. Disponible en: <https://daeformacion.com/proceso-enfermero/>

19.- Chozas JMV. Proceso de Atención de Enfermería, PAE Enfermería [Internet]. Enfermería Actual. 2022 [citado el 29 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria/>

20.- Formación DAE. El proceso enfermo como herramienta metodológica [Internet]. Deformación. DAE Formación; 2021 [citado el 15 de enero de 2023]. Disponible en: <https://daeformacion.com/proceso-enfermero/>

21.- Envejecimiento y salud [Internet]. Quién.int [citado el 16 de enero 2023] Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

22.- El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales [Internet]. Mheducation.es. [citado el 26 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>

23.- Sánchez C, Rangel F. enfermería geriátrica. protocolos de cuidado al anciano. :32–35. [citado el 26 de mayo de 2022]

24.- Las 10 principales enfermedades que sufren las personas mayores [Internet]. Fundación Atilano Sánchez Sánchez. 2020 [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.fundacionfass.org/general/las-10-principales-enfermedades-que-sufren-las-personas-mayores/>



25.- Población. Esperanza de vida [Internet].Org.mx.[citado el 15 de enero de 2023].Disponible en:

<https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

26.- Demencia senil: fases, síntomas y tratamiento [Internet]. Alegra. 2019 [citado el 15 de enero de 2023]. Disponible en: <https://allegra.cat/es/demencia-senil-fases/>

27.- ____ [citado el 19 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/52557/Documents/GPC%20DEMENCIA.pdf>

28.- _Diferencias y semejanzas entre demencia y Alzheimer. Marca [Internet]. el 25 de febrero de 2016 [citado el 20 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/2016/02/25/diferencias-semejanzas-demencia-alzheimer-109880.html>

29.- Edu.co. [citado el 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/762/Documento%20Final%20Monograf%C3%ADa%20Camila%20Maldonado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

30.- Dds AT, Laguna M. Introducción al encéfalo. 2023

31.- Losada, T. (2017, 15 de noviembre). *Diez beneficios de la estimulación multisensorial en personas con Alzheimer*. Muy Saludable. <https://muysaludable.sanitas.es/salud/envejecimiento/estimulacion-multisensorial-azheimer/>

32.- (Dakota del Norte). Fiapam.org. Recuperado el 21 de enero de 2023, de <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf>



33.- *La Ciencia de la Esperanza*. (Dakota del Norte). Naciones Unidas: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Recuperado el 21 de enero de 2023, de <https://www.unodc.org/unodc/es/listen-first/super-skills/hope.html>

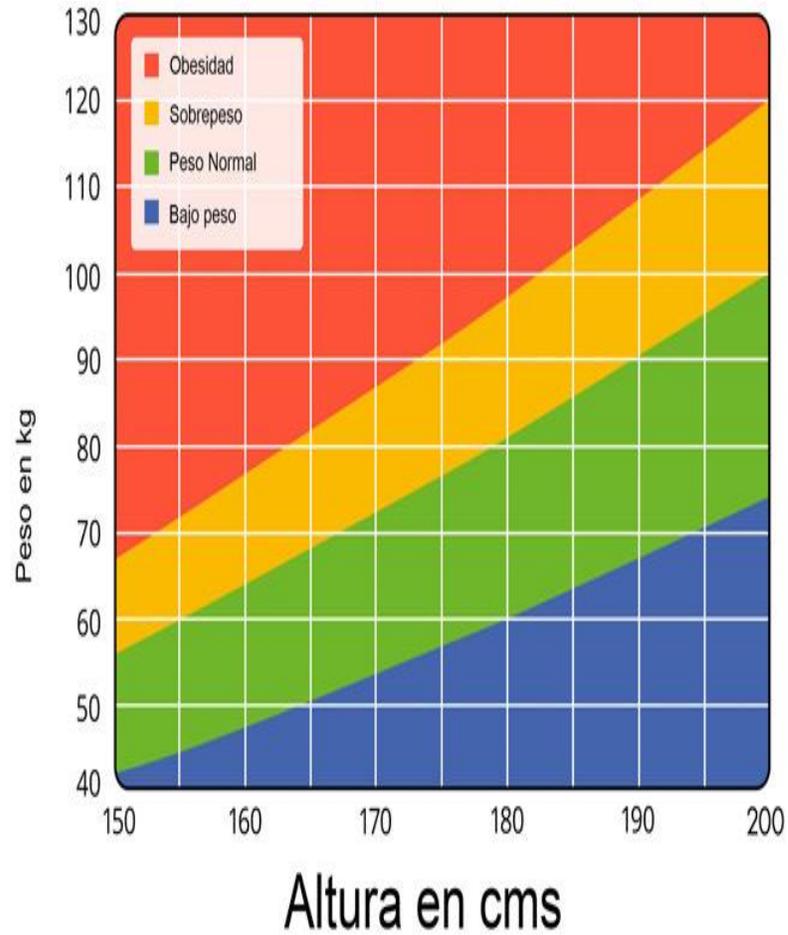
34.- Shenot, PJ (sin fecha). *Incontinencia urinaria en adultos*. Manual MSD versión para público general. Recuperado el 21 de enero de 2023, de <https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-renales-y-del-tracto-urinario/trastornos-de-la-micci%C3%B3n/incontinencia-urinaria-en-adultos>

35.- Alvarado-García A, Lamprea-Reyes L, Murcia-Tabares K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *EnfermUniv* [Internet]. 2017;14(3):199–206. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00199.pdf>



ANEXOS

Anexo 1. Calculador del IMC





Anexo 2. Escala de heces de Bristol





Anexo 3. Escala de coma de Glasgow

LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS):
tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: **la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

OCULAR	4	3	2	1
	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN

VERBAL	5	4	3	2	1
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPRESIBLES	NINGUNA RESPUESTA

MOTORA	6	5	4	3	2	1
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
				(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)	



Anexo 4. Test Mini-Cog aplicado a la paciente

 INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

Mini-Cog™

Sección 1. Registro de tres palabras.
Instrucción para la persona mayor:
 - "Escuche con cuidado. Voy a decir tres palabras que quiero que usted repita ahora y trate de recordar. Las palabras son".

1. Iglesia 2. Telefono 3. Puerta

Registre las palabras que se mencionan a la persona mayor.
 - "Ahora repita las palabras".

Nota: Si la persona no logra repetir las 3 palabras en un primer intento, dígame las 3 palabras nuevamente. Máximo se le darán hasta 3 intentos a la persona para repetir las 3 palabras. Si la persona no logra repetir las 3 palabras después de 3 intentos, continúe con la siguiente sección.
 ¿Tiene alguna pregunta antes de que comencemos?

Sección 2. Dibujo del reloj.
 Proporcione a la persona una hoja de papel con un círculo impreso o dibujado y un bolígrafo, y dígame las siguientes frases en el orden indicado:
 - "Ahora, quiero que me dibuje un reloj; primero, coloque los números donde van"
 - "Ahora coloque las manecillas del reloj en la posición que indique las 11:10"
 Registre marcando con una X o ✓ según sea el caso


 Reloj normal


 Agujas incorrectas


 Faltan algunos números

Asigne 2 puntos .

Sección 3. Evocación de las tres palabras.
 Dígame a la persona:
 - "¿Cuáles fueron las tres palabras que le pedí que recordara?"

Registre las palabras que se mencionan a la persona mayor.

1. Iglesia ✓	2. Telefono ✓	3. Puerta ✓
Correcta: 01 Incorrecta:	Correcta: 01 Incorrecta:	Correcta: 01 Incorrecta:

Registre marcando con una X o ✓ según sea el caso por cada palabra evocada por la persona mayor.
 Sume los resultados de dibujo de reloj y evocación de palabras.

Resultado global: 3

Interpretación

Registre marcando con una X o ✓ según sea el caso

- Probable deterioro cognitivo, se recomienda una evaluación cognitiva más amplia: 0-2 puntos.
- Muy poco probable que haya deterioro cognitivo: 3-5 puntos.

Este material está registrado bajo licencia Creative Commons Internacional, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátria.



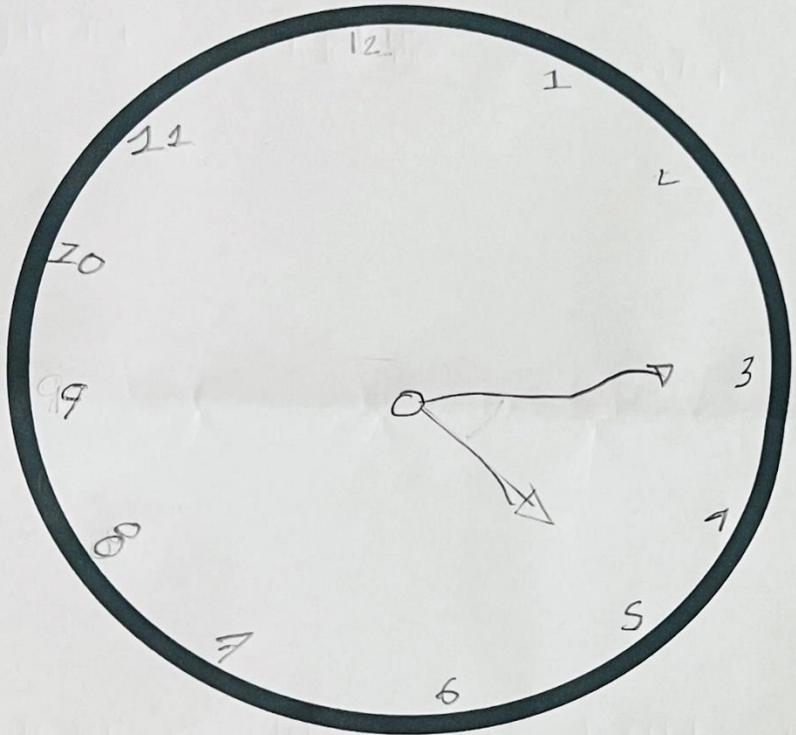
130 • Anexos



Anexo 5. Test del reloj aplicado a la paciente

 INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

Mini-Cog™



• Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P. y Dokmak, A. (2000). The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 15(11), 1021-1027

• Carnero Pardo, C., Cruz Orduña, I., Espejo Martínez, B., Martos Aparicio, C., López Alcalde, S. y Olazarán, J. (2013). Utility of the mini-cog for detection of cognitive impairment in primary care: data from two spanish studies. *Int J Alzheimers Dis*, 1-7

 Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátrica.

 CC BY NC SA

Anexos • 131 



Anexo 6. Escala de Zarit

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación para cada respuesta*	1	2	3	4	5
1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3 Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12 Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22 Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

* Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 46), "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

** Escala de Zarit Abreviada (sólo los 7 ítems marcados en gris). Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 16) y "sobrecarga intensa" (≥ 17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.