

00903  
2 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
UNIDAD DE POSGRADO

ESTUDIO DE CASO CLINICO EN UN ANCIANO CON **DEPRESION E**  
HIPERTENSION ARTERIAL DESDE LA PERSPECTIVA DE  
VIRGINIA HENDERSON EN LA COMUNIDAD DE  
SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

PARA OBTENER LA DIPLOMACION EN LA  
ESPECIALIDAD DE ENFRMERIA DEL ANCIANO  
P R E S E N T A :

BEATRIZ BERNAL LOPEZ

No. DE CUENTA: 9035918-1

ASESOR ACADEMICO: ROSA ELIA MENDOZA PEREZ



MEXICO, D. F.

JUNIO 2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

**PAGINACION**

**DISCONTINUA**

INDICE

Agradecimientos..... i

INTRODUCCIÓN..... ii

Objetivo general..... iv

Objetivos específicos..... iv

1.- MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON..... 1

    1.1    Antecedentes personales..... 1

    1.2    Aplicación de datos empiricos a la práctica clínica..... 1

    1.3    Fuentes teóricas que influyeron en la investigación..... 1

    1.4    Principales definiciones sobre enfermería..... 2

    1.5    Afirmaciones proto-teóricas..... 5

2.- PROCESO DE ENFERMERÍA..... 7

    2.1    Metodología del proceso..... 7

    2.2    Valoración..... 7

    2.3    Diagnóstico de Enfermería..... 9

    2.4    Planificación..... 10

    2.5    Implementación o ejecución..... 10

    2.6    Evaluación..... 11

3.- INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

APLICADOS AL CAMPO GERIATRICO..... 12

    3.1    Necesidad de oxigenación..... 13

    3.2    Necesidad de nutrición e hidratación..... 13

    3.3    Necesidad de eliminación..... 14

    3.4    Necesidad de movimiento y mantener buena postura..... 16

    3.5    Necesidad de descanso y sueño..... 17

    3.6    Necesidad de elegir prendas de vestir adecuadas..... 18

    3.7    Necesidad de termorregulación..... 19

    3.8    Necesidad de higiene y protección..... 20

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

3.9 Necesidad de evitar peligros..... 20

3.10 Necesidad de comunicación..... 22

3.11 Necesidad de vivir según sus creencias y valores..... 22

3.12 Necesidad de trabajar y realización..... 24

3.13 Necesidad de recreación..... 25

3.14 Necesidad de aprendizaje..... 25

4.- ESCALAS DE VALORACION GERIATRICA..... 27

4.1 Indice de Katz ó Actividades de la Vida Diaria..... 28

4.2 Evaluación de Lawton o A.I.V.D..... 31

4.3 Evaluación Mínima del Estado Mental o Folstein..... 34

4.4 Valoración de marcha y balance o Tinetti..... 36

4.5 Escala de Depresión Geriátrica..... 38

4.6 Valoración de riesgo a úlceras por presión..... 39

5.- TIPOS DE ENVEJECIMIENTO..... 40

5.1 Envejecimiento biológico..... 40

5.2 Envejecimiento cronológico..... 40

5.3 Envejecimiento social..... 40

5.4 Envejecimiento funcional..... 40

5.5 Envejecimiento psíquico..... 40

6.- CAMBIOS EN EL ENVEJECIMIENTO..... 41

6.1 Cambios en el tejido epitelial..... 41

6.2 Cambios neurológicos..... 41

6.3 Cambios sensoriales..... 41

6.4 Cambios en el sistema musculoesquelético..... 43

6.5 Cambios cardiovasculares..... 43

6.6 Cambios respiratorios..... 44

6.7 Cambios gastrointestinales..... 44

6.8 Cambios genitourinarios..... 44

6.9 Cambios en el sistema inmunológico..... 45

6.10 Cambios cognitivos/psicosociales..... 46

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

6.11	Tiempo de reacción.....	46
6.12	Capacidad de acción.....	47
6.13	Agudeza sensorial.....	47
6.14	Inteligencia .....	48
6.15	Cambios de función social.....	48
6.16	Estrés .....	48
7.- PATOLOGIAS.....		50
7.1	Hipertensión arterial sistémica.....	50
•	Efectos del envejecimiento sobre la presión arterial .....	50
•	Medición de la presión arterial.....	50
•	Recomendaciones para la toma de la presión arterial.....	51
7.2	Cardiopatía isquémica.....	52
7.3	Depresión.....	53
7.4	Soledad.....	53
8.- CONDICIONES BIOÉTICAS.....		55
8.1	Apoyar la autonomía de los adultos mayores.....	55
	- Principio de la corporeidad.....	55
	- Principio fundamental a la vida.....	56
	- Principio de libertad y responsabilidad.....	56
	- Principio terapéutico.....	56
	- Principio de socialidad/subsidiariedad.....	56
8.2	Ley General de Salud.....	56
9.- DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO.....		58
9.1	Valoración de las 14 necesidades según Virginia Henderson.....	59
9.2	Clinimetría .....	63
9.3	Jerarquización de las necesidades de la paciente.....	73
9.4	Plan de Enfermería.....	74

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

• N. De comunicación.....	74
• Familiograma	
• N. De descanso y sueño.....	75
• N. De movimiento y postura .....	76
• N. De nutrición e hidratación .....	77
• N. De evitar peligros.....	78
• N. De aprendizaje.....	79
• N. De higiene y protección.....	80
• N. De oxigenación.....	81
• N. De eliminación.....	82
• N. De vivir según sus valores y creencias.....	83
10. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	84
10.1    Resultados de la valoración de Henderson.....	84
10.2    Resultados gerontológicos.....	85
10.3    Resultados del estado de salud.....	86
10.4    Resultados sociales y familiares.....	86
11. PROPUESTAS.....	88
12. GLOSARIO.....	89
13. BIBLIOGRAFÍA.....	90

"En todo tiempo ama el amigo,  
y es como un hermano en tiempo  
de angustia"

Proverbios 17:17

Quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas que hicieron posible que esta tesis de grado se llevara a cabo, ayudándome a superar todo tipo de obstáculos:

Lic. Enf. Rosa Elía Mendoza Pérez; EEA. Alejandro Ramírez Figueroa; Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo; Dr. Jorge Antonio Reyes Guerrero; Maestra María Teresa Sánchez Estrada; Lic. Enf. Luz María Hernández Ramírez; Lic. en Pedagogía Hortensia Murillo Pacheco; Maestra Soledad Salamanca Rodríguez; Secretaria Alicia Monfort; y a mis padres Sr. Martín Bernal Valdez y a la Sra. María López Peña, hermanos y amigos en Cristo especialmente a Susana Luminato por su tiempo y motivación.

Comparto pues con ellos mi satisfacción por haber logrado una meta significativamente importante para mi vida profesional.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN





INTRODUCCION

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCION

En nuestro país el proceso de envejecimiento se hace más evidente a partir de 1970, donde se contaba con 2,709, 238 personas mayores de 60 años. En el último Censo General de Población y Vivienda realizado en el año 2000, se encontró que hay un total de 97,014,867 habitantes en la República Mexicana y la población mayor de 60 años es de 7, 090, 873 donde el 53.2% son mujeres y 46.8% son hombres<sup>1</sup>. Este fenómeno demográfico se ha venido observando tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, por lo que se puede deducir que la pirámide poblacional se está invirtiendo y que nuestro país envejece a ritmo acelerado. Nuestra esperanza de vida se incrementó y la tasa de nacimientos disminuyó, se piensa que en 50 años la población anciana crecerá un 400%. Esto quiere decir que tenemos problemas a la puerta y que no estamos preparados para resolverlos.

Entre las enfermedades más importantes que constituyen la causa de morbilidad y mortalidad que afecta a las personas mayores de 60 años en nuestro país en primer lugar es la diabetes mellitus en un 30%, en segundo lugar las enfermedades isquémicas del corazón con 29% y el sexto lugar lo ocupan las enfermedades hipertensivas con un 7%, éstas predominan en la mujer. La hipertensión arterial constituye también un riesgo para el desarrollo de otras enfermedades como el accidente vascular cerebral y la insuficiencia renal, además de saber que la presencia de hipertensión arterial incrementa al doble el riesgo de muerte (Amery et al. 1985. Bynyn 1995). Un problema encontrado en la paciente es la soledad que lleva a las mujeres principalmente a una muerte prematura o adquisición de enfermedades además que hay una alta incidencia al suicidio.

En México la población no está preparada para envejecer, pues implica jubilación, enfermedad y dependencia entre otras cosas, además en la sociedad actual existe la competencia y el egoísmo, se ha perdido el respeto por los ancianos y que muchas veces

---

<sup>1</sup> Fuente: Centro de información INEGI. XII censo general de población y vivienda 2000. Y antecedentes del censo de 1970 donde había 48, 225, 238 habitantes en la República Mexicana.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

terminan en soledad, rechazados por la misma familia. Es importante que cada uno reconozca el proceso propio de envejecimiento y aprendamos a enfrentar lo que implica envejecer, aunque nadie sabe a ciencia cierta por qué envejecemos. Se plantean algunas teorías del envejecimiento así como el proceso del mismo envejecimiento. Es necesario conceptualizarlo, por lo que podemos decir que, el *envejecimiento humano* es un proceso individual, continuo, irreversible, con cambios morfológicos y funcionales, que termina al ocurrir la muerte; este proceso no sólo afecta a los individuos sino que afecta al grupo social en que viven. También se puede definir como la suma de las pérdidas funcionales y estructurales como consecuencia del desgaste, es un proceso normal, donde se enfrentan pérdidas: pérdida de la función social (jubilación), pérdida de ingresos, pérdida de amigos y familiares (por muerte). También puede ser una época de temor: temor por la seguridad personal, temor a la inseguridad financiera, temor a la dependencia.

Al intentar plantear el siguiente caso clínico de una paciente anciana, en la comunidad de San Luis Tlaxiatalmalco en Xochimilco, se elabora en lo teórico y en la práctica un proceso de enfermería con sus diferentes etapas que son: valoración de la paciente, elaboración de los diagnósticos de enfermería, planeación, ejecución y evaluación de las actividades realizadas, además de aplicarse a las necesidades descritas por Henderson y a las valoraciones geriátricas. También se utiliza la taxonomía de los diagnósticos de enfermería.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## OBJETIVO GENERAL

El presente estudio de caso pretende integrar el modelo de Virginia Henderson el cual está apoyado por las escalas de valoración geriátrica al Proceso de Enfermería a fin de proporcionar los cuidados profesionales<sup>2</sup> adecuados que requiere el adulto mayor<sup>3</sup> con problemas de depresión e hipertensión arterial a nivel comunitario.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Realizar la valoración de enfermería con el instrumento de valoración de acuerdo con las catorce necesidades propuestas por Henderson, apoyándonos en las escalas de valoración geriátrica.
2. Elaborar los diagnósticos de enfermería utilizando el formato: Problema, Etiología y Signos y Síntomas (PESS).
3. Realizar las intervenciones de enfermería de acuerdo al plan de atención proyectado tanto para el adulto mayor como para la familia.
4. Analizar la evaluación de las intervenciones de enfermería.

---

<sup>2</sup> Prestados en su domicilio.

<sup>3</sup> En nuestro caso de investigación se orientó hacia un adulto mayor de nivel socioeconómico medio-bajo y ubicado dentro de un contexto comunitario, en un pueblo de Xochimilco.

✓



1

MODELO CONCEPTUAL

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 1. MODELO CONCEPTUAL VIRGINIA HENDERSON

### 1.1 Antecedentes personales

Virginia Henderson nació en 1897, en Kansas City, Missouri. Durante la primera guerra mundial, desarrollo su interés por la enfermería y en 1918 ingreso a la *Army School of Nursing* de Washington D.C. y se graduó en 1921.

Henderson publicó por primera vez su definición de enfermería - definición más que "teoría" en sentido estricto - en 1955 en la obra *The Principles and practice of nursing*. En este texto realizó el origen de su percepción de la "necesidad de aclarar las funciones de las enfermeras".<sup>4</sup> Anima a las enfermeras a mirar más allá de la técnica y tareas rutinarias, así como en la transmisión de la importancia de mantener un equilibrio fisiológico y la importancia de la higiene y de la asepsia.

Henderson sostiene que la enfermedad es "más que un estado patológico" y que no siempre se atienden en forma integral las necesidades más importantes, la meta de la rehabilitación es, la reconstrucción integral de la independencia del paciente.

### 1.2 Aplicación de los datos empíricos a la práctica concreta de la enfermería

Como es de suponer, Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería. Postula en principio que "una definición de enfermería debería llevar implícita el principio del equilibrio fisiológico".<sup>5</sup> la cuál también mejora su apreciación de la medicina psicosomática y sus implicaciones en enfermería. Henderson afirma que "era obvio que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico una vez que comprendía que una emoción es en realidad nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones de la composición química de los fluidos intracelulares".<sup>6</sup>

### 1.3 Fuentes teóricas que influyeron en las investigaciones de Henderson

Henderson, experimentó sin duda, las grandes influencias de enfermeras como Annie W. Goodrich quien sirvió de inspiración para Henderson y quien decía: "Cada vez que visitaba nuestra unidad, nos animaba a mirar más allá de las técnicas y tareas rutinarias"

<sup>4</sup> Marriner; Ann. "Modelos y Teorias en Enfermería", Ed. Mosby/Doyma, 1a. Ed. 1994; P. 103

<sup>5</sup> op.cit. Marriner Ann, p. 104

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

también cuando decía: " Mi descontento inicial con la atención al paciente, excesivamente reglamentada, en la que yo participaba y el concepto de enfermería como mera labor auxiliar de la medicina".<sup>7</sup> Caroline Stackpole, que era profesora de fisiología, le transmitió la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

Jean Broadhurst era profesora de microbiología le transmitió la importancia de la higiene y de la asepsia. Por su parte, el doctor Edward Thorndike que era psicólogo dirigía trabajos de investigación sobre las necesidades de los seres humanos.

Bertha Harmer, enfermera canadiense tenía similitudes en sus definiciones de enfermería. La definición de Harmer de 1922 comienza así: "la enfermería se basa en las necesidades de la humanidad".

#### **1.4 Principales conceptos y definiciones sobre enfermería**

Habiendo comentado ya sus antecedentes personales y profesionales, pasemos ahora a revisar sus conceptos y definiciones:

1. **Enfermería:** Se define en términos funcionales.

La única función de la enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera *la fuerza, la voluntad o los conocimientos* necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

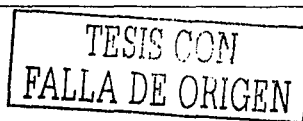
2. **Entorno:** Es el conjunto de las condiciones que afectan la vida y el desarrollo de un organismo. Los organismos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad. La enfermera debe proteger a los pacientes de las lesiones y conocer los hábitos sociales así como las prácticas para valorar los riesgos.

3. **Necesidad:** No se encuentra una definición específica de necesidad, pero identifica 14 necesidades básicas en el paciente que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería las cuales son:

##### 3.1 Oxigenación

<sup>6</sup> idem; p. 104.

<sup>7</sup> op.cit Marriner, Ann; p. 103



- 3.2 Comer y beber de forma adecuada
  - 3.3 Eliminar los residuos corporales
  - 3.4 Moverse y mantener la posición deseada
  - 3.5 Dormir y descansar
  - 3.6 Elegir las prendas de vestir - vestirse y desvestirse.
  - 3.7 Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de ropa y modificación del entorno
  - 3.8 Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos
  - 3.9 Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros
  - 3.10 Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones
  - 3.11 Realizar practicas religiosas según la fe de cada uno
  - 3.12 Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado
  - 3.13 Jugar o participar en alguna actividad recreativa
  - 3.14 Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios.\*
4. Persona (paciente): Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y su familia como una unidad. La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.
5. Salud: No especifica la definición de salud sin embargo considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería (lograr la independencia). Dice que es "la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esta reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida".<sup>8</sup> La salud representa calidad de vida, esta es necesaria para el funcionamiento humano.
6. Cuidados Básicos. Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la

\* Cada una de estas "necesidades" serán explicadas a detalle más adelante.

<sup>8</sup> Op.cit Marriner Ann, P.104



persona. "... los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivados del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades".<sup>9</sup>

- 7 Dependencia. La dependencia puede ser considerada como la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Los criterios de dependencia deben considerarse de acuerdo a los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales).
- 8 Independencia: Puede ser definida como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, lleva a cabo acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Henderson, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe, según Henderson, a tres causas y que identifica como "falta de fuerza", "falta de conocimiento" o "falta de voluntad". Las causas de la dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

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

<sup>9</sup> Fernandez, Carmen : "El Proceso Atención de Enfermería, estudio de caso"; ed : Ed.científicas y técnicas S.A; p 8

mantenimiento de las acciones oportunas en la satisfacción de sus necesidades.

## 1.5 Afirmaciones proto-teóricas<sup>10</sup>

### 1.6.1 La enfermera como miembro del equipo sanitario

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios, la importancia de cada uno se modifica con la época en la que se ejerce y depende en gran medida de lo que hagan los demás. También debe desarrollarse y aprender a identificar las nuevas necesidades sanitarias de la población a medida que se vayan planteando. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera y el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico.

### 1.6.2 La relación enfermera - paciente

Se pueden identificar tres niveles en la *relación enfermera - paciente* que varían desde una relación muy dependiente a otra marcadamente independiente:

- a) La enfermera como un *sustituto* de algo necesario para el paciente.
  - b) La enfermera como *ayuda* para el paciente.
  - c) La enfermera como *compañera* del paciente.
- 
- a) En caso de enfermedad grave la enfermera está considerada como un *sustituto* de lo que el paciente carece para considerarle "completo", "íntegro" o "independiente" por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento. Henderson refleja esta opinión cuando afirma que la enfermera "es, de forma temporal, la consciencia de la inconsciencia, la pierna del amputado, los ojos del ciego reciente, un medio de locomoción para el lactante, el micrófono para los demasiados débiles o introvertidos para hablar".<sup>11</sup>
  - b) Durante la convalecencia, la enfermera *ayuda* al paciente a adquirir o recuperar su independencia. La independencia es un término relativo, ninguno de nosotros es independiente de los demás, aunque luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enferma.

<sup>10</sup> Optamos por el concepto de "proto-teoría" (*proto: hacia*) dado que Henderson no sistematiza una teoría científica propiamente dicha, aún cuando sus *definiciones* tienen sin duda el correlato objetivo de la experiencia y la observación.

- c) La enfermera como compañera debe ser capaz de apreciar no sólo las necesidades del paciente sino también las circunstancias y estados patológicos que las alteran.

Como ya se ha visto hasta el momento, la enfermera debe realizar todos los esfuerzos necesarios para entender al paciente cuando éste no tiene la voluntad, el conocimiento o la fuerza. La enfermera puede ayudar entonces al paciente a ser independiente mediante la valoración, planificación, ejecución y evaluación de cada uno de los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería. Las *fases del proceso de enfermería*, mismas que describiremos más adelante, se interrelacionan muy claramente con los conceptos que ya mencionamos anteriormente. Así mismo el proceso de enfermería es la metodología a la solución de problemas, el cuál no es específico de la enfermería sino que es más bien relativo al paciente como un ser humano integral.

---

<sup>11</sup> op.cit Marriner Anq. p 106

---

PROCESO DE ENFERMERIA

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **2. PROCESO DE ENFERMERIA (acotado al campo geriátrico)**

### **2.1 Metodología del proceso**

Históricamente hablando, el individuo ha sido siempre el centro de los cuidados de la enfermería. En la actualidad el cuidar a una persona involucra trabajar con la familia del paciente y otras personas de su interés, sin excluir por cierto sus creencias, sus antecedentes y su estado psicológico y físico mismos que influyen en el paciente y que por tanto, deben ser incluidos en las estrategias y conocimientos a su cuidado. Los datos obtenidos a través de la valoración reflejan la información relativa al estado biográfico del individuo y de su salud psicológica, sociocultural, biofísica y espiritual.

El Proceso de Enfermería es la metodología que nos permite actuar de modo sistemático al planificar nuestra intervención; También se puede definir como un instrumento para evaluar la eficacia de la intervención y demostrar el interés de la enfermera.

El proceso de enfermería entonces es la base de los cuidados para todos los adultos mayores que precisan la experiencia de una enfermera en una situación relacionada con la pérdida parcial o total de la independencia o la salud. Por eso, uno de los objetivos primordiales de la enfermería del anciano es mejorar la calidad de vida del adulto mayor enfermo y/o incapacitado.

### **2.2 Valoración**

La enfermera revisa la situación para reunir datos sobre el mismo, para identificar las fuerzas y limitaciones (reales y potenciales) del anciano enfermo. Estos datos obtenidos por la enfermera son llevados a los diagnósticos de enfermería que guían los cuidados al paciente. La enfermera obtiene datos basados en un plan global de valoración. Donde conoce *los valores y aspectos importantes sobre la vida del paciente.*

Durante la valoración la enfermera conduce el diálogo y hace preguntas y comentarios al paciente para recabar la información necesaria para determinar las necesidades del mismo. Así mismo reconoce a cada persona mayor como un individuo único, sometido a las mismas agresiones ambientales que experimentan las personas jóvenes.

Con todo esto revisado se puede decir que "en la actualidad, el objetivo de la valoración es mantener la actividad, la independencia y la estabilidad psicológica de los pacientes

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ancianos".<sup>12</sup> Entonces "el objetivo de la enfermería es mejorar la calidad de vida, según la percepción de la persona y la familia. La enfermera " busca participar con las personas para mejorar su calidad de vida".<sup>13</sup>

La valoración de la salud espiritual incluye el tipo de creencias y valores; por tanto, la congruencia con las creencias y la forma de actuar es particularmente importante.

La familia sirve como un amortiguador o un agente neutralizante entre el individuo y la sociedad, proporciona una protección psicosocial a sus miembros y es el vehículo principal para la transmisión de la cultura; la salud del individuo está vinculada con las relaciones, creencias, valores y deberes del sistema familiar.

Si hay miembros de *la familia* accesibles y que conocen las necesidades e intereses del paciente deben participar en la valoración, una vez obtenido el consentimiento y aprobación del paciente. Esto permite a la enfermera observar y valorar la dinámica familiar. "Muchas veces el familiar puede expresar enojo (por tener que cuidar a su familiar dependiente) así como culpa (por no ser capaz de hacer o desear lo necesario para el bienestar del anciano). A menudo éstas se deben a la falta de información de modo tal que llegan a interferir con la atención si no se expresan oportunamente. Por tanto no dudamos en afirmar que los antecedentes patológicos son importantes para perspectivar los problemas actuales de la persona".<sup>14</sup>

De igual manera, la salud psicológica también es valorada a través de la obtención de datos relacionados de acuerdo con los siguientes patrones: interacción, conocimiento, emociones, comportamiento social, concepto de sí mismo, sexualidad, comunicación y comportamiento con la familia.

Por otra parte, los patrones sociológicos de salud que no son menos importantes para la valoración e incluyen el bagaje cultural, las relaciones interpersonales importantes, descanso, el espacio personal requerido por el paciente y la recreación.

<sup>12</sup> Beck, John; revista: "Atención médica" artículo, "Evaluación funcional" agosto 1994; p 17

<sup>13</sup> op. cit; Walsh, Mary Burke; p 65

<sup>14</sup> Kane, Robert: "Geriatría Clínica"; ed Mc Graw - Hill Interamericana; 3a.ed. 1997; p 49.

La valoración del ambiente físico nos conduce a reflexionar también acerca de la influencia del ambiente. En efecto, este influye en la existencia tanto de la familia como del individuo.

### 2.3 Diagnóstico de enfermería

La expresión "diagnóstico de enfermería " surgió en la década de 1960 con el uso creciente del proceso de enfermería. En EUA, la American Nurses' Association incluyó al diagnóstico de enfermería como parte integral del proceso de enfermería al público. La responsabilidad de la enfermería, como disciplina y practica científica, es diagnosticar las respuestas humanas y problemas relacionados con la salud y los efectos de estos problemas sobre las actividades de la vida diaria. En 1973, se aceptó una definición de diagnóstico de enfermería como "el juicio o conclusión al que se llega como consecuencia de la valoración de enfermería".<sup>15</sup> "Un problema real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratarlos independientemente"<sup>16</sup>.

Los diagnósticos de enfermería son actos racionales que proporcionan a las enfermeras las bases para un cuidado holístico y comprehensivo de la salud al identificar, valorar y responder a problemas especificos de ella. Los diagnósticos de enfermería permiten el uso de un lenguaje común dentro de la profesión, así como mejoran la continuidad de los servicios y representan un cuerpo organizado que conocemos con el nombre de "ciencia clínica de enfermería".

Los tres *principales componentes* del diagnóstico de enfermería son:

El *problema*, la *etiología* del problema y los *signos y sintomas* del problema a los que se le denomina formato PESS (Gordon, 1994). El problema se produce en el estado de salud de la persona mayor y puede ser un problema real o potencial, estos se identifican gracias al interrogatorio y a la observación de los hábitos, practicas y nutrición del paciente, y de otros actores que contribuyen a la salud o que la aminoran.

La *etiología* abarca las influencias del entorno del paciente que contribuyen a los problemas de salud identificados. Los *signos y sintomas*, o *características definitorias* del

<sup>15</sup> W. Griffith, Janet; "Proceso Atención de Enfermería, Aplicación de teorías, guías y modelos"; Ed. Manual Moderno; 1996; p. 141.

<sup>16</sup> Este concepto fue dado por Rosalinda Alfaro en el año de 1993.

*problema*, son los indicios objetivos y subjetivos que la enfermera observa y detecta, y que le llevan a realizar el diagnóstico de enfermería.

Se deben especificar los objetivos a corto plazo y a largo plazo, incluyendo los límites para alcanzarlos. Los objetivos también son compatibles con los criterios del grupo de diagnósticos relacionados, que influyen en el tiempo disponible para el paciente en función de su diagnóstico y progreso. Establecer la prioridad para determinar cuál de los problemas identificados hay que tratar primero, para esto hay que ayudar a establecer prioridades, el paciente debe comunicar cuál es el problema que le resulta más molesto y que se debe resolver en primer lugar.

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en: *Reales, potenciales y posibles*.

El diagnóstico real: es el que reúne los datos que se requieren para confirmar su existencia.

El diagnóstico potencial: es el que no está presente en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posible.

Diagnóstico posible: se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican la posibilidad de que esté presente, pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.

#### **2.4 Planificación**

El objetivo de la planificación es determinar qué se puede hacer para ayudar al paciente a conseguir un bienestar óptimo. Para esto se requiere establecer prioridades y designar métodos para resolver los problemas identificados por los diagnósticos de enfermería.

#### **2.5 Ejecución**

Consiste en iniciar y concluir las acciones necesarias para llevar a cabo los objetivos definidos en las sesiones de planificación. Esta es la fase de acción del proceso de enfermería. En el cuidado de las personas mayores es importante la promoción sanitaria, la prevención de las enfermedades, el mantenimiento de la independencia, la rehabilitación y la paliación. Se utilizan todos los conocimientos y habilidades interpersonales y técnicas que se puedan reunir para alcanzar el éxito en el cuidado. A medida que los retos de la resolución de los problemas de los pacientes mayores se hacen más complejos, las habilidades de enfermería resultan más necesarias. El paciente depende de la enfermera.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Consideremos ahora el marco del *hogar del paciente*. En efecto, el propio hogar del paciente, es importante para los profesionales de la enfermería quienes se basarán en los datos obtenidos durante la valoración, así como en los diagnósticos de enfermería que establezcan, en los resultados que identifiquen y por último en los planes que desarrollen para cubrir las necesidades sanitarias del paciente. La variable que dirige las actividades del enfermo es la capacidad del profesional de enfermería para funcionar en el terreno del paciente, teniendo siempre presente que se está en el entorno y al territorio de este último.

## 2.6 Evaluación

La evaluación es un proceso activo, sistemático, planeado que compara el estado de salud del paciente con los objetivos y las metas, comienza con la valoración inicial para obtener la información básica y continúa durante las interacciones con el paciente, donde se valoran los cambios que ha experimentado como consecuencia de las acciones llevadas a cabo durante el proceso de Enfermería. Averigua la eficacia con la que se consiguieron los resultados identificados. El centro de la evaluación es el punto de vista del paciente y su respuesta a los cuidados. Se valoran las necesidades del paciente y nuevamente se redefinirán los diagnósticos de enfermería, y se identificarán los resultados sobre cuya sólida base se realizará el plan de cuidados, según lo que dicte esta nueva valoración.

La evaluación puede conceptualizarse principalmente en proceso y resultado. El resultado se centra en los cambios en la conducta y el estado de salud del paciente, puesto que la enfermera busca la evidencia de la mejoría en el estado de salud que resulta a consecuencia de su intervención.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



INSTRUMENTO DE VALORACION

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **3. INSTRUMENTOS DE VALORACION (Aplicados al campo geriátrico)**

El objetivo de la evaluación geriátrica se puede definir como "un proceso multidisciplinario diagnóstico, diseñado para cuantificar las capacidades y los problemas médicos, psicosociales y funcionales de un individuo anciano" <sup>17</sup>, consiste en desarrollar un plan completo para la terapia y vigilancia a largo plazo. La evaluación funcional multidimensional desempeña un papel clave en la geriatría, dada la complejidad de los pacientes ancianos frágiles, sus numerosas necesidades no cubiertas, existen cada vez más pruebas de que tal evaluación mejora el resultado de la atención sanitaria en los ancianos. Estos instrumentos facilitan la transmisión de información relevante desde el punto de vista clínico que permite la tabulación de datos clínicos y la medición del progreso del paciente en respuesta al tratamiento a lo largo del tiempo.

La actitud del anciano hacia estas pruebas puede afectar los resultados, ya que con frecuencia estas personas los realizan con menos confianza y más recelo que las jóvenes, se ponen tensos y posteriormente se bloquean en muchas preguntas que no habían presentado dificultad en situaciones menos estresantes. Además de la inquietud y el miedo de hacerlo mal, existen otros factores que pueden dificultar que la prueba arroje resultados correctos, entre ellos se encuentran la fatiga, el breve lapso de atención, dificultades auditivas y el deterioro visual; el tiempo de respuesta es más lento, es por esto necesario que se imprima un ritmo más pausado a la prueba, que se repitan instrucciones, que se concedan frecuentes periodos de descanso y que se den oportunidades de formular preguntas y aclarar puntos.

Cuando la enfermera procura mantener o restaurar la independencia de su paciente para satisfacer sus necesidades, asume la función social de suplir las fuerza, los conocimientos y la motivación o voluntad de su paciente, asume cierta responsabilidad respecto al entorno físico y humano de su paciente, familia o un grupo de personas, así en forma individual o multidisciplinaria trata de reforzar las capacidades del paciente, de complementar sus conocimientos y de brindarle apoyo y, al hacerlo contribuirá de modo importante al mantenimiento de la salud del paciente y de su restablecimiento.

---

<sup>17</sup> William B. Abrams; "Manual Merck de geriatría; ed. Doyma; 1992; Barcelona España; p. 1251.

Pasemos a continuación a describir los instrumentos de valoración que apoyan este estudio, primero se revisará la valoración de Virginia Henderson a través de las 14 necesidades.

### 3.1 Necesidad de Oxigenación

La respiración es la función por medio de la cual el organismo absorbe del exterior, el oxígeno necesario para el sostenimiento de la vida y elimina, del interior los gases nocivos para la misma.

Los factores que pueden producir variaciones en la frecuencia respiratoria son: ejercicio, reposos, fiebre, nutrición e hidratación; postura, edad, sexo, estatura, emociones y hábitos.

#### 3.1.1 Valoración de signos y síntomas, datos de dependencia o independencia

##### 3.1.1.1 Estilo de vida sedentaria o activa

##### 3.1.1.2 Signos de fatiga al realizar actividades cotidianas

##### 3.1.1.3 Patrón respiratorio, ritmo, regularidad y profundidad

##### 3.1.1.4 Antecedentes de enfermedades cardiorespiratorias

##### 3.1.1.5 Antecedentes de tabaquismo

##### 3.1.1.6 Respiraciones anormales: disnea, ortopnea, respiraciones rápidas y superficiales, respiraciones muy lentas o profundas (respiración de Kussmaul).

##### 3.1.1.7 Cambios en la coloración de la piel y anexos

##### 3.1.1.8 Tos, sofocación, estornudos, bostezo excesivo

##### 3.1.1.9 Secreciones anormales ( hemoptisis)

##### 3.1.1.10 Irritabilidad excesiva, angustia, inquietud y cefalea

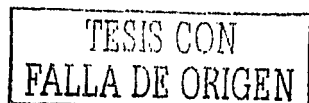
### 3.2 Necesidad de Nutrición e Hidratación

El término "nutrición" alude a una cualidad o estado de los seres vivos. Se observa que una persona adulta bien nutrida, es una persona saludable, que vive en estado de equilibrio porque el gasto energético y plástico que consume diariamente, lo repone regularmente en cantidades suficientes y mantiene reservas que pudiera necesitar en momentos de mayor desgaste.

#### 3.2.1 Algunos factores que afectan las necesidades nutricionales

##### 3.2.1.1 Edad

##### 3.2.1.2 Actividad física



- 3.2.1.3 **Clima**
- 3.2.1.4 **Estado de salud**
- 3.2.1.5 **Presencia de algunas enfermedades: renales, hipertiroidismo .**

### 3.2.2 **Valoración de Enfermería**

- 3.2.2.1 **Conocimientos que tiene sobre su nutrición.**
- 3.2.2.2 **Puede alimentarse solo o necesita ayuda.**
- 3.2.2.3 **Horario y número de comidas habituales**
- 3.2.2.4 **Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día.**
- 3.2.2.5 **Preferencias o desagradados**
- 3.2.2.6 **Debilidad, fatiga y anorexia.**
- 3.2.2.7 **Anemia, equimosis y hematomas.**
- 3.2.2.8 **Desarrollo anormal del esqueleto (raquitismo, enfermedades dentales).**
- 3.2.3.1 **Ingesta de líquidos en 24 horas**
- 3.2.3.2 **Deficiente turgencia de la piel**
- 3.2.3.3 **Pérdida de peso**
- 3.2.3.4 **Oliguria**
- 3.2.3.5 **Fiebre**
- 3.2.3.6 **Constipación**
- 3.2.3.7 **Debilidad y agotamiento**
- 3.2.3.8 **Lengua: color, hidratación, úlceras e inflamación**
- 3.2.2.9 **Labios: color, hidratación, lesiones bucales**

### **3.3 Necesidad de eliminación**

Eliminación urinaria. Algunas de las características que alteran esta necesidad son los siguientes:

1. El café aumenta la producción de orina.
2. La cantidad de ingesta de líquidos; a mayor ingesta mayor formación de orina.
3. Actividad física: A mayor actividad física, mayor metabolismo y mayor producción de orina.
4. Estrés, cuando la persona sufre ansiedad puede incrementar la frecuencia de la necesidad de eliminar.
5. La fiebre y la transpiración abundante disminuyen la producción de orina por la pérdida de líquidos a través de la piel.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

6. La disponibilidad de servicios sanitarios y tiempo para la satisfacción de esta necesidad.
7. Algunos alimentos o medicamentos alteran el color de la orina.
  - 3.3.1 Valoración de Enfermería
    - 3.3.1.1 Frecuencia con que elimina heces y orina en 24 horas
    - 3.3.1.2 Ardor o dolor al evacuar o miccionar (por presencia de hemorroides)
    - 3.3.1.3 Problemas de urgencia, retención o incontinencia
    - 3.3.1.4 Retención o incapacidad para la micción
    - 3.3.1.5 Aumento o disminución en la cantidad de orina que se elimina
    - 3.3.1.6 Dolor o escozor durante la micción
    - 3.3.1.7 Urgencia para la micción
    - 3.3.1.8 Incapacidad para la micción
  - 3.3.2 Medidas para reducir la incontinencia
    - 3.3.2.1 Se aconseja establecer un horario regular para la micción, esté presente o no, la necesidad de orinar, al inicio será de intervalos cortos y se irá espaciando, esto favorece el control voluntario.
    - 3.3.2.2 Ingerir los líquidos necesarios durante el día, evitarlos antes de dormir.
    - 3.3.2.3 Aumentar la actividad física, para mejorar la circulación sanguínea y favorecer la movilización activa o pasiva.
    - 3.3.2.4 Si el paciente está encamado, facilitarle en todo momento el orinal, para evitar la ansiedad.
    - 3.3.2.5 Cambiar al paciente de ropa de cama con la frecuencia necesaria, a fin de mantenerlo limpio y seco, evitando el riesgo que se formen úlceras por presión.
    - 3.3.2.6 Tener una actitud de comprensión ante el paciente, sin demostrar enojo o molestia al cambiarlo de ropa.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 3.3.2.7 **Eliminación.** Para que el organismo conserve su funcionamiento normal, debe desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como gases y otros elementos no utilizables, formados durante el proceso de la digestión.

### 3.3.3 Factores que modifican la eliminación fecal

Cada persona tiene un patrón único de eliminación fecal. Al valorar la eliminación fecal se debe tener en cuenta los siguientes puntos:

- 3.3.3.1 *Edad.* Los ancianos tienen cambios que puedan afectar la evacuación intestinal; como la atonía de los músculos del colon y abdominales, lo que disminuye la presión que se ejerce durante la evacuación intestinal.
- 3.3.3.2 *Dieta.* Es necesario suficiente fibra en la dieta y comer en horarios regulares.
- 3.3.3.3 *Estilo de vida.* Tener facilidades para ir al baño.
- 3.3.3.4 *Medicamentos.* Los efectos colaterales que pueden interferir en la eliminación normal. Algunos producen diarrea, otros estreñimiento.
- 3.3.3.5 *Patrón de defecación.* Algunas personas defeca una vez al día, otras tres o cuatro veces a la semana.
- 3.3.3.6 *Ejercicio.* La actividad estimula el peristaltismo.
- 3.3.3.7 *Factores de estrés psicológico.* Cuando las personas están ansiosas, tienen miedo o disgusto, la actividad peristáltica puede aumentar y ocasionar diarrea o estreñimiento.

### 3.4 Necesidad de movimiento y mantener buena postura

Es necesario mantener la salud mediante la buena postura y la capacidad de movimiento, conservar la función circulatoria en óptimas condiciones mediante ejercicio y medidas higiénicas, es importante proteger al anciano encamado de riesgo de perder la función musculoesquelética por la falta de movilización.

En el adulto mayor la postura típica es la flexión de la cabeza y el cuello hacia delante, además durante la deambulación la marcha se hace más lenta, se arrastran un poco los pies y la capacidad de equilibrio se reduce.

#### 3.4.1 Valoración: signos de dependencia

##### 3.4.1.1 Cifras de presión arterial y pulso

##### 3.4.1.2 Peso y talla

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 3.4.1.3 Características de la dieta habitual
- 3.4.1.4 Patrones de actividad: ejercicio en casa, en el trabajo y tiempo libre
- 3.4.1.5 Estado frecuente de tensión emocional
- 3.4.1.6 Signos de hipertensión o hipotensión arterial
  
- 3.4.2 Es importante realizar la valoración de la dependencia o independencia de esta necesidad observando:
  - 3.4.2.1 Patrones de actividad ejercicio en casa, en el trabajo y en el tiempo libre.
  - 3.4.2.2 Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura
  - 3.4.2.3 Ejercicios activos y pasivos para mejorar el tono muscular
  - 3.4.2.4 Uso de calzado adecuado
  - 3.4.2.5 Limitaciones en la deambulación
  - 3.4.2.6 Dolor en articulaciones, músculos o huesos
  - 3.4.2.7 Tumefacción, rigidez, contracturas y calambres
  - 3.4.2.8 Defectos óseos, utilización de aparatos

### 3.5 Necesidad de dormir y descansar

El descanso físico y mental son necesidades básicas del ser humano; cada persona necesita cubrir ciertos requerimientos de tiempo y condiciones favorables para satisfacer su necesidad de dormir y descansar, esto es muy importante para tener un funcionamiento óptimo en el organismo. El descanso físico comprende la ausencia de dolor y un ambiente de armonía que favorezca la relajación. El bienestar emocional comprende un estado libre de tensiones, de estrés o ansiedad.

Es importante definir que se entiende por sueño, es un estado de inconciencia del que se puede sacar a una persona por medio de estímulos apropiados que se caracteriza por una mínima actividad física: niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos corporales y disminución de la respuesta a los estímulos externos. El sueño ayuda a recuperar la energía pérdida durante las actividades cotidianas y el trabajo físico y mental del día. La cantidad de sueño necesaria para recuperar la energía pérdida varía con la edad.

- 3.5.1 Se mencionan los factores que afectan el reposo y el sueño:
  - 3.5.1.1 Estimulación excesiva
  - 3.5.1.2 La falta de alimento o la ingestión excesiva
  - 3.5.1.3 El ruido y el dolor



#### 3.5.1.4 El ambiente del hospital, la luz, el ruido, la ingesta de medicamentos por la noche

Cada vez es más común encontrar trastornos del sueño como el insomnio, que es la incapacidad para dormir lo suficiente en cantidad y calidad. Otro ejemplo es la hipersomnía que es tener un sueño excesivo, por más de nueve horas durante la noche, o la parasomnía como el sonambulismo, los terrores nocturnos o la enuresis.

3.5.2 También es importante valorar los signos clínicos de insatisfacción en el descanso:

3.5.2.1 Sensación de fatiga.

3.5.2.2 Irritabilidad, inquietud.

3.5.2.3 Incoordinación muscular, mareos.

3.5.2.4 Desorientación progresiva, alucinaciones.

3.5.2.5 Dolor de cabeza y náuseas.

3.5.2.6 Párpados inflamados, conjuntivas enrojecidas.

3.5.2.7 Periodos de falta de atención.

Una de las actividades que puede fomentar el descanso y sueño es la lectura como se menciona anteriormente, al paciente creyente, la lectura de la Biblia u otro tipo de literatura le ayudará a tranquilizarse y meditar en su vida.

### 3.6 Necesidad de elegir prendas de vestir

La forma de vestirse y de acicalarse son parte importante de la personalidad de un individuo, es un rasgo particular que le hace ser diferente a los demás. Es parte de la cultura en la que vivimos. Deberá animarse a los pacientes a realizar el arreglo personal porque les ayuda a tener un mejor estado de ánimo.

Valorar si existe dificultad para vestirse y desvestirse sobre todo con las personas ancianas o impedidas temporalmente por fracturas u otro tipo de lesiones, se ven impedidas para vestirse y acicalarse y esperan que la enfermera o sus familiares les ayuden a realizar sus actividades.

Se debe valorar la ropa y el calzado que sean adecuados con la temperatura ambiente y las actividades que se realizan. El roce continuo del calzado que oprime ciertas partes del pie producen callosidades o deformaciones en los pies. Para esto se deben usar zapatos del número y hormas adecuados y de material suave para que no produzca lesiones en

los pies. Si ya existen algunas deformidades en las falanges de los pies deben protegerse para que no cause dolor.

- 3.6.1 También se deben valorar los signos de dependencia e independencia como los siguientes:
  - 3.6.1.1 Edad del paciente, peso y estatura.
  - 3.6.1.2 La apariencia personal, ¿está su ropa limpia?
  - 3.6.1.3 ¿Se siente bien con su forma de vestir y de arreglarse?
  - 3.6.1.4 ¿Distingue la relación entre higiene personal y salud?
  - 3.6.1.5 ¿Hábitos que tiene sobre la higiene personal y el vestido?
  - 3.6.1.6 ¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse?
  - 3.6.1.7 ¿Tiene los recursos económicos necesarios para vestir ropa adecuada a la temperatura y a la ocasión?

### 3.7 Necesidad de termorregulación

La temperatura corporal es el grado de calor que mantiene el organismo en un momento dado. Es el equilibrio entre el calor producido por el organismo, como resultado de la oxidación de los alimentos; el calor que recibe del medio ambiente y el calor que pierde en la transpiración, la respiración y la excreción.

- 3.7.1 Existen factores que alteran la temperatura corporal como son:
  - 3.7.1.1 La hora del día
  - 3.7.1.2 Las emociones
  - 3.7.1.3 El ejercicio
  - 3.7.1.4 La ingestión de líquidos fríos o calientes
  - 3.7.1.5 El ambiente
  - 3.7.1.6 La ropa
  - 3.7.1.7 Las enfermedades
- 3.7.2 Durante la valoración se toma en cuenta los datos de dependencia o independencia tales como:
  - 3.7.2.1 Preguntar al paciente, si se protege convenientemente en los cambios de la temperatura ambiente.
  - 3.7.2.2 Si tiene sensibilidad extrema en los cambios de temperatura, al frío y al calor.
  - 3.7.2.3 Que valor le da a la ropa, alimentos en el control de la temperatura.
  - 3.7.2.4 Padece escalofríos, con qué frecuencia.

3.7.2.5 Padece bochornos, con que características y frecuencia.

### 3.8 Necesidad de higiene y protección

La higiene corporal es una forma sencilla de conservar la salud física y proporcionar bienestar. Algunos de los factores que afectan el buen funcionamiento de la piel son:

- 3.8.1.1 Falta de circulación correcta
- 3.8.1.2 Deficiente higiene de la piel y sus anexos
- 3.8.1.3 Exposición prolongada a los rayos solares
- 3.8.1.4 Humedad prolongada de partes del cuerpo
- 3.8.1.5 Falta de movilidad, o cambios de postura
- 3.8.1.6 Disminución de la sensibilidad
- 3.8.1.7 Presencia de secreciones.
  
- 3.8.2 Valoración de signos y síntomas de dependencia e independencia
  - 3.8.2.1 Hábitos higiénicos que quiere mantener
  - 3.8.2.2 Frecuencia de aseo de dientes, manos, baño
  - 3.8.2.3 Uso de algún producto específico crema, colonia, etc.
  - 3.8.2.4 Arreglo personal
  - 3.8.2.5 Revisión de la piel: pigmentación, temperatura, textura y turgencia.
  - 3.8.2.6 Aumento de sensibilidad o dolor
  - 3.8.2.7 Lesiones, cicatrices, manchas, prurito, edema.
  - 3.8.2.8 Mucosa oral, deshidratación
  - 3.8.2.9 Callosidades, descamación
  - 3.8.2.10 Alteraciones de color, sobre todo en partes expuestas
  - 3.8.2.11 Alopecia
  - 3.8.2.12 Uñas anormales

### 3.9 Necesidad de evitar peligros

Los sentidos corporales: ojos, oídos, olfato, gusto y tacto. Son las facultades del ser humano que le permiten comunicarse: estudiar, trabajar, conocer; disfrutar de la música, el arte y la lectura, también nos ayudan a percibir situaciones de peligro y nos permiten modificar a tiempo tales situaciones. Cuando las personas tienen algún sentido disminuido como la vista, ya sea por enfermedad o por la edad, con frecuencia tropiezan o reciben golpes en las paredes o muebles, o pueden caerse por no ver algún objeto o

saliente en el piso. Las personas que no oyen, no escuchan la advertencia de peligro y desgraciadamente no hacen nada para evitarlo. El olfato por ejemplo, advierte entre otras cosas, de las fugas de gas o de los alimentos descompuestos.

Así vistos, los sentidos son nuestros grandes aliados para mantener la vida y la salud, es por esto importante su buen estado. Los individuos con las facultades mentales disminuidas tienen deteriorada su capacidad para protegerse de los peligros ambientales y por lo tanto están más expuestos a accidentes. Un accidente es cualquier suceso que ocurra inesperadamente y sin intención, cuyas consecuencias son negativas para la salud e integridad de la persona que lo sufre.

Por su parte, las enfermedades producen cierto grado de incapacidad y depende de su afección y de su duración, el grado de limitación que sufra el paciente.

- 3.9.1 Factores que afectan la seguridad del paciente:
  - 3.9.1.1 Si los sentidos del cuerpo funcionan normalmente, informan al individuo sobre los peligros que existen en el medio ambiente.
  - 3.9.1.2 La edad de una persona afecta su capacidad para percibir e interpretar los estímulos sensoriales del medio ambiente y para decidir protegerse de los estímulos perjudiciales.
  - 3.9.1.3 Las enfermedades hacen a las personas más vulnerables a accidentes y lesiones.
  - 3.9.1.4 El desconocimiento del ambiente hospitalario requiere de: temperatura y humedad apropiadas, correcta iluminación, ruidos moderados, excelente higiene, orden en la colocación del mobiliario y medidas para evitar catástrofes.
  - 3.9.1.5 Los accidentes más comunes son: caídas, lesiones con objetos cortantes, quemaduras, intoxicaciones e infecciones.
  - 3.9.1.6 Los accidentes pueden ocurrir en: la vía pública, en el hogar (cocina y baño).
- 3.9.2 Valoración de enfermería sobre dependencia de riesgo de accidente:
  - 3.9.2.1 Prácticas que afectan la seguridad personal: hábitos, drogas, alcohol, tabaco y café.
  - 3.9.2.2 Estado de salud de los sentidos: vista, oído, olfato, gusto y tacto.

- 3.9.2.3 Estado de la marcha y equilibrio, estado mental, cansancio, agotamiento; estado de orientación en tiempo y espacio.
- 3.9.2.4 Practicas de salud: manejo de estrés/ansiedad.
- 3.9.2.5 Peligros para la seguridad: pisos, escaleras y aislamiento.
- 3.9.2.6 Entorno físico del hogar: presencia de peligros ambientales.

### 3.10 Necesidad de comunicación

Es indispensable que se ayude al paciente a evitar barreras de la comunicación, con una actitud que le inspire confianza para comunicar sus temores, necesidades y opiniones. Es importante prestar atención individualizada al paciente, a través de la practica de una buena comunicación.

- 3.10.1 Valoración de acuerdo a su dependencia o independencia:
  - 3.10.1.1 Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos.
  - 3.10.1.2 Cómo son sus relaciones con la familia y con otras personas.
  - 3.10.1.3 Utilización de mecanismos de defensa (negación, evasión, proyección y racionalización).
  - 3.10.1.4 Limitaciones físicas que interfieran en su comunicación.
  - 3.10.1.5 Nivel de conciencia y de orientación.
  - 3.10.1.6 Frecuencia de contactos sociales y verificar si son satisfactorios.
  - 3.10.1.7 Facilitador de la relación: confianza, disponibilidad y empatía.

### 3.11 Necesidad de creencias y valores

El hombre, reconoce la necesidad de creer en un ser superior. Sin embargo para que las relaciones del hombre con Dios sean satisfactorias, necesita el hombre conocer quién es Dios, qué ha hecho por el hombre, qué quiere del hombre, cómo el hombre puede llegar a conocerlo y cómo puede crecer en una fe sincera.

Podemos definir "valor como aquello que conviene a la persona humana".<sup>18</sup> Los valores morales, pueden existir en un ser libre y en actos voluntarios. Estos son universales, se justifican a si mismos y son independientes de otros valores, tienen precedencia sobre los demás e implican obligación, un ejemplo de ellos son: el amor, la verdad, la justicia, la lealtad, la amistad, la honestidad y la libertad entre otros.

<sup>18</sup> García González, María de Jesús; "El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson, propuesta para orientar la enseñanza y la practica de Enfermería"; ed. Progreso; 1 a.ed; 1997; p. 282.

En esta necesidad también podemos incluir las necesidades del paciente terminal, la enfermera necesita una preparación humana profesional sólida, para poder ayudar en estos momentos al paciente anciano y a la familia. Cuando el curso de la enfermedad hace prever un desenlace fatal; a la enfermera le queda mucho por hacer, para ayudarlo a tener una muerte digna y pacífica; además de las necesidades bio-físicas que son comunes en otros pacientes terminales experimentan una intensa necesidad de seguridad y confianza en la competencia del personal que lo cuida. El anciano espera se le hable acerca de su enfermedad en forma comprensible y creíble.

La enfermera debe ser paciente y comprender la situación por la que está pasando su paciente y los familiares. Ella necesita conocer las etapas o fases por las que el enfermo terminal pasa según Elizabeth Kubler Ross.

La primera etapa es la *negación*.- La primera reacción tras la noticia de una enfermedad grave, es la negación "No lo puedo creer", "no puede ser verdad". "No es tan serio como dicen". La negación no sólo se maneja al principio de la enfermedad sino a lo largo de toda ella. El paciente puede interrogar acerca de su recuperación de su salud. Se considera que el paciente en esta etapa no está preparado para reconocer la gravedad de su enfermedad.

La segunda etapa es la *cólera, ira, rebeldía*.- El enfermo culpa a la familia, al personal médico y de enfermería, a sí mismo y a Dios. Se muestra agresivo, rebelde y difícil. Se enfada por cualquier motivo. En ocasiones también los familiares muestran enojo y hostilidad debido a que también la familia atraviesa por un duelo. La enfermera debe reconocer que no es nada personal y tratará de ser tolerante.

La tercera etapa es de *pacto, sumisión o regateo*.- El paciente dice: "haré todo lo que me pida, doctor", es la fase de las promesas de ser mejor, de cambiar de vida, de dejar vicios. De las promesas a Dios. Durante toda la enfermedad, el anciano necesita de apoyo espiritual, pero principalmente en esta etapa pues él busca la ayuda y protección de Dios. La enfermera preguntará acerca de si le gustaría hablar con el pastor, ministro o sacerdote.

La cuarta etapa es la *depresión, desánimo y pena*.- Cuando el paciente comprueba que su negación, su cólera o sus pactos no le quitan la enfermedad, cae en depresión, se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

aísla, no desea hablar con nadie, se niega a comer y deja de luchar. Afronta plenamente la realidad y comprende que va a morir, sintiendo un gran pesar porque está a punto de perder todas aquellas cosas y personas queridas, no debe dejarse solo al paciente anciano.

La quinta etapa es la de *aceptación, resignación y paz*.- El paciente puede aceptar la enfermedad crónica degenerativa o aún la muerte con serenidad y paz. Se siente cansado y débil y como en los primeros años de su vida, necesita una persona que lo acompañe y cuide. En esta etapa los familiares requieren de más apoyo por parte de la enfermera.

### 3.12 Necesidad de trabajo y realización

Trabajar es una necesidad básica del ser humano, es una forma de autoexpresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora. El trabajo, puede ser algo gratificante, emocionante y factor de desarrollo personal, esto quiere decir que la persona tiene una inclinación o gusto hacia esa actividad o por el contrario una tarea que se debe cumplir.

Dentro de esta necesidad se apoya al paciente a iniciar el proceso necesario de un cambio de trabajo o actividad, cuando sea necesario con el propósito de mejorar su salud como consecuencia de sufrir una enfermedad. La autorrealización según Maslow: "Es el logro y expresión plenos y completos de las capacidades de la persona"<sup>19</sup>.

- 3.12.1 Valoración de la dependencia o independencia
- 3.12.1.1 Historia laboral, tipo de trabajo, duración.
- 3.12.1.2 El trabajo le provoca satisfacción o conflicto.
- 3.12.1.3 Presencia de enfermedad y qué tipo de problemas le ha traído.
- 3.12.1.4 Autoconcepto negativo/positivo de sí mismo.
- 3.12.1.5 Capacidad para decidir y para resolver problemas.
- 3.12.1.6 Su sueldo le permite cubrir sus necesidades básicas.

Se sugiere si la enfermedad ha dejado discapacidades, animar al paciente para que siga un entrenamiento adecuado y pueda desarrollar al máximo las capacidades que aún conserva. Se le llamará - al terapeuta físico, al psicólogo, a la trabajadora social - al equipo profesional indicado para su rehabilitación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3.13 Necesidad de recreación

El testimonio de algunos pacientes que han sufrido enfermedades que requieren un tratamiento largo con duración de semanas, meses o años refieren que, el aprendizaje de actividades manuales y su elaboración, les ayudó mucho a olvidar su enfermedad, les dio más ánimo para continuar con su tratamiento, y deseos de luchar por recuperar su salud. Por esto es importante empezar una terapia ocupacional o recreativa a los pacientes oportunamente; con el propósito de aprovechar el periodo para aprender habilidades manuales que puedan servir como actividades recreativas, y como ejercicio mental y físico.

- 3.13.1 Terapia recreativa:
  - 3.13.1.1 Juegos de mesa: dominó, damas chinas, lotería, serpientes y escaleras, oca, turista mundial, ajedrez, memorama, etc.
  - 3.13.1.2 Escuchar música instrumental o de la época del paciente, cantar o bailar.
  - 3.13.1.3 Gimnasia, aerobics, yoga.
  - 3.13.1.4 Visitas a museos, ferias, espectáculos, alamedas.
  - 3.13.1.5 Excursiones: balnearios, sierra, mar.
  - 3.13.1.6 Funciones: teatro, conferencias, conciertos, ballet.
- 3.13.2 Valoración de la dependencia o independencía
  - 3.13.2.1 Intereses, pasatiempos y actividades recreativas.
  - 3.13.2.2 ¿Cuándo fue la última vez que participó en actividades de este tipo?
  - 3.13.2.3 El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción u otra sensación.
  - 3.13.2.4 ¿Tiene recursos para dedicarse a cosas que le interesen?
  - 3.13.2.5 ¿En la distribución de su tiempo, hay algún lugar para la recreación?

### 3.14 Necesidad de aprendizaje

Aprender es una necesidad para el ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de su comportamiento o la adquisición de nuevos comportamientos con el objetivo de mantener o recobrar la salud.

La enfermera desempeña un papel importante en la enseñanza del cuidado de la salud y le ayuda a identificar al paciente las necesidades de aprendizaje. La educación para la salud y la enseñanza del paciente son cada vez más importantes, pues se toma

---

<sup>19</sup> op.cit García González María de Jesús; p. 296.



conciencia de que el concepto de "cuidado propio" o "autocuidado" es de primordial importancia para la sociedad actual.

El ser humano debe adaptarse continuamente a los cambios del entorno, adoptando las medidas adecuadas para mantenerse en salud. El autoconocimiento es esencial para el individuo con el fin de llegar a analizar sus hábitos de vida y verificar si toma las medidas adecuadas para mantener la salud, el anciano necesita aprender los medios mas eficaces para conseguirlo. Cuando ha adquirido los conocimientos, las actitudes y habilidades para mantener la salud, el paciente experimenta un sentimiento de seguridad, siendo así capaz de luchar contra la enfermedad, el estrés y la ansiedad de la vida cotidiana.

Factores que influyen en la satisfacción de la necesidad:

3.14.1 Factores biológicos

3.14.1.1 Edad: el anciano tiene más problemas de memoria, sin embargo tiene las capacidades para aprender.

3.14.1.2 Capacidad física: según la condición física (condición de órganos de los sentidos, facultades intelectuales).

3.14.2 Factores psicológicos

3.14.1 Motivación

3.14.2 Emociones: Las emociones y los sentimientos como la ansiedad pueden acelerar el proceso de aprendizaje; sin embargo un elevado nivel de ansiedad impide la concentración y disminuye la habilidad para aprender.

3.14.3 Factores sociales

A Entorno: adecuado con luz, temperatura adecuada, sin peligro y tranquilo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

---

ESCALAS DE VALORACION GERIATRICA

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 4. ESCALAS DE VALORACION GERIATRICA

##### **Valoración de la capacidad funcional**

Aquí se incluyen los aspectos medibles de las actividades de la vida diaria (AVD) básicas, esta se centra en las capacidades requeridas para cubrir las necesidades personales habituales, como comer, pasar desde la cama o desde la silla a la sedestación o a la bipedestación, bañarse, vestirse (actividades que una persona debe ser capaz de realizar sin ayuda, de forma que no sea necesaria la presencia de constante de una enfermera o cuidador); y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) avanzadas. Estas se centran en las capacidades necesarias para vivir con independencia en la comunidad, incluyendo aspectos como cocinar, hacer las compras, usar el teléfono y controlar la economía.

##### **Valoración funcional del anciano**

El estado funcional del anciano es más importante que el diagnóstico de enfermedad. Se llega a una situación de incapacidad funcional y dependencia por múltiples caminos o, lo que es lo mismo. Por muy distintos diagnósticos médicos en el anciano. Se asocian también factores extramédicos, de tal forma que las capacidades e incapacidades del anciano deben ser evaluadas en un contexto físico, interpersonal y ambiental. Para muchos ancianos, las limitaciones funcionales significan un problema mucho mayor que la enfermedad.

##### **1.- Capacidad de autonomía**

- 1.1 Actividades básicas:
- 1.2 Lavarse, vestirse, arreglo personal, uso del sanitario, movilidad dentro y fuera del hogar.
- 1.3 Capacidad de alimentarse y cubrir sus necesidades nutricionales.
- 1.4 Capacidad de cuidar la casa y de realizar tareas domésticas.
- 1.5 Capacidad de reaccionar en caso de enfermedad y de tomar adecuadamente los medicamentos.
- 1.6 Capacidad de manejar su dinero.
- 1.7 Capacidad de comunicarse con otras personas.
- 1.8 Capacidad de usar transporte público.

## 2. Contexto interpersonal

- 2.1 Naturaleza y calidad de las relaciones sociales.
- 2.2 Evidencia del abuso o negligencia por parte de familiares o de otras personas.
- 2.3 Accesibilidad a servicios sociales y de apoyo.
- 2.4 Capacidad de la familia de reconocer y responder a las necesidades del anciano.

## 3. Contexto ambiental

- 3.1 Condiciones de seguridad de la vivienda.
- 3.2 Accesibilidad a transporte público.
- 3.3 Accesibilidad a tiendas, hospitales y otros servicios.

### 4.1 Índice de Katz

Desde el punto de vista de su capacidad física y mental para realizar las actividades normales de la vida diaria en el hogar, hay ancianos que no necesitan ayuda, otros la necesitan en parte y otros son incapaces de vivir sin el apoyo de los demás. Recordemos que en la vida de una persona anciana influyen y se interrelacionan factores físicos, psicológicos, ambientales y sociales.

En los años 50 el National Center for Health Statistics expuso la necesidad de elaborar una clasificación de incapacidad para las actividades de la vida diaria y como resultado surgió el *Índice de dependencia en actividades de la Vida Diaria* de Katz. Los grados en el índice reflejaban niveles de incapacidad, resumiendo cada grado el perfil del anciano de acuerdo con su nivel de incapacidad en seis funciones básicas: lavarse, vestirse, ir al baño, desplazarse, continencia y comer.

Para realizar todas estas escalas de valoración es imprescindible observar al anciano con paciencia, atención, respeto, observar como reacciona ante los problemas diarios, debemos conocer el medio en el que se desenvuelve, observar las relaciones intrafamiliares que le traen y le llevan, le protegen. Es importante anotar lo que el paciente hace, no lo que puede hacer, la información debe ser veraz y no supuesta. La escala de Lawton y Brody (o Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) añade items

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

referentes al uso del teléfono y del manejo del dinero, ir de compras, hacer labores del hogar, tomar la medicación y usar transporte público.

INDICE DE KATZ	
A	Independiente en la comida, continencia, desplazarse, ir al servicio, vestirse y lavarse.
B	Independiente en todo menos en una de estas funciones.
C	Independiente en todo menos en lavarse y en alguna otra función.
D	Independiente en todo menos en lavarse y vestirse y en alguna otra función.
E	Independiente en todo menos en lavarse, vestirse, ir al servicio, y en alguna otra función.
F	Independiente en todo menos en lavarse, vestirse, ir al servicio, desplazarse y en alguna otra función.
G	Dependiente en las seis funciones.
H	Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F. <sup>20</sup>

*Independencia* significa actuar sin supervisión, con dirección o asistencia personal activa, excepto cuando se especifique así en las normas de la escala. La evaluación se basa en lo que realmente hace el anciano, no en su capacidad para hacerlo.

**Lavarse** (Con esponja, ducha o bañera)

*Independiente:* Requiere asistencia únicamente para ciertas partes del cuerpo (la espalda o una extremidad invalida) o se lava sin ninguna ayuda.

*Dependiente:* Recibe asistencia para lavarse más de una parte del cuerpo; recibe ayuda para entrar o salir de la bañera, o no puede lavarse.

**Vestirse**

*Independiente:* Toma la ropa y trajes de los armarios y cajones, se viste con la ropa y los trajes, y se pone los complementos o adornos externos; se abrocha (se excluye la acción de atarse los zapatos).

*Dependiente:* no puede vestirse o lo hace en parte.

<sup>20</sup> KANE, Roberto L y cols; Geriatria clínica; 3a.ed. Ed McGraw-Hill Interamericana; México 1997.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Ir al servicio (baño)**

*Independiente:* Va al baño; se sienta y se levanta del retrete, se limpia los órganos excretores (puede utilizar por sí mismo el cómodo o el orinal por la noche y puede usar, o no, ayuda mecánica).

*Dependiente:* usa habitualmente el cómodo o el orinal o recibe asistencia para ir al servicio y utilizarlo.

**Continencia**

*Independiente:* Controla totalmente la micción y la defecación.

*Dependiente:* Tiene incontinencia parcial o total de la micción o la defecación; necesita un control parcial o total a base de enemas, sondas o el uso reglado de orinales o pañales.

**Desplazarse**

*Independiente:* Entra y sale de la cama sin ayuda, y se sienta y se levanta de una silla sin ayuda (puede o no utilizar ayudas mecánicas)

*Dependiente:* Necesita asistencia para entrar o salir de la cama o para levantarse y sentarse en una silla; o no realiza alguno de estos actos.

**Comer**

*Independiente:* Lleva la comida del plato o su equivalente a la boca. (se excluye de la evaluación cortarle la carne y prepararle la comida; por ejemplo, ponerle mantequilla al pan.)

*Dependiente:* Necesita asistencia para comer; no come o recibe alimentación parenteral.

Esta naturaleza jerárquica de los ítems permite ordenar a los pacientes, comparar a los individuos o grupos y detectar cambios a través del tiempo.

La escala de Katz se puede puntuar de dos formas. La primera, considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores de la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc., de independencia. Si no nos atenemos al índice de Katz y comparamos ambas puntuaciones, veremos que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

GRADOS	Lavarse	Vestirse	Servicio	desplazar se	continencia	Comer	Puntos
A	0	0	0	0	0	0	0
B	Depende	ncia en	una	función			1
C	1	y depen	dencia	en una	función		2
D	1	1	y depen	dencia	en una	Función	3
E	1	1	1	y dependen	cia en una	Función	4
F	1	1	1	1	y dependen	cia en una f.	5
G	1	1	1	1	1	1	6

0 = Lo hace sin ayuda.

1 = Necesita ayuda o no lo hace.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

Grados A-B o 0-1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

Grados C-D o 2-3 puntos = incapacidad moderada.

Grados E-G o 4-6 puntos = incapacidad severa.

#### 4.2 Escala de Lawton

La escala de Lawton-Brody es una escala sencilla de manejar que describe las actividades instrumentales de la vida diaria y consta de los siguientes ítems:

A	Capacidad de usar el teléfono	Puntos
	Usa el teléfono por propia iniciativa - marca los números, etc.	1
	Sabe marcar únicamente números muy conocidos	2
	Contesta el teléfono, pero no marca	3
	No usa el teléfono	4

B	Compra	Puntos
	Se hace cargo de la compra de forma independiente	1
	Compra de forma independiente sólo pequeños encargos.	2
	Necesita que le acompañen para cualquier compra	3
	Incapaz de salir a comprar	4

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

C	<i>Cocina</i>	Puntos
	Planifica, prepara y sirve perfectamente la comida	1
	Prepara bien las comidas si se le dan los ingredientes	2
	Calienta y sirve comida ya preparada o prepara comidas, pero no mantiene una dieta adecuada	3
	Necesita que le preparen y le sirvan las comidas	4

D	<i>Cuidado de la casa</i>	Puntos
	Hace todo sin ayuda o con ayuda ocasional (ej. trabajos pesados)	1
	Realiza tareas ligeras tales como fregar la vajilla o hacer la cama	2
	Realiza tareas ligeras, pero no mantiene la casa en un aceptable nivel de limpieza	3
	Necesita ayuda en todas las tareas domésticas	4
	No participa en el mantenimiento de la casa	5

E	<i>Lavado de ropa</i>	Puntos
	Lo hace personalmente y de forma independiente	1
	Lava sólo pequeñas piezas de ropa (aclara las medias, calcetines, etc.)	2
	Tienen que lavarle la ropa otras personas	3

F	<i>Transporte</i>	Puntos
	Usa de forma independiente el transporte público o conduce su coche	1
	Se arregla pidiendo un taxi, pero no utiliza el transporte público	2
	Usa el transporte público si alguien le ayuda o le acompaña	3
	Su transporte se limita a que le lleven en taxi o en coche de otra persona	4
	No utiliza ningún transporte	5

G	<i>Capacidad de manejar la medicación</i>	Puntos
	Se responsabiliza de tomar la medicación en las dosis correctas y a su tiempo	1
	Se responsabiliza de la medicación si se lo preparan antes en dosis separadas	2

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



	No es capaz de manejar su propia medicación	3
--	---	---

H	Capacidad de manejar dinero	Puntos
	Maneja sus asuntos económicos de forma independiente (presupuestos, firma de cheques, renta, recibos, ir al banco) lleva las cuentas.	1
	Maneja los gastos de cada día, pero necesita ayuda para ir al banco y para asuntos mas complicados.	2
	Incapaz de manejar dinero.	3

La puntuación total posible es de 8 a 31 puntos (más de 20 puntos necesita mucha ayuda).

Comentarios:

- 1º Las tareas domésticas son habitualmente realizadas por las mujeres pero en nuestros días vemos que muchos hombres de edad (viudos, separados o cuidadores de la esposa enferma) desarrollan estas tareas, por lo que no parece lógico que se destine esta escala de actividades instrumentales de la vida diaria sólo a mujeres.
- 2º Hay que tener en cuenta que muchas de las tareas domésticas no son permitidas o posibles en los hospitales y en las residencias para ancianos, lo cual impide el manejo de esta escala en estos centros.
- 3º La motivación en el cumplimiento de una actividad es un factor muy importante: a veces no se realiza la actividad por desganado, depresión o simplemente por falta de hábito.
- 4º También hay que observar el rendimiento en actividades de cumplimiento habitual y no las posibles habilidades, aunque ésta es una cuestión polémica: muchas veces anotamos lo que el anciano podría hacer y no lo que realiza de manera habitual. En este caso debemos mencionar si hemos decidido una u otra cosa.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 4.3. Evaluación mínima del estado mental (Folstein)

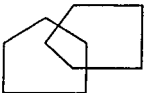
La evaluación del estado mental, es también obligada, para todos los pacientes geriátricos y en el caso de sospecha de depresión, debe prestarse especial atención al examen mental del paciente y tener en mente la posibilidad de una demencia incipiente, pues es sabido que en las etapas tempranas de la demencia el paciente puede presentar sintomatología depresiva.

Examen mínimo del estado mental. Cada respuesta correcta vale 1 punto y en total son 30 puntos.

#### PUNTAJE

<b>Orientación en el tiempo</b> (no inducir las respuestas)	¿Qué fecha es hoy?	1
	¿Qué día de la semana es hoy?	1
	¿En qué mes estamos?	1
	¿En qué estación del año estamos?	1
	¿En qué año estamos?	1
<b>Orientación en el espacio</b>	¿Dónde estamos?	1
	¿En qué piso estamos?	1
	¿En qué ciudad estamos?	1
	¿En qué estado estamos?	1
	¿En qué país estamos?	1
<b>Registro</b> (enuncie tres palabras claras y lentamente a un ritmo de una por segundo. Solicite al paciente que las repita)	Pelota	1
	Bandera	1
	Arbol	1
<b>Atención y cálculo</b> (haga deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia delante (ODNUM) cada letra en el orden correcto vale a 1 punto, o bien pida al paciente que realice restas consecutivas de 7 unidades comenzando des de 100, 93, 86, 79, 72, 65. Deténgase después de 5 restas. Cada resta equivale a 1 punto).	Deletrear MUNDO al revés	5
	O bien ¿Cuánto es 100 - 7? Hacer 5 restas y 1 punto por cada resta correcta.	(5)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>Evocación</b> (pregunte al paciente si puede recordar las tres palabras que antes repitió)	Nombrar las tres palabras que antes repitió	3
<b>LENGUAJE</b>		
<b>Nominación</b> (sólo un intento vale 1 punto para ítem)	¿Qué es esto? (mostrar un lápiz)	1
<b>Repetición</b> (solo un intento vale un punto)	¿Qué es esto? (mostrar un reloj) Dígame a su paciente la siguiente frase "yo no voy si tu no llegas temprano"	1
<b>Orden de tres comandos</b> (cada parte ejecutada vale 1 punto)	Dele a su paciente un papel y dígame "tome este papel con la mano izquierda, dóblelo a la mitad y colóquelo en piso".	3
<b>Lectura</b> (otorgue 1 punto si el paciente cierra los ojos)	Muestre la hoja que dice: "cierre los ojos" y dígame: "haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta".	1
<b>Escritura</b> (no dicte la oración esta debe ser espontánea. Debe de tener un sujeto y un verbo. No es necesario que la puntuación y la gramática estén correctas).	Dele a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase	1
<b>Copia</b> (para estar correcta deben estar presentes todos los ángulos, los lados y las intersecciones, no tomar en cuenta el temblor, líneas no rectas. La distribución de las figuras deben ser igual al original)	Dele a su paciente una hoja y pídale que copie la figura.  	1

Total

30 puntos

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

#### 4.4 Valoración de marcha y balance ( Tinetti)

La evaluación de Tinetti para el equilibrio y la marcha, es una prueba específica que resulta útil para evaluar a los pacientes que representan limitaciones ortopédicas o neurológicas. Consiste en valorar cinco aspectos que son: levantarse, estar de pie, caminar, girar y sentarse. Estas son primordiales durante la exploración física.

##### Balance

1. Balance sentado	Se va de lado o resbala = 0 ó está firme y seguro = 1
2. Levantarse	Es incapaz sin ayuda = 0, Capaz pero usa los brazos = 1 Es capaz sin usar brazos = 2
3. Intentar levantarse	Incapaz sin ayuda = 0 Es capaz en más de un intento = 1 Es capaz a la primera = 2
4. Balance inmediato al levantarse (5 segundos).	Inestable (vacila, mueve los pies) = 0 Estable pero con apoyo físico (andadera, bastón)= 1 Estable sin ningún apoyo = 2
5. Balance de pie	Inestable = 0 Estable pero con amplia base de sustentación (mayor de 10 cm. Usa bastón o andadera) = 1 Apoyo físico, y estable con base normal de sustentación = 2
6. Empujón (el sujeto con los pies juntos, el examinado empuja con la palma de la mano sobre el esternón tres veces)	El sujeto comienza a caer = 0 Se tambalea pero se recupera = 1 Está firme = 2
7. Ojos cerrados (misma posición)	Inestable = 0 Estable = 1
8. Giro de 360 grados	Pasos irregulares = 0      Inestable = 0 Pasos uniformes = 1      Estable = 1
9. Al sentarse	Inseguro (juza mal la distancia, se deja caer en la silla) = 0 Usa los brazos o está inseguro = 1 Seguro, baja con suavidad = 2

Puntuación /16

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### Marcha

Instrucciones: El sujeto se pone de pie frente al examinador, camina a lo largo del corredor o atraviesa el cuarto, primero a "su paso", de regreso "rápido" pero con precaución (usando su apoyo habitual).

10. Inicio de la marcha (inmediatamente después de decir sale)	Duda o intenta "arrancar" más de una vez = 0 No titubea = 1
11. Longitud y elevación del paso	<u>Balance del pie derecho:</u> No rebasa al pie izquierdo = 0 El pie derecho no deja el piso = 0 Rebasa al pie izquierdo = 1 El pie derecho deja el piso = 1 <u>Balance del pie izquierdo:</u> No rebasa el pie derecho = 0 El pie izquierdo no deja el piso = 0 No rebasa el pie derecho = 1 El pie izquierdo deja el piso = 1
12. Simetría en los pasos entre el izquierdo y derecho.	Desigual = 0 Uniforme = 1
13. Continuidad de los pasos	Discontinuos = 0 Parecen continuos = 1
14. Rumbo	Marcada desviación = 0 Desviación leve/moderada o se apoya = 1 Derecho sin auxilio = 2
15. Tronco	Balanceo marcado o usa apoyo físico = 0 No hay balanceo pero flexiona rodillas o dorso, o Separa los brazos = 1 Derecho sin auxilio = 2
16. Base de sustentación	Talones separados = 1 Talones que se tocan al caminar = 0

Puntuación de marcha 12  
Puntuación total 28

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 4.5 Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

La evaluación del paciente con depresión, identifica y cuantifica los síntomas depresivos, ofrece ciertas desventajas en la vejez, pues los efectos del aislamiento y la poca interacción familiar, hace que dichos síntomas no sean percibidos; o bien que la familia pudiera considerar estos síntomas como propios del envejecimiento. Con un total de 30 puntos.

Elija la mejor respuesta acerca de cómo se sintió usted la semana pasada.

1.	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida ?*	Si	No
2.	¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	Si	No
3.	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4.	¿Se aburre con frecuencia?	Si	No
5.	¿Se siente esperanzado respecto al futuro?*	Si	No
6.	¿Le preocupan pensamientos que no puede quitarse de la cabeza?	Si	No
7.	¿Se encuentra animado la mayor parte del tiempo?*	Si	No
8.	¿Teme usted que le vaya a pasar algo malo?	Si	No
9.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?*	Si	No
10.	¿Se siente desamparado con frecuencia?	Si	No
11.	¿Se siente intranquilo y nervioso con frecuencia?	Si	No
12.	¿Prefiere permanecer en su casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?	Si	No
13.	¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	Si	No
14.	¿Cree usted que tiene mas problemas de memoria que las demás personas?	Si	No
15.	¿Cree que es maravilloso estar vivo?*	Si	No
16.	¿Se siente con frecuencia triste y deprimido?	Si	No
17.	¿Piensa con frecuencia que su vida no tiene sentido?	Si	No
18.	¿Se preocupa mucho por el pasado?	Si	No
19.	¿Encuentra que la vida es muy interesante?*	Si	No
20.	¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos?	Si	No
21.	¿Se siente lleno de energía?*	Si	No
22.	¿Piensa que su situación es desesperada?	Si	No
23.	¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?	Si	No
24.	¿Se enfada con frecuencia por pequeñas cosas?	Si	No
25.	¿Siente con frecuencia ganas de llorar?	Si	No
26.	¿Le resulta difícil concentrarse?	Si	No
27.	¿Se siente feliz al levantarse por la mañana?*	Si	No
28.	¿Prefiere evitar los contactos sociales?	Si	No
29.	¿Le resulta fácil tomar decisiones?*	Si	No
30.	¿Conserva la mente tan clara como antes?*	Si	No

\*Respuestas apropiadas (no indicadoras de depresión) = si; todas las demás =no.  
puntuación: Número de respuestas "deprimidas".

Los puntos que ha establecido la GDS son:  
 0 - 10 no depresión  
 11-14 depresión leve  
 15-20 depresión moderada  
 21-30 depresión severa.

#### 4.6 Valoración de riesgo a úlceras por presión

Descripción	Puntaje
<u>Condición física:</u>	
Buena	4
Regular	3
Pobre	2
Muy mala	1
<u>Condición mental:</u>	
Alerta	4
Apático	3
Confuso	2
Estuporoso	1
<u>Actividad:</u>	
Ambulatorio	4
Camina con ayuda	3
En silla de ruedas	2
Acostado	1
<u>Movilidad:</u>	
Completa	4
Ligera limitación	3
Muy limitado	2
Inmóvil	1
<u>Incontinencia:</u>	
Ninguna	4
Ocasional	3
Usual/orina	2
Doble/heces y orina	1

Puntaje: menos de 14 puntos es igual a riesgo inminente de ulceración.

*Más de 14 puntos no hay riesgo de ulceración.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

---

TIPOS DE ENVEJECIMIENTO

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## 5. TIPOS DE ENVEJECIMIENTO

### 5.1 Envejecimiento biológico

La edad biológica corresponde a etapas en el proceso de envejecimiento biológico. Este es diferencial, es decir, de órganos y funciones, es multiforme pues se produce en varios niveles: molecular, celular, tisular y orgánico, y es a la vez estructural y funcional. Para Birren y Cunningham el envejecimiento biológico se relaciona con los cambios físicos y con frecuencia se concibe como el punto en el cual los individuos "agotan" su potencial biológico.

### 5.2 Envejecimiento cronológico

Es la manera más simple de considerar la vejez, contar con el tiempo transcurrido desde el nacimiento. La edad cronológica sirve, cuando más, como marcador de una edad "objetiva" no es una edad, sino el "cómo se vive" lo que contribuye a la causalidad del proceso.

### 5.3 Envejecimiento social

Comprende los papeles que se supone han de desempeñarse en la sociedad. El ciclo dependencia/independencia afecta a muchos individuos de edad avanzada, esto quiere decir que la edad social de una persona se puede definir por las diferentes funciones sociales que suma.

### 5.4 Envejecimiento funcional

Este es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales y constituye probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento.

### 5.5 Envejecimiento psíquico

El envejecimiento psicosocial puede describirse como el resultado de la falta de uso de las habilidades adquiridas anteriormente; la consecuencia del desgaste aleatorio; un cambio en la capacidad de adaptación por variables ambientales, la pérdida de recursos internos y externos; el resultado de influencias genéticas sobre la duración de la vida, que puede provocar cambios en las características psicosociales individuales, y/o la consecuencia de la elección realizada por el individuo.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Gutiérrez Robledo Luis Miguel artículo: Concepción holística del envejecimiento; Antología para la unidad temática, salud del anciano; México UNAM 2001.

---

CAMBIOS EN EL ENVEJECIMIENTO

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 6. CAMBIOS EN EL ENVEJECIMIENTO

### 6.1 Cambios en el tejido epitelial.

Con el envejecimiento se producen varios cambios en la piel y sus apéndices (pelo y uñas), la aparición de cabello gris y arrugas son cambios muy conocidos por todos.

La piel: Las arrugas están originadas por la pérdida de grasa subcutánea y agua en las capas de la epidermis, así como por los años de exposición al sol, existen menos fibras elásticas. En la persona mayor las glándulas sebáceas producen menos grasa, de modo que es posible que la piel se encuentre seca y escamosa y presente picores.

Las uñas: Las uñas de un anciano son gruesas y se parten con facilidad; el estado de las uñas y de los pies del anciano puede servir de ayuda para indicar si esa persona es capaz de vivir sola y ocuparse de sus necesidades higiénicas personales.

Cambios benignos: Las personas mayores desarrollan una zonas marrones y pigmentadas en el dorso de las manos, brazos y cara que reciben el nombre de "*lentigo senil*".

### 6.2 Cambios neurológicos

El cerebro tiene una gran capacidad de reserva. Sin embargo, en las personas mayores, disminuye su tamaño y peso, así como el número de neuronas en funcionamiento, la transmisión nerviosa es más lenta. Se reduce la velocidad de conducción nerviosa y se produce una respuesta retardada.

### 6.3 Cambios sensoriales

Al principio de la madurez se manifiestan algunos cambios sensoriales, estos son progresivos y tienen tendencia a provocar una limitación de la actividad, todos los órganos sensoriales muestran algún grado de alteración de sus funciones; disminuirá la sensación al dolor y, debido a su pobre localización, será más difícil evaluarlo también, se reduce o retrasa la respuesta inflamatoria, produciendo un estímulo al dolor más bajo.

Sensación táctil: Es posible que se necesite un contacto más firme para obtener respuesta, ya que en el anciano puede disminuir el sentido del tacto.

La sensación de equilibrio: En los ancianos es precaria sobre todo cuando intentan apresurarse, pues la coordinación muscular necesaria para producir los movimientos requiere un mayor tiempo de elaboración que en los jóvenes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cambios visuales: A partir de los 30 años comienza a disminuir la capacidad visual y avanza con el envejecimiento, de manera que casi todas las personas con edades comprendidas entre los 45 y 50 años sufren presbiopía o incapacidad de cambiar la forma del cristalino para adaptarse a la visión de cerca, haciéndose necesario el uso de gafas para leer letras pequeñas, con la edad disminuye la pupila, se hace necesaria una luz más potente para permitir la visión, disminuye la discriminación de los colores; a medida que disminuye la visión, se altera la percepción de la profundidad, es necesario por esto utilizar algún método para determinar dónde empiezan y terminan los peldaños de la escalera y dónde se encuentra el borde de cada uno de ellos. Se necesita más tiempo para enfocar los objetos que están cerca, el no poder hacerlo rápidamente, ni poder adaptarse bien a los cambios de la luz a la sombra, contribuye a que se produzcan accidentes cuando un anciano pasa de una zona iluminada a otra oscura. Otro de los cambios que acompañan a la vejez es el *arcus senilis* o acumulación de sustancia lipídica en el borde exterior de la córnea que muestra como un círculo grisáceo o blanco en esa zona. Las glándulas lacrimales producen menos lágrimas, dando como resultado una córnea seca e irritada que puede verse aliviada utilizando gotas para los ojos.

Cambios en la audición: La pérdida progresiva de la audición y discriminación de los sonidos que se producen con la edad, está acompañada de la pérdida de los tonos altos. El acumulo de cerumen compacto es también común en los ancianos y puede llevar a suponer que la persona tiene pérdida de la audición. En el anciano también aumenta la dificultad para distinguir los sonidos, sobre todo las consonantes s, f, t y g. Además disminuirá la resolución y el umbral tímbricos, de modo que la audición dificultosa de los ancianos obedece a que tienen deteriorada la capacidad de filtrar las palabras cuando existe un ruido de fondo que interfiere.

Papilas gustativas: Algunos creen que el número de papilas gustativas disminuye con la edad, pero eso no ha llegado a demostrarse, el sentido del gusto parece disminuir.

Nervios olfativos: En los ancianos los nervios olfativos tienen menos células en funcionamiento, ya que el olor de los alimentos estimulan la salivación y el hambre, su disminución contribuirá con frecuencia a menor apetito; y también un menor sentido del olfato conducirá a no poder oler el peligro en el entorno, como ejemplo, advertir escapes de gas, llaves de la cocina que no están completamente cerradas y alimentos en mal estado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 6.4 Cambios en el sistema musculoesquelético

Con los años hay una pérdida gradual de fuerza y resistencia muscular porque se atrofian las células musculares y se produce pérdida de masa muscular magra, pérdida de fibras elásticas que llevan a la reducción de la flexibilidad y a un incremento de la rigidez; las personas que siguen físicamente activas muestran menos rigidez y atrofia muscular. Una pobre salud dental o la falta de todos los dientes dificulta la masticación y la deglución.

La osteoporosis es una manifestación frecuente de anomalía ósea y es más habitual y temprana en las mujeres. En los ancianos se produce una pérdida de espesor de las vértebras, los huesos largos y los pélvicos, esto aumenta la posibilidad de producirse fracturas o deformidades del esqueleto como xifosis y escoliosis, junto con fuertes dolores de espalda o presión en los nervios espinales.

#### 6.5 Cambios cardiovasculares

Al igual que sucede con otros músculos, el cardíaco incrementa con los años la cantidad de colágeno y grasa, en la vejez se destina un mayor porcentaje del gasto cardíaco al cerebro y arterias coronarias, de manera que, cuando hay una mayor demanda de sangre, los músculos esqueléticos y las vísceras reciben un aporte inadecuado. Además los aparatos valvulares del corazón sufre importantes cambios consistentes como acumulación de lípidos, degeneración del colágeno y calcificación y como resultado se vuelven más rígidas y pueden hacer peligrar la función cardíaca.

El sistema vascular de los ancianos presenta habitualmente cierto grado de aterosclerosis que afecta la aorta, arterias coronarias y arterias carótidas, estos cambios reducen la distensibilidad y elasticidad de las arterias grandes y limitan hasta alcanzar el grado patológico. Un corazón envejecido también tiene problemas de arritmias, que reducirá la cantidad de flujo sanguíneo disponible para los tejidos y causará mayores problemas cardíacos o cerebrales. Se ha demostrado que la hipertensión es una anomalía importante entre la población mayor. La cardiopatía isquémica, congestión cardíaca, arritmias o angina de pecho, es el estado patológico cardíaco que se produce con mayor frecuencia en personas mayores de 60 años.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 6.6 Cambios respiratorios

Los cambios en el sistema respiratorio son los siguientes: disminuye la capacidad de reserva, a menudo la respiración se vuelve lenta y poco profunda; la pérdida de elasticidad altera el funcionamiento del tejido pulmonar del anciano. Los cambios óseos en el tórax y vértebras reducen un poco más la capacidad que tienen los pulmones de dilatarse. Durante el proceso de envejecimiento existe una mayor parte de aire muerto en el árbol respiratorio, de modo que, aunque aumente el ritmo respiratorio por necesidad, disminuye la ventilación/difusión, produciendo menor intercambio de gas. También disminuye la cantidad de aire que se pueda exhalar a la fuerza, porque con el envejecimiento se reduce la capacidad vital pulmonar. La reducción en la fuerza para respirar o toser corresponde con una gradual disminución en la estructura muscular respiratoria y en su función; en los alvéolos y capilares disminuye el intercambio de oxígeno/dióxido de carbono.

### 6.7 Cambios gastrointestinales

Con el paso de los años las glándulas salivales segregan menos ptilina y amilasa, la saliva se hace más alcalina y la estructura ósea de la boca se empieza a encoger, la peristalsis desde el esófago al colon es un proceso lento, el estómago y el intestino se vacían lentamente y esto provoca una sensación de saciedad. También existe una leve disminución en la cantidad de enzimas pancreáticas y se reduce más la digestión y la absorción de nutrientes; la bilis tiende a ser más espesa y la vesícula biliar se vacía lentamente. De este modo la digestión se convierte en un proceso más lento pero sigue siendo adecuada.

### 6.8 Cambios genitourinarios

Después de la menopausia y la consecuente disminución de los niveles de estrógeno en las mujeres hay cambios en el tejido mamario que dan lugar a menos tejido glandular, reducción en la elasticidad y más tejido conectivo y grasa; estos cambios conduce a una caída del tejido mamario, pero puede que no llegue a cambiar el tamaño de las glándulas mamarias ya que la grasa reemplaza el tejido glandular. Después de la menopausia, el útero se hace más pequeño y en personas mayores alcanza la mitad del tamaño que un útero joven, también disminuye el tamaño de las trompas de falopio que reduce la motilidad debido al descenso de los niveles de estrógeno; la vulva y los genitales externos se encogen con la vejez a causa de la pérdida de la grasa subcutánea.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Disminuye el número de nefronas pero, también se produce un cambio degenerativo gradual en las restantes nefronas, así como también la pérdida del 25 - 40% de su volumen entre la tercera y novena década de la vida, pérdida de peso predominando en la corteza en relación con la médula, aumento progresivo de la grasa peri e intrarenal, disminución de glomerulos funcionales, reducción del tamaño de los glomerulos entre otros cambios. La corriente sanguínea renal disminuye de forma gradual - al rededor de un 6 % cada diez años a partir de los 30 años- y esto se va acompañando de una reducción proporcional de la filtración glomerular. Hacia los 70 u 80 años el indice de filtración es aproximadamente la mitad del que existia a los 30 años.

Como consecuencia de la menor filtración, se produce una reducción en el aclaramiento de las sustancias que normalmente se excretan en la orina, algunas son: El nitrógeno ureico, la creatinina y el ácido úrico, existe menos filtración glomerular; las células tubulares disminuyen su capacidad de reabsorción y secreción selectiva, lo cual puede llevar a la pérdida de agua y electrolitos.

Los uréteres y la vejiga tienden a perder algo del tono muscular, perdiendo esta última el suficiente tono como para producir un vaciado incompleto, aumentando el riesgo de retención y cistitis; disminuye la capacidad de la vejiga y los riñones ya no concentran bien la orina y la nicturia suelen ser frecuentes; debido a la relajación de los músculos pélvicos muchas mujeres multiparas experimentan incontinencia.

Los hombre experimentan una frecuencia mayor de micciones debido a la hipertrofia prostática y a la menor capacidad de la vejiga.

### 6.9 Cambios en el sistema inmunológico

Además de sufrir un retraso en la respuesta inmune a las infecciones, los ancianos tienen una respuesta lenta e inadecuada a la infección, de modo que existe un auténtico riesgo de que se desarrollen neumonia o colecistitis. Al alterarse la respuesta inflamatoria se modifica también los síntomas, presentándose poca o nada de fiebre, menos sensación de dolor y leucocitosis mínima.<sup>22</sup>

<sup>22</sup> Camevali, Doris L.; Tratado de Geriatria y Gerontologia, 2a ed. Ed. Interamerica McGraw-Hill; México 1988.



### **6.10 Cambios cognitivos/psicosociales**

Algunas de las causas que provocan los cambios psicosociales son los cambios de percepción y de conducta se deben a alteraciones fisiológicas características del proceso de envejecimiento como, un menor suministro de oxígeno a las células provocado por el estrechamiento aterosclerótico de los vasos sanguíneos. Otros investigadores afirman que los cambios en el comportamiento son consecuencia de no poder hacer frente a múltiples pérdidas sufridas como resultado de este proceso. Esta etapa se considera compleja y variable, debe tratarse con una perspectiva multidisciplinaria, esta ayuda a incorporar la influencia de los factores fisiológicos, sociales, emocionales y ambientales, esto ayuda a centrarse en el carácter único de cada persona individual.

La posición social, las creencias religiosas y las diferencias culturales, económicas, educativas e intelectuales influyen en la adaptación psicosocial. Una de las funciones más importantes de cualquier organismo es que pueda interactuar tanto con su medio interno como externo. La interacción eficaz con el medio depende, en gran medida, de la capacidad de recibir una información precisa a través de los receptores sensoriales situados en los extremos nerviosos específicos que se hallan en los ojos, oídos, piel y los músculos.

### **6.11 Tiempo de reacción**

Con la vejez se responde más lentamente a estímulos sensoriales; se procesa la información, es decir, se comprende el contenido de la misma, se integra lo comprendido en la mente de la persona, se toma una decisión sobre la misma, se envían señales que activan los músculos y, por último, se ejecutan las acciones para producir una respuesta en el sistema sensorial; sin embargo en algún punto de esta cadena de acontecimientos la acción psicomotora se ve afectada por algún tipo de debilidad y como se trabaja con ancianos es importante aceptar su ritmo más pausado y ayudarles a comprender la necesidad de proceder a este ritmo para evitar daños físicos y el impacto psicológico que supone sentirse incapaces. El tiempo de reacción se retarda con la edad, observar como a medida que se envejece, varía más la velocidad con que actúan unos individuos y otros. El tiempo de reacción no sólo se ve afectado por el estímulo, sino por las interrelaciones de la percepción, la memoria, el movimiento y la elección. Otros factores que influyen en el tiempo de reacción son la motivación, la familiaridad con la tarea, la cantidad de estimulación ajena que distraiga del estímulo primario y el grado de bienestar que siente la persona con su entorno.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



### 6.12 Capacidad de acción

Una de las características más destacadas del envejecimiento es la lentitud de acción, este rasgo no se limita a la población mayor de 65 años ya que se manifiesta muy pronto y se acentúa con los años. La disminución de la acción obedece a varias causas: implica que el hecho de los procesos sensoriales son cada vez menos eficaces; pues se procesan los estímulos con menos eficacia, produciendo un tiempo de respuesta más lento. Y no sólo se ve afectado el tiempo de procesamiento, sino también la eficacia y, por último la precisión. La información procesada que se recibe del entorno es cada vez más pobre en calidad e intensidad. Es por esto que cuando el anciano afronta tareas complicadas tiende a trabajar despacio y con cuidado. Apresurar a un anciano provoca frustración y la consiguiente ineficacia en la acción que realice. "Los procesos sensoriales, cognitivo, motor, conceptual y afectivo se hallan todos unidos en cualquier acto que se produzca".<sup>23</sup>

La percepción es la forma que tiene el receptor de entender, experimentar a través de los sentidos y comprender la comunicación verbal y no verbal así como otros estímulos del entorno. Cada persona recibe información del entorno basada en un marco único de referencias determinadas por experiencias culturales, religiosas y sociales. Se debe estar alerta de las reacciones de miedo, duda, escepticismo o daño que indiquen falta de exactitud perceptual en el anciano, porque el temor y la preocupación son emociones que dificultan la forma de actuar, alterando la percepción y concentración del momento.

### 6.13 Agudeza sensorial

Los aspectos cognitivos como el pensamiento, la inteligencia, la capacidad de resolver problemas, la comunicación y, hasta cierto grado, la imagen que el individuo tiene de sí mismo, se hallan influidos por la calidad de la agudeza sensorial, y posteriores acciones que se basen en una reserva de información incompleta están destinadas a fracasar o a tener resultados por debajo de un nivel óptimo de productividad.

---

<sup>23</sup> Mildred O. Hogstel; "Nursing Care of the older adult": Enfermería geriátrica, cuidados de personas ancianas; Ed. Paraninfos; España; 1998; p.120



### 6.14 Inteligencia

La inteligencia es la capacidad de "comunicar, comprender y cuidar de uno mismo" ó " la capacidad que tiene la persona de adquirir y utilizar información con el propósito de alcanzar alguna meta apropiada".<sup>24</sup> Una dificultad que se plantea a la hora de medir la inteligencia es que la "parte de la vida" que se observa no caracterice el comportamiento habitual de la persona. Esta disminución se encuentra en los elementos que miden la velocidad de acción, en la capacidad de resolver problemas y en la capacidad organizativa.

### 6.15 Cambios de función social

Durante las últimas etapas de la vida es difícil que el anciano experimente una sensación de resolución. A menudo se producen una serie de sucesos durante esa fase evolutiva que lo impiden por ejemplo, la jubilación. Esto puede generar un alto grado de estrés. Además la pérdida de amigos o cónyuge por fallecimiento puede cambiar significativamente la posición del anciano ante la sociedad. La viudez puede entrañar depresión, dependencia, dificultades económicas y cambios en las relaciones con los hijos casados y amigos. Otro acontecimiento frecuente en la vida de los ancianos será el cambio de lugar de residencia, que afectará significativamente el reajuste psicosocial. Se fomenta una sensación de aislamiento, debido a que cada vez dispone de menos oportunidades para tomar decisiones y para elegir la persona y el modo en que se cuida de ellos, tienden a sentirse apáticas e inútiles porque raras veces se solicita su ayuda.

### 6.16 Estrés

El estrés afecta a la calidad de la interacción de un individuo con el medio, dañando la capacidad que tiene la persona para percibir los estímulos correctamente y responder de forma adecuada. Los niveles altos de estrés tienden a dificultar la visión clara de todos los aspectos de una situación. Un nivel excesivo de estrés puede acelerar el proceso de envejecimiento porque " conduce a una enfermedad física que se manifiesta o interactúa con el envejecimiento incrementando la degeneración".<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Idem; p.121

<sup>25</sup> op.cit.; Mildred O. Houstel p.118

El estrés se produce a consecuencia de demandas, internas o externas, localizadas en el individuo, y que abruma o exceden los recursos disponibles. A menudo, el origen del estrés que se observa en el anciano se relaciona con cambios rápidos que requieren una reacción inmediata, cambios en el estilo de vida.

Entre las conductas que obedecen al estrés en el anciano se incluyen descoordinación, errores que van en aumento, se sugiere el estrés como un factor clave que causa problemas con el alcohol y con el abuso de drogas entre los mayores. También la soledad, el aislamiento y los sentimientos producidos por la pérdida de capacidades, de personas y de objetos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



PATOLOGIAS

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 7. PATOLOGIAS

### 7.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMICA

La hipertensión arterial, es un problema frecuente de salud que afecta al bienestar de las personas ancianas. En la mayoría de la población la presión arterial aumenta con la edad.

El comité de expertos de la OMS en hipertensión arterial definió la presión sistólica como igual o superior a 160 mmHg y/o la presión diastólica como igual o superior a 95 mmHg, observada en tres mediciones tomada en dos ocasiones distintas.

Se sabe bien que la hipertensión arterial se asocia frecuentemente con otros factores de riesgo cardiovasculares y con alteraciones metabólicas como son: la obesidad, la hipercolesterolemia, y la hipertrigliceridemia entre otras. Esto se observa desde las fases tempranas de la hipertensión arterial, incluyendo las formas moderadas y se piensa constituyen interacción entre una predisposición genética e impactos ambientales variados.

#### Efectos del envejecimiento sobre la presión arterial

En estudios de manera aleatoria de la población de dos ciudades belgas y la población anciana de Framingham, Massachusetts, se observó que alrededor de los 60 años de edad la presión arterial diastólica sigue aumentando; esto conduce a un aumento de la tensión del pulso arterial observado en los ancianos, que se explica por la menor elasticidad de las arterias y por el ensanchamiento de la aorta. Igual que en las personas más jóvenes, la presión arterial guarda una correlación positiva con el peso corporal y la frecuencia cardiaca, en los ancianos existe también una asociación entre la hipertensión y la diabetes mellitus, que es independiente de la obesidad.

### MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

#### Bases físicas de la medición de la presión arterial

La presión arterial se define como la fuerza que soporta cada centímetro cuadrado de la pared arterial ( $\text{presión} = \text{fuerza} / \text{área}$ ), es un fenómeno fisiológico que está determinada primordialmente por el gasto cardiaco y las resistencias vasculares sistémicas ( $\text{PA} = \text{GCXRVS}$ ), en la práctica las presiones se miden en milímetros de mercurio (mmHg) o en centímetros de agua.

Los métodos par la medición de la presión arterial son directos e indirectos, aquí únicamente se describirán los indirectos. Todos estos métodos indirectos usan un aparato que produce oclusión sobre una arteria (brazalete de Riva Rocci) y un equipo para la

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

estimación de la presión arterial (ejemplo. Manómetro de mercurio). El principio estriba en determinar la presión que debe aplicarse a una arteria para hacer desaparecer el pulso más allá de la zona de aplicación de la compresión, esta maniobra fue simplificada, utilizando un manguito alrededor del brazo, el brazal se insufla con una bomba hasta que se produce un efecto de torniquete, lo que impide la circulación de la sangre y ocasiona la desaparición del pulso arterial; la presión del brazalet se mide con un manómetro de mercurio; luego se disminuye gradualmente la presión aplicada y el momento en que reaparece el pulso indica la presión sistólica. Este dispositivo se llama esfigmomanómetro. (del griego *sphygmos*, pulso) .

#### Origen de los ruidos de Korotkoff

El origen de los ruidos de Korotkoff ha sido tema de debate durante varios años; estos ruidos se dividen en 5 fases.

Fase I: Aparición de sonidos tenues, como golpes ligeros: el primer ruido que se escucha señala la presión sistólica.

Fase II: Periodo durante el cual aparece un soplido o sonido con timbre soplante. Entre la fase I y II pueden no auscultarse ruidos, este silencio llega a ser amplio (hasta 40 mmHg), y por lo tanto el observador infraestima la presión sistólica, cuando el agujero auscultatorio decapita la secuencia inicial de los ruidos de Korotkoff, o que las primeras vibraciones de alta frecuencia sean poco audibles.

Fase III: Periodo durante el cual los ruidos son brillantes e intensos.

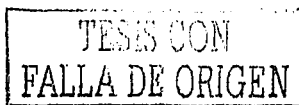
Fase IV: En este momento las manifestaciones acústicas se amortiguan. El mejor indicador para determinar la presión diastólica es cuando los ruidos desaparecen aunque formalmente la recomendación del *American Heart Association* es que se tome la fase V como la determinación de la presión diastólica.

Fase V: Es el periodo durante el cual los ruidos desaparecen.

#### **Recomendaciones para la toma de la presión arterial**

En el sujeto: Colocarlo en posición confortable, de preferencia recostado. Reposo de cuando menos cinco minutos antes de la toma de la PA; determinación de la PA en ambos brazos y en una pierna, si se sospecha coartación aórtica o enfermedad vascular obstructiva de miembros inferiores. Determinar la PA con el paciente acostado y de pie. Colocar la columna de mercurio al mismo nivel de la extremidad estudiada.

Circunstancias: No consumir productos que tengan cafeína en la hora previa a la medición de la PA. No fumar tabaco en los 15 minutos previos a la medición de la PA, el ambiente



que rodee al paciente debe ser confortable y tranquilo; el paciente no debe tener deseos de orinar o defecar antes de la toma de la PA, evitar el uso de estimulantes adrenérgicos exógenos.

En el equipo: Escoger el tamaño adecuado del brazalete; colocar la cámara neumática sobre la arteria. Calibrar frecuentemente los equipos que no utilizan columna de mercurio.

La técnica: Número de lecturas: inicialmente tres, en sesiones separadas. Realización: inflar la cámara neumática rápidamente a una presión de 30 mmHg arriba de la presión sistólica del paciente, reconocida por la desaparición del pulso radial. Desinflar la cámara neumática a una velocidad constante de 2-3 mmHg/seg.

## 7.2 CARDIOPATIA ISQUEMICA

Desde el punto de vista bioquímico, se puede decir que la isquemia miocárdica se inicia en el momento que la cantidad de oxígeno que llega a la miofibrilla es insuficiente para permitir un metabolismo celular aeróbico y este se convierte en anaeróbico.

Los síntomas son: dolor anginoso, signos de reacción adrenérgica (taquicardia, palidez y sudoración fría, además de hipertensión arterial en la etapa aguda). Signos de bajo gasto cardíaco como lipotimia o síncope. Arritmias y trastornos de la conducción son más frecuentes en personas mayores de 50 años.

### Complicaciones de la cardiopatía isquémica

- 1.- Trastornos del ritmo
- 2.- Trastornos de la conducción
- 3.- Muerte súbita
- 4.- Pericarditis
- 5.- Disfunción del músculo papilar
- 6.- Ruptura del músculo papilar
- 7.- Perforación del septum interventricular
- 8.- Ruptura cardíaca

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 7.3 DEPRESION

La depresión es una variante del humor caracterizado por un estado de abatimiento o tristeza, que bien puede ser reactivo a eventos desafortunados y presentarse de manera transitoria, sin ser un estado patológico. La depresión es uno de los tres principales problemas prioritarios durante el envejecimiento; es bien sabido que la depresión no es tan frecuentemente detectable y por lo tanto no tratada. En efecto, se detecte o no la presencia de sintomatología depresiva, tiene un impacto negativo en la calidad de vida de quien la sufre, así como en aspectos relacionados con la morbimortalidad.

La evaluación en términos de sistematización, identificación y cuantificación de los síntomas depresivos, ofrece ciertas dificultades en la vejez, pues los efectos de aislamiento y la poca interacción con la familia, hacen que dichos síntomas no sean percibidos. O bien que la familia y el paciente, pudieran considerar que estos síntomas podrían corresponder a cambios propios del envejecimiento; es importante decir que es importante abarcar la esfera de la afectividad. También es frecuente la presentación de sintomatología cognoscitiva principalmente problemas de atención y memoria.

En esta época de la vida, cuando se presenta mayor número de pérdidas (amistades, cónyuge, trabajo, rol en la familia y en la sociedad) las cuales, antes de su aparición constituían para el paciente fuente de gratificación. Por esto los fenómenos como la jubilación, que se considera en la actualidad como minusvalía, y la consecuente pérdida de roles en el trabajo y en la familia, determinen que en los pacientes se activen mecanismos de adaptación, los cuales cuando no son eficientes, favorecen una pobre autoestima y sentimientos de inferioridad.

En las mujeres, los cambios hormonales que caracterizan a la menopausia (hiperestrogenismo), favorecen la presencia de sintomatología depresiva., y al tener conflictos con los demás, favorecerá el alejamiento y la evitación de los demás, que de mantenerse permanente, conducirán al aislamiento.

### 7.4 SOLEDAD

La soledad es un factor de riesgo que predispone a la enfermedad y a la muerte. La pareja, los familiares y amigos de generación van muriendo o quedan confinados en su hogar. La fuente de afecto disminuye o cambian, las limitaciones económicas, físicas y de transporte reducen la capacidad de desplazamiento y la posibilidad de conservar las

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



relaciones y de hacer nuevos amigos. La soledad es una deficiencia de la necesidad o el deseo de intimidar del ser humano produce sufrimiento personal que se caracteriza por sentimientos de abandono, insatisfacción, angustia y depresión también se puede definir como la sensación de no tener el afecto necesario y deseado. Puede deberse a la ausencia de una persona en particular, falta de intimidad en las relaciones con los demás o porque el tipo de relación no satisface a la persona. Las enfermedades y los sentimientos negativos acerca de la salud aumentan el riesgo de sentirse solo. Existe el elemento tiempo donde el anciano recuerda fechas importantes como aniversarios de bodas, cumpleaños, nacimientos, navidades, jubilaciones donde hay mayor peligro que ocurra la soledad a causa de los recuerdos. La persona que ha sufrido sobrecarga emocional buscará alivio en el aislamiento. Los problemas que acompañan a la soledad son: angustia, depresión y enojo o una combinación de estos.

En Suecia se realizó un estudio de investigación donde se descubrió que las madres solas, en comparación con las que tienen pareja, presentan 70 % más de riesgo de fallecer de manera prematura. De todas las causas de mortalidad, se destaca el alto riesgo de morir por suicidio, violencia o por consecuencia del alcohol. También estas mujeres poseían mucha más probabilidad de experimentar enfermedades síquicas que las que vivían en compañía. Se cree que esto podría deberse al estrés que padecen estas mujeres, por las desventajas de enfrentarse a ciertas situaciones sociales y económicas. Porque tienen que enfrentar solas las exigencias y vicisitudes de la vida. Conclusión a la que llegaron Gunilla Ringback Witoft y su equipo del Centro de Epidemiología de la Oficina Nacional de Salud y Bienestar en Estocolmo.<sup>26</sup> Menciona también los valores de la comunidad como la comunicación, la interrelación social, el compartir los alimentos con las personas que se quieren y se estiman. Necesitamos aprender a cooperar, a negociar, a reconciliarnos, la tolerancia y el respeto con los demás. En conclusión necesitamos desarrollar el arte de la convivencia.

<sup>26</sup> Información tomada de la pág. Internet:  
[http://www.enfoqueonline.com/la-soledadmata\\_laconvivenciasana.htm](http://www.enfoqueonline.com/la-soledadmata_laconvivenciasana.htm) . el día 24 de julio del 2003.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

---

CONDICIONES BIOETICAS

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 8. CONDICIONES BIOÉTICAS

Potter define a la bioética como: "el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de los valores"<sup>27</sup>. También se puede definir como: "El estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de la ciencia de la vida y de la atención a la salud, en cuanto que esa conducta es examinada a la luz, de los valores y de los principios". (Encyclopedia of the Bioethics).

Una de nuestras habilidades humanas máspreciadas es la libertad de elegir en función de los beneficios propios. "El respeto a la autonomía de las personas ingresadas en instituciones de cuidados a largo plazo implica un compromiso para identificar y establecer las condiciones que animen a los individuos a enfrentarse a la adversidad y las amenazas que son el resultado inevitable de la enfermedad y a los deterioros funcionales que llevan a los ancianos a esta situación. Esto significa que los ancianos deben ser tratados como individuos, como personas únicas con historias personales identificables y con una rica carga de experiencias y memorias".<sup>28</sup>

### 8.1 Apoyar la autonomía de los adultos mayores

Los individuos con capacidad intacta para tomar decisiones tienen el derecho de consentir o rechazar cualquier tratamiento médico propuesto.

El modelo personalista pone atención de la fundamentación moral de la persona, se reconoce la dignidad de la persona por su esencia y no solamente por su capacidad de ejercer autonomía.

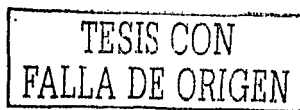
Las consecuencias del análisis personalista se sintetiza en cinco principios:

#### 1. El valor a la corporeidad

La persona recibe en el cuerpo su individualidad y su diferenciación; en y a través del cuerpo, se manifiesta y comunica en la sociedad, en él, las persona encuentra sus límites, como el dolor o la muerte, en los que participa todo el ser.

<sup>27</sup> op.cit: María de Jesús García González; p. 302

<sup>28</sup> op.cit: Walsh, Mary Bunkle; p.586



## **2. El valor fundamental de la vida física**

Aunque la vida física no es toda la persona, es el fundamento de todos los demás valores de la persona, porque todos los demás bienes y valores incluida la libertad, la conciencia y la socialidad, presuponen la existencia física del hombre; por ello al suprimir la vida física se priva de su bien fundamental.

## **3. El principio de libertad y responsabilidad**

El cuerpo es de la persona y ante todo, la persona es responsable de él, toda la ética médica se funda sobre el consentimiento del paciente y la relación de alianza entre el paciente y el médico.

## **4. El principio terapéutico**

Se basa en la unidad total de la persona y propone que es lícito intervenir sobre el cuerpo de una persona (que ha logrado su consentimiento) sólo si existe una justificación terapéutica.

## **5. El principio de socialidad/subsidiaridad**

Implica la necesidad que tiene la persona de sus congéneres para ayudarse mutuamente, reconociendo entre sí la misma dignidad para todos.

Este principio al ser aplicado en el campo médico y en la asistencia sanitaria, conlleva la prestación de más ayuda a quien esté más enfermo, pero a su vez, quien recibe la oportunidad de los servicios de salud que tiene la obligación de ser responsable del bien recibido cuidando de él mismo.<sup>29</sup>

### **8.2 Ley general de Salud**

También es importante mencionar que según el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación en el título segundo en cuanto a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos dice:

<sup>29</sup> Kuthy Porter José; Introducción a la Bioética; 1a.ed. Mendez Editores, S.A.de C.V., México 1995.  
Capítulo 3: Aspectos generales de la relación médico- paciente capítulo escrito por Cortés Gallo Gabriel. p. 32-35.

**Artículo 13.-** "En toda investigación en la que todo ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

**Artículo 14.-** "La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases":

V.- "Contar con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal".

VII.- "Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, ética y la de bioseguridad, ..."30

**Artículo 16.-** "En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice".

**Artículo 17,** categoría II.- La investigación actual se clasifica con riesgo mínimo... se emplea el registro de datos a través de procedimientos comunes ... entre los que se considera: pesar al sujeto, entre otros.<sup>31</sup>

**Artículo 23.-** En caso de investigaciones con riesgo mínimo. La comisión de ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito y, tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.<sup>32</sup>

<sup>30</sup> Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud. Publicado en el diario oficial el 6 de enero de 1987. P. 9

<sup>31</sup> op.cit. Secretaría de Salud. P.10

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

---

DESCRIPCION DEL CASO CLINICO

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 9. DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

### 9.1 Preparación inicial en el Proceso de Enfermería Geriátrica

"Uno de los principales objetivos de esta preparación es establecer una sensación de confianza entre la enfermera y la paciente anciana".<sup>33</sup>

Para facilitar la comunicación entre la enfermera y la paciente, la enfermera se coloca en una posición que permita el mejor contacto visual con la paciente. Sentarse frente a la paciente, permite la comunicación a través de las expresiones y gestos faciales, recibir claramente las preguntas y mensajes verbales y el movimiento de los labios, la enfermera se coloca de forma que reciba la luz en la cara

La enfermera debe prepararse mentalmente para interactuar con la paciente, sin prisa y sin angustia pues de no ser así puede pasar por alto signos sutiles que la paciente le está proporcionando, o puede abrumar a la enferma con más información de la que éste es capaz de asimilar. Es importante que la enfermera hable con claridad y lentitud a efectos de comprender lo que se le está diciendo; hay que dejar tiempo suficiente para que la paciente respondan a las preguntas. Además, debemos eliminar ruidos extraños durante la entrevista.

Para que este conocimiento sea más fácil de apreciar es recomendable que la enfermera reconozca las propias necesidades y trate de satisfacerlas lo más completamente posible, de manera que tenga salud y pueda así ayudar a los demás a lograr esa meta.

### 9.2 DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

#### Datos generales

La señora F.R. A. de 72 años, es viuda y practica la religión católica; es originaria de Tepepan Xochimilco. Hace dos años vivía sola en casa prestada por una de sus hijas actualmente vive en casa prestada por uno de sus hijos, anteriormente trabajaba como comerciante (tienda de su hija) actualmente no trabaja, solo realiza la limpieza de la casa

<sup>32</sup> Idem. P. 12

<sup>33</sup> Walsh, Mary Burke; "Enfermería Gerontológica, cuidados integrales del adulto mayor"; ed. Harcourt Brace de España; 2a.ed; 1998; p. 56.

y sale a la calle a realizar pagos de la casa, lo que ganaba no cubría bien sus necesidades económicas actualmente está en el programa del adulto mayor donde se les proporciona \$630.00 mensuales de despensa y para la compra de sus medicamentos. Las necesidades emocionales no están cubiertas pues por su estado de ánimo y problemas familiares, evita socializar con familia y vecinos; se transporta caminando, en microbus o en taxi.

En los últimos 3 años ha tenido problemas de salud: **cardiopatía isquémica, HTA y hace aproximadamente un mes DM tipo II y depresión.** No recibió inmunizaciones de niña ni de adulta.

Cirugías realizadas: A los 17 años le realizo apendicectomía, a los 30 años le realizaron colecistectomía, histerectomía total abdominal hace 33 años aproximadamente, refiere que en esta cirugía recibió transfusión sanguínea sin saber los niveles de hematocrito y hemoglobina que se obtuvieron antes y después de este evento, anteriormente a esta cirugía se extrajo un mioma; hace 16 años la operaron de catarata en ambos ojos colocándole lentes intraoculares, no ve con el ojo derecho; hace 3 años le extrajeron un quiste en región clavicular derecha y hace 4 años tuvo fractura de tobillo derecho.

### **Valoración de las 14 necesidades según Virginia Henderson en la anciana**

#### **1. Alteraciones en la necesidad de oxigenación**

Refiere ronquido en posición de decúbito dorsal, disnea de esfuerzo y paroxística nocturna, ortopnea de 2 almohadas; edema de M. I. D. ella tiene claudicación intermitente y parestesias.

#### **2. Alteraciones en la necesidad de nutrición e hidratación**

Refiere dificultad para deglutir, alteración del gusto, ha disminuido el apetito, caries dental hace tiempo con pérdida de la dentadura únicamente tiene los 4 incisivos inferiores lo que ocasiona problemas de masticación, presenta en ocasiones dolor intestinal y diarrea, polidipsia, en ocasiones presenta intolerancia alimenticia, acidez estomacal, en los últimos 3 meses ha bajado de peso 5 kg. Actualmente pesa 74.500 grs. y mide aproximadamente 1.57 mts.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Recibió su último reconocimiento odontológico. Dice cepillarse los dientes y darse masaje en las encías 3 veces al día posterior a las comidas, sin embargo no es adecuada la técnica de cepillado que utiliza.

### **3. Alteraciones en la necesidad de eliminación**

La orina es de características normales en cantidad regular, presenta nicturia. Las heces fecales son de consistencia normal, olor fuerte, tiene antecedentes de litiasis renal hace 12 años. En ocasiones presenta diarrea que se relaciona con estrés.

Tuvo 5 embarazos ningún aborto, inicia menarca a los 17 años y menopausia a los 35 años.

### **4. Alteraciones en la necesidad de movimiento y postura**

Presenta articulaciones dolorosas de pies principalmente el derecho y brazo izquierdo, rigidez articular(edema) que se acentúa con el frío; calambres, temblores y debilidad muscular en MID, dolor ardoroso en espalda, problemas de deambulación, refiere que diariamente realiza ejercicios pasivos y hace un año sufrió caída en la escalera.

### **5. Alteraciones en la necesidad de descanso y sueño**

Presenta dolor de cabeza, mareo, dolor por aumento de sensibilidad en el cuello e insomnio. Las condiciones que impiden el sueño son internas.

### **6. Alteraciones en la necesidad de usar prendas de vestir adecuadas**

Tiene la capacidad para vestirse y desvestirse, hasta el momento no existe ningún impedimento para lavar o planchar su ropa.

### **7. Alteraciones en la necesidad de termoregulación**

Se expone al sol y al frío sin problemas y puede seleccionar adecuadamente la ropa dependiendo del clima.

### **8. Alteraciones en la necesidad de higiene y protección**

Tiene cambios en la pigmentación de la piel, en la textura, cambios en los nevos, y se observa hematomas frecuentes (con duración de 1 semana aproximadamente). Se observa a la Señora limpia igual que su casa.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 9. Alteraciones en la necesidad de evitar peligros

El suelo de su casa presenta desniveles, carece de iluminación en escaleras y en la habitación, disminución auditiva del oído derecho y visual (no ve con el ojo derecho).

La paciente es hipertensa con tratamiento y mal apego terapéutico; por lo que tiene alto riesgo a caídas por claudicación, mareos, tipo de suelo y carencia de luz en calle. Además que la paciente sale sólo a la calle a realizar los pagos de la casa y tiene que cruzar avenidas muy transitadas por camiones y por microbuses principalmente. No sale de noche.

### 10. Alteraciones en la necesidad de comunicación

Se observa la paciente ansiosa, deprimida, con fácil llanto, nerviosa, miedosa a los problemas y para tomar decisiones tiene dificultades, además para concentrarse, tiene estrés o tensión emocional, cambios en la voz y refiere problemas de memoria. La paciente refiere haber tenido un intento de suicidio al año de la muerte de su esposo con medicamentos, llevándola al hospital y realizaron lavado gástrico. Presenta sentimientos de impotencia y de tristeza.

Ojos: Refiere prurito en ambos ojos, presenta inflamación de párpados, ve partículas flotantes, diplopia, visión borrosa, fotofobia, usa lentes y el ojo derecho no ve y no ha sido revisada ni llevada al oculista.

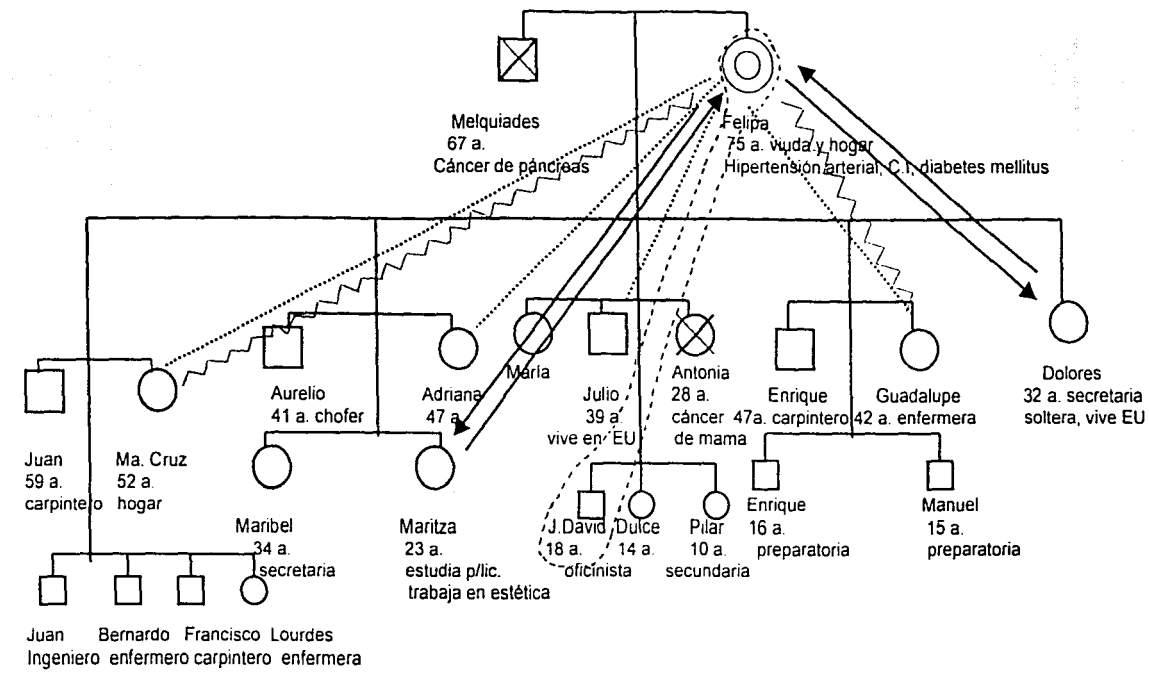
Oídos: Vértigo y cambios en la audición del oído izquierdo.

El tipo de comunicación verbal es buena, sin embargo la paciente llega muy fácil al llanto, expresa sus emociones.

Historia personal: paciente de 75 años de edad, se caso con el Señor Melquiades el cual murió hace 13 años de cáncer de páncreas a la edad de 67 años, tuvieron 5 hijos, 3 mujeres y 2 hombres. Ma. de la Cruz de 52 años, casada con 4 hijos (3 hombres y 1 mujer), Adriana de 47 años con dos hijas, Julio de 39 años, viudo y con 3 hijos (2 mujeres y 1 hombre), que se encuentra residiendo en Estados Unidos como migrante, Guadalupe de 42 años, enfermera tiene 2 hijos varones; con estos 4 hijos tiene relaciones débiles y estresantes y con la última hija, Dolores de 32 años, secretaria hace dos años se fue a residir a Estados Unidos también como migrante, no ha regresado a visitar a su familia únicamente mantienen comunicación por teléfono con su mamá, cabe destacar que la paciente mantenía una dependencia emocional hacia esta hija. También con una nieta de 23 años mantiene relaciones estrechas donde se ven cada fin de semana para convivir. Concluyendo que es una familia disfuncional.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# MAPA FAMILIAR



- ..... Relaciones distantes
- ↔ Relaciones fuertes
- Mujer
- ◻ Hombre
- ⚡ Relaciones pobres o conflictivas
- ⊗ ⊠ Fallecimiento

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

61-A

Puede relacionarse con los vecinos un poco e intenta ayudarles. Tal vez la limitante para una comunicación de calidad es que vive sola, evita el contacto social y no la visitan, sufre de soledad. Le preocupa no tener la presión arterial baja.

### 11. Alteraciones en la necesidad de vivir según sus creencias y valores

Practica la religión católica, Dios tiene importancia para ella, le resulta útil leer la Biblia y orar. Las enfermedades afectan su fe positivamente pues se fortalece. Dice que Dios está con ella todo el tiempo. Cuando necesita ayuda sale a la calle, le ayuda mucho recurrir a Dios cuando tiene miedo. No tiene esperanza en nada ni en nadie, tiene temor a morir sola, refiere que le gustaría morir dormida para no sufrir. El sentimiento acerca de la muerte es válido y aceptado pues piensa que es la voluntad de Dios.<sup>34</sup>

### 12. Alteraciones en la necesidad de trabajo y realización

Tiene problemas para realizar trabajo pues tiene problemas neuromusculares y en los órganos de los sentidos. Únicamente realiza los pagos de la casa como del teléfono.

### 13. Alteraciones en la necesidad de jugar o participar en actividades recreativas

La paciente no puede trasladarse a recibir actividades debido a sus problemas de salud y a la limitación de los sentidos (no ve con el ojo derecho) únicamente sale a la calle a asolearse y hacer mandados. Ella en su casa teje carpetas, borda servilletas y lee la Biblia.

<sup>34</sup> Sociedad Bíblica Internacional; "Santa Biblia"; Nueva versión Internacional; Ed. Vida; impreso en EE UU 1999; p. 571.

Cristo ha sufrido y ha muerto por nosotros, es de manera natural evitar el sufrimiento, el sentir el dolor humano o el dolor que puede ocasionar el sufrimiento, sin embargo Dios permite el sufrimiento para quitar nuestra independencia y arraigo hacia las cosas materiales y olvidamos lo espiritual; también tiene el propósito de trabajar en el orgullo, así como también, para voltear a verlo, para ver lo fragil y vulnerables que podemos ser los seres humanos muy a pesar de lo que podemos pensar de nosotros mismos y de los avances de la ciencia pues si el hombre ha podido viajar a la luna al planeta Marte bien no ha podido descubrir lo que hay dentro de él mismo, un gran vacío y una gran soledad pues no se ha podido conquistar a sí mismo, necesitamos aprender a ser humildes, pacientes para ver nuestra gran necesidad de salvación. Si necesitamos llorar.... por qué no hacerlo, si Jesús "también se estreñeció en espíritu y se conmovió", dice la Biblia que "Jesús lloró"

#### 14. Alteraciones en la necesidad de aprendizaje

Tiene capacidad de atención, acepta aprender el manejo de sus medicamentos y los cuidados en sí misma. Refiere interés por recibir educación para su salud, sin embargo no toma sus medicamentos como es indicado.

### 9.3 CLINIMETRÍA

#### RESULTADOS DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA

##### Índice de Katz.

##### Evaluación de Actividades de la Vida Diaria

		2001	2003	Base
1	Baño: esponja, regadera o tina	1	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ No recibe asistencia, (puede entrar y salir de la tina por sí misma).</li> <li>➤ Recibe asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (espalda o pierna).</li> <li>➤ Recibe asistencia durante el baño en más de una parte.</li> </ul>
2	Vestido: que pueda tomar del closet o de los cajones ropa interior, vestido y que se pueda abrochar.	1	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Que pueda tomar las prendas de vestir completamente y sin asistencia.</li> <li>➤ Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos.</li> <li>➤ Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.</li> </ul>
3	Ir al baño: ir al baño, limpiarse y arreglarse su ropa.	1	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sin ninguna asistencia ( puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda manejar por sí mismo el pañal o cómodo vaciándolo el mismo).</li> <li>➤ Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y arreglar su ropa o en el uso del pañal o cómodo.</li> <li>➤ Que no vaya al baño.</li> </ul>
4	Transferencia	1	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando algún objeto de soporte).</li> <li>➤ Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia.</li> <li>➤ Que no pueda salir de la cama.</li> </ul>
5	Continencia	0	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Control total de esfínteres.</li> <li>➤ Que tenga accidentes ocasionales.</li> <li>➤ Necesita ayuda para la supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o incontinente.</li> </ul>
6	Alimentación	1	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Que se alimente por sí sólo sin asistencia alguna.</li> <li>➤ Que se alimente sólo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla.</li> <li>➤ Que reciba asistencia en alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.</li> </ul>

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

**Calificación:**

- 1.- Independencia en alimentación, continencia, transferencia, ir al baño vestirse y bañarse.
- 2.- Independencia en todas las funciones menos en una.
- 3.- Independiente en todo menos en bañarse y otra función adicional.
- 4.- Independencia en todo menos en bañarse, vestirse y otra función adicional.
- 5.- Dependencia en el baño, vestido, ir al baño y otra función adicional.
- 6.- Dependencia en el baño, vestido, ir al baño, transferencia y otra función adicional.
- 7.- Dependencia total en las seis funciones.
- 8.- Dependencia en dos funciones pero que no clasifican en c, d, e, f.

**Resultados**

En la primera valoración realizada en marzo del 2001 la paciente es independiente en todas las funciones de AVD menos en una: la continencia. Total de puntos = 5

En la valoración realizada en julio del 2003 se observa independiente en las seis funciones.

**Escala de Lawton.****Actividades instrumentales de la vida diaria**

	2001	2003	Base	Opciones
A Capacidad para usar el teléfono	1	1	1 1 1 0	1. Lo opera por iniciativa propia, marca sin problemas. 2. Marca sólo unos cuantos números bien conocidos. 3. Contesta el teléfono pero no llama. 4. No usa el teléfono
B Compras	1	1	1 0 0 0	1. Vigila sus necesidades independientemente. 2. Hace independientemente pequeñas compras. 3. Necesita compañía para cualquier compra. 4. Incapaz de cualquier compra.
C Cocina	1	1	1 0 0 0	1. Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente. 2. Prepara los alimentos, sólo si le proveen lo necesario. 3. Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada. 4. Necesita que le preparen los alimentos.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

D	Cuidado del hogar	1	1	1 1 1 1 0	1. Mantiene la casa sólo o con la ayuda mínima. 2. Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente. 3. Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia. 4. Necesita ayuda en todas las actividades 5. No participa.
E	Lavandería	1	1	1 1 0	1. Se ocupa de sus ropas independientemente. 2. Lava sólo pequeñas cosas. 3. Todo se lo tienen que lavar.
F	Transporte	1	1	1 1 1 0 0	1. Se transporta sólo. 2. Se transporta sólo, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos. 3. Viaja en transporte colectivo acompañado. 4. Viaja en taxi o en auto y acompañado. 5. No sale.
G	Medicación	1	1	1 0 0	1. Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas. 2. Se hace responsable sólo si le preparan por adelantado. 3. Es incapaz de hacerse cargo.
H	Finanzas	1	1	1 0 0	1. Maneja sus asuntos independientemente. 2. Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras. 3. Es incapaz de manejar el dinero.

### Resultados

Tanto en la primera como en la segunda valoración realizadas con dos años de diferencia la paciente obtuvo 8 puntos por lo que se encuentra independiente en las AIVD (escala de Lawton).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Valoración de marcha y balance (Tinetti)**

BALANCE	2001	2003	Base
Balance sentado	1	1	Se va de lado o resbala = 0 ó está firme y seguro = 1
Levantarse	1	1	Es incapaz sin ayuda = 0, Capaz pero usa los brazos = 1 Es capaz sin usar brazos = 2
Intentar levantarse	2	2	Incapaz sin ayuda = 0 Es capaz en más de un intento = 1 Es capaz a la primera = 2
Balance inmediato al levantarse (5 segundos).	1	1	Inestable (vacila, mueve los pies) = 0 Estable pero con apoyo físico (andadera, bastón) = 1 Estable sin ningún apoyo = 2
Balance de pie	1	1	Inestable = 0 Estable pero con amplia base de sustentación (mayor de 10 cm. Usa bastón o andadera) = 1 Apoyo físico, y estable con base normal de sustentación = 2
Empujón (el sujeto con los pies juntos, el examinado empuja con la palma de la mano sobre el esternón tres veces)	2	2	El sujeto comienza a caer = 0 Se tambalea pero se recupera = 1 Está firme = 2
Ojos cerrados (misma posición)	1	1	Inestable = 0 Estable = 1
Giro de 360 grados	2	2	Pasos irregulares = 0      Inestable = 0 Pasos uniformes = 1      Estable = 1
Al sentarse	1	1	Inseguro (juza mal la distancia, se deja caer en la silla) = 0 Usa los brazos o está inseguro = 1 Seguro, baja con suavidad = 2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



<b>MARCHA</b>			
Inicio de la marcha (inmediatamente después de decir sale).	1	1	Duda o intenta "arrancar" más de una vez = 0 No titubea = 1
Longitud y elevación del paso	2	2	<u>Balance del pie derecho:</u> No rebasa al pie izquierdo = 0 El pie derecho no deja el piso = 0 Rebasa al pie izquierdo = 1 El pie derecho deja el piso = 1
	2	2	<u>Balance del pie izquierdo:</u> No rebasa el pie derecho = 0 El pie izquierdo no deja el piso = 0 Rebasa el pie derecho = 1 El pie izquierdo deja el piso = 1
Simetría en los pasos entre el izquierdo y derecho.	1	1	Desigual = 0 Uniforme = 1
Continuidad de los pasos	1	1	Discontinuos = 0 Parecen continuos = 1
Rumbo	2	2	Marcada desviación = 0 Desviación leve/moderada o se apoya = 1 Derecho sin auxilio = 2
Tronco	1	1	Balanceo marcado o usa apoyo físico = 0 No hay balanceo pero flexiona rodillas o dorso, o separa los brazos = 1 Derecho sin auxilio = 2
Base de sustentación	1	1	Talones separados = 1 Talones que se tocan al caminar = 0

Puntuación de marcha 12  
Puntuación de balance 16  
Puntuación total 28

### Resultados

En la valoración de hace dos años y la reciente reúnen cada una 24 puntos tiene en marcha tiene 11/12 puntos y en balance tiene 12/16 con alteración al levantarse de la silla utiliza las manos; utiliza bastón; al sentarse utiliza los brazos; y al caminar del tronco separa los brazos.

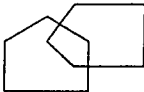
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### Evaluación mínima del estado mental (Folstein)

Cada respuesta correcta vale 1 punto y en total son 30 puntos.

		2001	2003	Base
Orientación en el tiempo (no inducir las respuestas)	¿Qué fecha es hoy?	1	0	1
	¿Qué día de la semana es hoy?	1	1	1
	¿En qué mes estamos?	1	1	1
	¿En qué estación del año estamos?	0	0	1
	¿En qué año estamos?	1	0	1
Orientación en el espacio (no inducir las respuestas)	¿Dónde estamos?	1	1	1
	¿En qué piso estamos?	1	1	1
	¿En qué ciudad estamos?	1	1	1
	¿En qué estado estamos?	0	0	1
	¿En qué país estamos?	1	1	1
Registro (enuncie tres palabras claras y lentamente a un ritmo de una por segundo. Solicite al paciente que las repita)	Pelota	1	1	1
	Bandera	1	1	1
	Arbol	1	1	1
Atención y cálculo (haga deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia delante (ODNUM) cada letra en el orden correcto vale a 1 punto, o bien pida al paciente que realice restas consecutivas de 7 unidades comenzando des de 100, 93, 86, 79, 72, 65. Deténgase después de 5 restas. Cada resta equivale a 1 punto.)	Deletrear MUNDO al revés		2	5
	O bien ¿Cuánto es 100 - 7? Hacer 5 restas y 1 punto por cada resta correcta.	4	1	(5)
Evocación (pregunte al paciente si puede recordar las tres palabras que antes repitió)	Nombrar las tres palabras que antes repitió	1	2	3
<b>LENGUAJE</b>				
Nominación (sólo un intento vale 1 punto para ítem)	¿Qué es esto? (mostrar un lápiz)	1	1	1
	¿Qué es esto? (mostrar un reloj)	1	1	1
Repeticón (solo un intento vale un punto)	Digale a su paciente la siguiente frase "yo no voy si tu no llegas temprano"	1	1	1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>Orden de tres comandos</b> (cada parte ejecutada vale 1 punto)	Dele a su paciente un papel y dígame "tome este papel con la mano izquierda, dóblelo a la mitad y colóquelo en piso".	3	3	3
<b>Lectura</b> (otorgue 1 punto si el paciente cierra los ojos)	Muestre la hoja que dice: "cierre los ojos" y dígame: "haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta".	1	1	1
<b>Escritura</b> (no dicte la oración esta debe ser espontánea. Debe de tener un sujeto y un verbo. No es necesario que la puntuación y la gramática estén correctas).	Dele a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase	1	1	1
<b>Copia</b> (para estar correcta deben estar presentes todos los ángulos, los lados y las intersecciones, no tomar en cuenta el temblor, líneas no rectas. La distribución de las figuras deben ser igual al original)	Dele a su paciente una hoja y pídale que copie la figura. 	1	1	1

Total

30 puntos

**Resultados**

En la primera valoración realizada el 22 de marzo 2001, el total de puntos fue 25 fallando en: orientación en el tiempo en la estación del año; en orientación en el espacio: el estado en dónde está; en atención y cálculo: en la resta por una ocasión y en evocación: sólo recordó una palabra.

En la segunda valoración realizada en julio del 2003 la paciente obtuvo 21 puntos fallando orientación en el tiempo en: estación del año y año en que estamos; en orientación del espacio: falló en que estado estamos; en atención y cálculo acertó 1/5: sólo pudo restar una vez bien; en evocación: únicamente pudo recordar 2/3 palabras.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### Escala de Depresión Geriátrica

Elija la mejor respuesta acerca de cómo se sintió usted la semana pasada.

2001 2003

1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida ?*	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
4. ¿Se aburre con frecuencia?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
5. ¿Se siente esperanzado respecto al futuro?*	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
6. ¿Le preocupan pensamientos que no puede quitarse de la cabeza?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
7. ¿Se encuentra animado la mayor parte del tiempo?*	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
8. ¿Teme usted que le vaya a pasar algo malo?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
9. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?*	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
10. ¿Se siente desamparado con frecuencia?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
11. ¿Se siente intranquilo y nervioso con frecuencia?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
12. ¿Prefiere permanecer en su casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
13. ¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
14. ¿Cree usted que tiene mas problemas de memoria que las demás personas?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
15. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?*	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
16. ¿Se siente con frecuencia triste y deprimido?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
17. ¿Piensa con frecuencia que su vida no tiene sentido?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
18. ¿Se preocupa mucho por el pasado?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
19. ¿Encuentra que la vida es muy interesante?*	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
20. ¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
21. ¿Se siente lleno de energía?*	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
22. ¿Piensa que su situación es desesperada?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
23. ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
24. ¿Se enfada con frecuencia por pequeñas cosas?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
25. ¿Siente con frecuencia ganas de llorar?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
26. ¿Le resulta difícil concentrarse?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
27. ¿Se siente feliz al levantarse por la mañana?*	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
28. ¿Prefiere evitar los contactos sociales?	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
29. ¿Le resulta fácil tomar decisiones?*	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
30. ¿Conserva la mente tan clara como antes?*	<u>Si</u>	No	<u>Si</u>	No
*Respuestas apropiadas (no indicadoras de depresión) = si; todas las demás =no.				
Puntuación: Número de respuestas "deprimidas".				

Los puntos que ha establecido la GDS son:  
 0 - 10 no depresión  
 11-14 depresión leve  
 15-20 depresión moderada  
 21-30 depresión severa.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## Resultados

En la escala de tamizaje de depresión geriátrica, presenta 20/30 puntos, debido a que: ha abandonado el interés en actividades que antes realizaba; siente que su vida está vacía, se aburre con frecuencia, no tiene esperanza en el futuro; tiene miedo de que algo le vaya a suceder; no está contenta la gran parte del tiempo; se siente desamparada, intranquila, prefiere quedarse en casa; se preocupa del futuro se siente desanimada y triste; con frecuencia siente que nadie la aprecia; se preocupa por el pasado; no se siente llena de energía; percibe que los demás están mejor que ella; siente ganas de llorar y lo hace, tiene problemas para concentrarse; evita reuniones sociales y su mente no está tan clara como antes.

En la valoración realizada en julio del 2003, se obtuvieron 21/30 puntos, con alteración en los siguientes puntos: siente que su vida está vacía, se aburre con frecuencia, le preocupan pensamientos que no puede quitar de su cabeza, no se encuentra animada la mayor parte del tiempo, teme que algo malo le vaya a pasar, no se siente feliz la mayor parte del tiempo, se siente desamparada con frecuencia, se siente intranquila y nerviosa, prefiere permanecer en casa que salir y hacer cosas nuevas, se preocupa con frecuencia por el futuro, cree que tiene más problemas de memoria que las demás personas, se siente frecuentemente triste y deprimida, se preocupa por el pasado, le resulta poner en marcha nuevos proyectos, piensa que su situación es desesperante, piensa que la mayoría de las personas están mejor que ella, siente con frecuencia ganas de llorar, le resulta difícil concentrarse, prefiere evitar los contactos sociales, no le resulta fácil tomar decisiones y no conserva la mente tan clara como antes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### Valoración de riesgo a úlceras por presión

Descripción	2001	2003	Base
	Puntos paciente	Puntos paciente	Puntaje
<u>Condición física:</u>			
Buena	4	4	4
Regular			3
Pobre			2
Muy mala			1
<u>Condición mental:</u>			
Alerta	4	4	4
Apático			3
Confuso			2
Estuporoso			1
<u>Actividad:</u>			
Ambulatorio			4
Camina con ayuda	3	3	3
En silla de ruedas			2
Acostado			1
<u>Movilidad:</u>			
Completa	4	4	4
Ligera limitación			3
Muy limitado			2
Inmóvil			1
<u>Incontinencia:</u>			
Ninguna		4	4
Ocasional	3		3
Usual/orina			2
Doble/heces y orina			1

Puntaje: Menos de 14 puntos es igual a riesgo inminente de ulceración.

Más de 14 puntos no hay riesgo de ulceración.

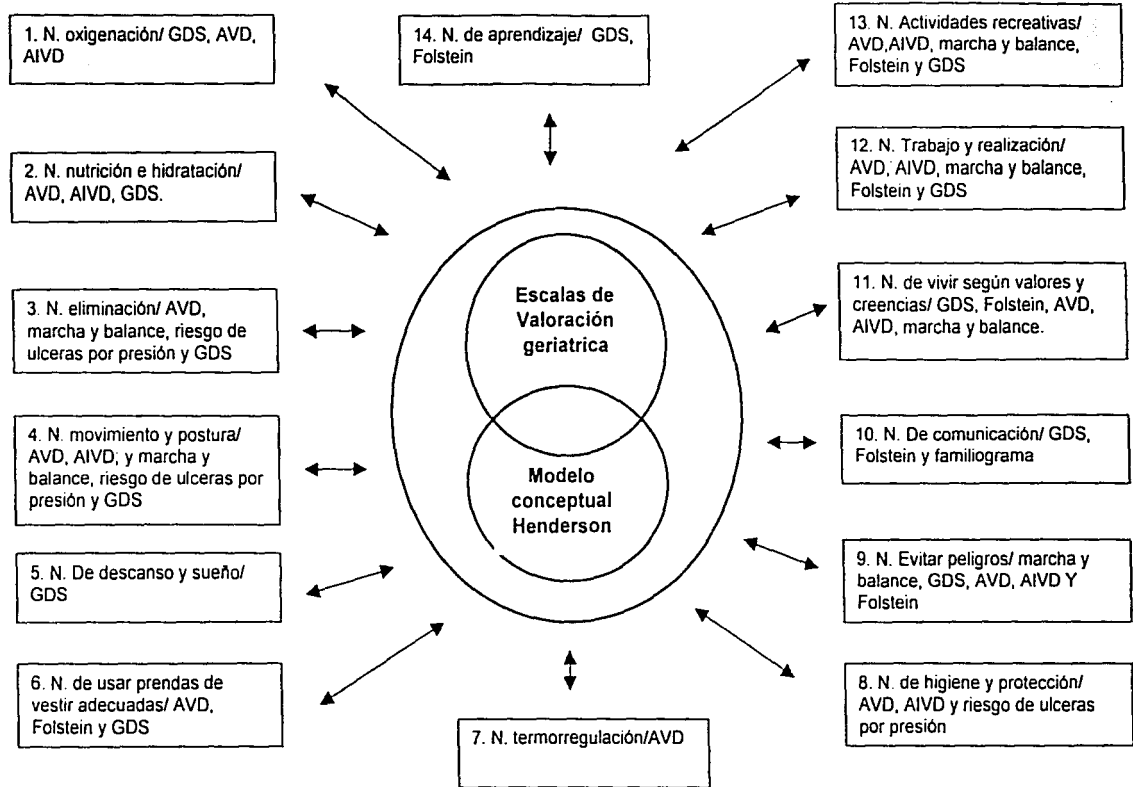
#### Resultados.

En la valoración realizada en el año 2001 el total de puntos fue de 18 pues en el rubro de actividad: camina con ayuda (bastón) y por referir presencia de incontinencia ocasional al toser y estornudar.

En la valoración realizada en julio del 2003 se observa movilización independiente y niega incontinencia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RELACIÓN DE LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE HENDERSON Y LAS ESCALAS DE VALORACIÓN GERIÁTRICA



**TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN**

### 9.4 Jerarquización de las necesidades de la paciente<sup>36</sup>

Fecha de valoración: primera en marzo del 2001 y 2a. en julio del 2003.

NECESIDAD	Grado de:		Causa de la dificultad			Interacción con otra necesidad		Capacidades y recursos de la persona y su entorno
	Independ	Dependen.	F.F	F.C.	F.V.	Si	No	
1. N. Comunicación		T	X		X	X		
2. N. Descanso y sueño		PR				X		
3. N. Movimiento y postura		P	X			X		
4. N. Nutrición e hidratación		PR			X	X		
5. N. Evitar peligros		PR	X			X		
6. N. Aprendizaje		T		X	X	X		
7. N. Higiene y protección		PR	X			X		
8. N. Jugar y participar en actividades recreativas		T	X		X	X		
9. N. Trabajo y realización		PR	X		X	X		
10. N. Oxigenación	X					X		
11. N. Eliminación		TM			X	X		
12. N. Usar prendas de vestir adecuadas	X					X		
13. N. Termorregulación	X					X		
14. N. De vivir según sus valores y creencias	X					X		

Dependencia: Total= T; Parcial = P; Temporal =TM y Permanente = PR

Falta de fuerza = F.F.; Falta de conocimiento = F.C.; Falta de voluntad = F.V.

<sup>36</sup> Las necesidades jerarquizadas en este programa son ordenadas de acuerdo a la afectación en la paciente la prontitud con que se podrían resolver estas.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



### 9.5 PLAN DE ENFERMERÍA SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

Nombre: A.DR.F.

Edad: 72 años.

E. Civil: viuda.

Religión: Católica.

Lugar de nacimiento: Tepepan, Xochimilco.

#### 1. NECESIDAD DE COMUNICACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
Deterioro de la comunicación verbal relacionado con disminución de la audición de oído izquierdo y autoestima baja manifestado por falta de comprensión de la información recibida.	<p>Identificar el tipo de dinámica que existe en esta familia.</p> <p>Sensibilizar a la familia a que proporcione apoyo y comprensión a la paciente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Animar a la paciente a externar sus temores y preocupaciones.</li> <li>2. Estimular a la paciente a que mantenga contactos sociales (familiares y vecinales).</li> <li>3. Propiciar con la paciente oportunidades de relacionarse con otras personas y motivarla a la realización de actividades recreativas.</li> <li>4. Valorar domicilio de la paciente en busca de animales de compañía.</li> </ol>	<p>La paciente en ocasiones sale de su casa y ayuda a sus vecinos.</p> <p>Habla con confianza de sus temores, sin embargo llega fácil al llanto.</p> <p>No mantiene contactos sociales.</p> <p>Actualmente tiene 2 perros que la acompañan a lugares cerca.</p> <p>La relación con la familia es hostil, no recibe apoyo de sus 4 hijos que están en el mismo pueblo sólo de una hija que está en EU, en ocasiones le llaman por teléfono.</p>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## 2. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<p>Alteración del patrón del sueño relacionado con ansiedad y miedo manifestado por insomnio.</p>	<p>Propiciar un entorno seguro y confortable que favorezca el sueño.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Investigar la presencia de disnea, nicturia, entre otros.</li> <li>2. Animar a la paciente a (relajarse durante el día) caminar durante el día y relajarse después de la cena.</li> <li>3. Disminuir los ruidos al mínimo por la noche.</li> <li>4. Evitar corrientes de aire y propiciar una temperatura agradable para dormir.</li> <li>5. En caso de estrés psicológico grave canalizar a la Sra. con el psicólogo.</li> <li>6. Haga sonar cintas de música suave.</li> </ol>	<p>Se despierta con frecuencia por las noches y no puede dormir por horas, en el día dormita.</p> <p>Disminuye el insomnio.</p> <p>Refiere que generalmente se la pasa sola en el día y por la noche pues el nieto con quien vive hay veces que no llega. Su habitación está en planta baja y la del nieto el 1er. piso.</p>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### 3. NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y POSTURA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<p>Deterioro de la movilidad física relacionado con rigidez articular y dolor de tobillo derecho manifestado por marcha claudicante .</p>	<p>Aliviar el dolor y el malestar al movimiento.</p> <p>Animar a la paciente a que exprese los sentimientos acerca de los cambios en la marcha.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientación a la paciente sobre la importancia de la movilización y las consecuencias de su presente estado de movilidad y los factores relacionados con el mismo: su necesidad de actividad física, limitaciones y la obesidad.</li> <li>2. Se proporciona apoyo emocional con cada paso de progresión de actividad.</li> <li>3. Ayudarle a realizar los ejercicios activos y pasivos de movimiento articular, según el nivel de tolerancia.</li> <li>4. Colocar calor local.</li> <li>5. Administrar analgésicos prescritos (piroxicam cada 24 horas).</li> <li>6. La Sra. F. acude a un grupo al centro comunitario los sábados para realizar ejercicios.</li> </ol>	<p>La paciente comenta su estado de movilidad presente y se identifican los factores que pueden limitar o impedir la progresión de los niveles de actividad física.</p> <p>Disminuye el dolor, esto le facilita la movilización.</p> <p>A pesar de la movilización independiente de la paciente se recomienda precauciones para evitar caídas. Pues tiene riesgos como que no ve bien con el OI y el OD refiere no ver nada, tiene una cirugía en tobillo derecho por Fractura y utiliza bastón, además que el piso de la calle no tiene pavimento.</p>

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

#### 4. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<p>Alteración de la nutrición relacionado con dificultad para deglutir y alteraciones en la sensación gustativa manifestado por pérdida de peso (5kg en tres meses)</p>	<p>Lograr una calidad en la nutrición de la paciente y en la ingesta.</p> <p>Concientizar a la paciente de las ventajas de una adecuada nutrición e hidratación. (dieta para diabético e hipertenso)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar el significado de la comida y las influencias culturales en la paciente.</li> <li>2. Escuchar las expresiones de desesperanza, ira y aflicción como influyen en su alimentación.</li> <li>3. Recomendar a la paciente la variedad de alimentos que puede comer de acuerdo al tipo de dieta indicada.</li> <li>4. Indicar pequeñas porciones de dieta con alimentos nutritivos que pueda digerir con facilidad.</li> <li>5. Animar a la paciente para que beba 2o 3 litros de agua hasta las 18:00 hrs.</li> </ol>	<p>La paciente hace aproximadamente un mes refiere que le diagnosticaron diabetes mellitus. Se deberá dar educación acerca de la dieta para diabético. No mejora la calidad de la nutrición de la señora F. Pues la dieta es rica en grasa y harinas y no come verduras.</p> <p>También se le recomienda a la paciente que los alimentos serán blandos por la ausencia de dientes.</p> <p>La paciente se muestra cooperadora en la expresión de sus emociones y frustraciones sintiéndose aliviada al hablarlo.</p>

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

### 5. NECESIDADE DE EVITAR PELIGROS

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<p>Riesgo de sufrir caídas (accidentes) relacionado con efectos secundarios de medicamentos antihipertensivos, pérdida de la visión del O.D. y presencia de barreras arquitectónicas.</p>	<p>Reducir riesgos de accidentes en la paciente ayudando a prevenirlos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estimular a la paciente a hacer regularmente ejercicio u otras actividades que mejoren el equilibrio y fortalecimiento de los músculos.</li> <li>2. Recomendar a la paciente que use zapatos cómodos, que le queden bien, con poco tacón y suelas antideslizantes y que utilice su bastón.</li> <li>3. Evitar cruzar sola calles muy transitadas.</li> <li>4. Indicarle que debe tener un especial cuidado con el crepúsculo y la oscuridad pues la iluminación intensa es un factor de riesgo a accidentes.</li> <li>5. Indicar a la paciente que al levantarse lo realice lentamente y evite movimientos y giros de cabeza bruscos.</li> <li>6. Advertir a la paciente y familiares que estén alerta a la posibilidad de caídas de su familiar anciana.</li> </ol>	<p>Hasta el momento no se ha caído (2001). Sin embargo existen riesgos a estas por presencia de escaleras, piso resbaloso, poca luz y presencia de alfombras que son factores de riesgo que pudieran propiciar accidentes.</p> <p>La paciente no sale a la calle después de las 6 pm. Sin embargo si sale sola a zonas transitadas a realizar pagos de la casa.</p>

TESIS CON  
 FALTA DE ORIGEN

6. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>Déficit de conocimientos relacionado con desconocimiento de los cuidados que debe seguir para controlar sus enfermedades manifestado por verbalización del problema, falta de comprensión y poco interés en el autocuidado.</p>	<p>Lograr conciencia en la paciente con respecto a sus padecimientos y manejo de sus medicamentos (antihipertensivos e hipoglucemiantes orales).</p> <p>Fomentar el seguimiento ayudando a la paciente a aceptar los diagnósticos médicos y a comprender las ventajas de la medicación antihipertensiva y los hipoglucemiantes orales.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dar educación para la salud enfatizando: acerca de la hipertensión arterial, DM II, de la medicación antihipertensiva, cuidados en la dieta, descanso y ejercicio (arcos de movimiento).</li> <li>2. Conocer la capacidad de la paciente para leer las recetas y diferenciar efectos de los medicamentos.</li> <li>3. Implicar activamente a la paciente en su educación, pidiéndole que haga un gráfico de las lecturas de la presión arterial y que mantenga un calendario de la medicación.</li> <li>4. Indicar a la paciente que puede reducir las reacciones hipotensoras de los fármacos antihipertensivos como: levantarse lentamente de la silla o cama, evitar ejercicios agotadores después de tomar la medicación.</li> </ol>	<p>A la paciente le cuesta trabajo aprender y sensibilizarse acerca de los efectos de los medicamentos y de las características de la dieta que debe seguir.</p> <p>No se ha logrado la concientización en la paciente acerca de la importancia en la ingesta de los medicamentos pues en ocasiones los suspende según ella porque se siente mejor.</p> <p>El último dextrostix en ayuno de 12 horas fue de 149 y los triglicérido de 1150 mg/dl (nl 110/140mg/dl) de el día 8 de agosto del 2003.</p>

TESIS CON  
 FALTA DE ORIGENES

ESTA TESIS NO SALE  
 DE LA BIBLIOTECA

### 7. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<p>Déficit de autocuidado: Baño e higiene relacionado con disminución de motivación y cansancio manifestado por incapacidad para asear parcialmente el cuerpo.</p>	<p>Motivar a la paciente a realizarse el baño y la higiene por razón necesaria.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Animar a la paciente a centrarse en objetivos de su aspecto alcanzables, como una buena higiene personal, un peinado adecuado y ropa agradable y adecuada para ella.</li> <li>2. Observar la potencialidad de la paciente para la realización de las Actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria.</li> <li>3. Propiciar lo necesario para que la paciente realice actividades de autocuidado.</li> <li>4. Reforzar positivamente el cumplimiento de las tareas de autocuidado de la paciente.</li> </ol>	<p>Por momentos la paciente se fatiga, además de que se encuentra triste por la ausencia de su hija que se fue a vivir a los E.U. y a trabajar y la dejó viviendo sola.</p> <p>Sin embargo la paciente tiene el hábito de higiene corporal actualmente adecuado y también es capaz de mantener su hogar limpio y en orden.</p>

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

### 8. NECESIDAD DE OXIGENACION

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<p>Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria secundaria a cardiopatia isquemica manifestado por disnea de medianos esfuerzos al subir los escalones de su casa y ortopnea de 2-3 almohadas.</p>	<p>Favorecer una óptima entrada y salida de aire de los pulmones.</p> <p>Disminuir el trabajo del corazón</p> <p>Disminuir la ansiedad y fatiga</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enseñar las características de la respiración a la paciente.</li> <li>2. Valorar el aumento de disnea.</li> <li>3. Auscultar los campos pulmonares.</li> <li>4. Indicar cambios posturales frecuentes para evitar la presencia de acumulación de secreciones y la realización de movimientos pasivos para evitar la fatiga y disnea.</li> <li>5. Enseñar ejercicios respiratorios favoreciendo la inspiración profunda además de técnicas de relajación para que los realice por la noche antes de dormir.</li> <li>6. Proporcionarle educación para la salud acerca de los medicamentos antihipertensivos, dieta, reposo y disminución del estrés.</li> <li>7. Se le indica la necesidad de visitar a un cardiólogo para valoración.</li> </ol>	<p>Posterior a las acciones disminuyen los síntomas de dificultad respiratoria.</p> <p>La paciente conserva una respiración dentro de los límites normales que se acentúa cuando está angustiada y a la realización de movimientos rápidos y bruscos o de tiempo prolongado.</p> <p>La coloración de tegumentos y mucosas es normal.</p> <p>Duerme con 2-3 almohadas y se controla la ortopnea.</p>

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**



**9. NECESIDAD DE ELIMINACION**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<p>Alteración de la eliminación relacionada con estrés y ansiedad manifestada por evacuaciones líquidas o semilíquidas.</p>	<p>Restablecer las características normales de las evacuaciones y evitar deshidratación.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enseñar a la paciente a diferenciar las características de las evacuaciones (cantidad, consistencia y color).</li> <li>2. Vigilancia estrecha de la paciente en cuanto a signos de deshidratación (ojos hundidos y taquicardia) durante el tiempo que tenga la alteración intestinal.</li> <li>3. Orientación dietética a la paciente con el propósito de que evite ingerir alimentos que contengan cafeína y chocolate (por el aumento de la motilidad intestinal).</li> </ol>	<p>Después de unos días desapareció la diarrea y permaneció estable la paciente e hidratada. Sin embargo es un círculo vicioso por el estado de estrés que maneja la paciente.</p> <p>La Señora Felipa diferencia los factores que desencadenan la diarrea.</p> <p>No presenta signos de deshidratación pues ingiere abundantes líquidos.</p>

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

**10. NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS VALORES Y CREENCIAS**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>Duelo anticipado ante la muerte relacionado con soledad manifestado por no tener esperanza en nada ni en nadie y falta de compañía.</p> <p>Potencial aumento de bienestar espiritual manifestado por una fe fortalecida y en recurrir a Dios cuando tiene miedo.</p>	<p>Reforzar la confianza de la Señora Felipa en su fe hacia Dios.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Guardar las promesas y las confidencias.</li> <li>2. Permitir que la paciente exprese su percepción acerca de Dios en sus enfermedades.</li> <li>3. Ayudar a expresar los sentimientos dándole el tiempo necesario.</li> <li>4. Valorar el pesimismo frente al optimismo anterior a la enfermedad/pérdida.</li> <li>5. Mantenerse alerta ante el riesgo de comportamiento autodestructivo.</li> <li>6. Observar la necesidad de artículos religiosos en los cuales se apoye la paciente.</li> <li>7. Proporcione oportunidad de orar o rezar y leer la Biblia.</li> <li>8. Considerar remitirla a un profesional de la salud mental.</li> </ol>	<p>La paciente permite que se lea la Biblia y la acepta como apoyo en su vida, el salmo 23 es de gran apoyo para ella.</p> <p>Se observa pesimista al futuro.</p> <p>Refiere que se quiere morir dormida.</p> <p>También pregunta la opción de la permanencia en un asilo.</p> <p>El sentimiento de muerte lo aceptó porque refiere hacer la voluntad de Dios</p>

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**



10

RESULTADOS

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 10. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 10.1 Resultados de la valoración de Henderson

La paciente tiene problemas para la comunicación pues se observa ansiosa, presenta llanto fácil, miedo; problemas para concentrarse, estrés, cambios en la voz, tiene sentimientos de impotencia y de tristeza. Vive sola, evita el contacto social, entre otros puntos.

En la necesidad de descanso y sueño la paciente presenta problemas pues existen condiciones internas que lo impiden como dolor de cabeza, en cuello e insomnio. Además que de acuerdo al modelo de Virginia Henderson no se puede clasificar a esta paciente de acuerdo a los parámetros prescritos, únicamente se retoma para la interacción con otras necesidades.

La necesidad de movimiento y postura refiere limitación al movimiento por dolor articular (pie derecho), rigidez articular, problema a la deambulación (claudicación).

En la necesidad de nutrición e hidratación la paciente tiene problemas para masticar, deglutir, alteración del gusto, disminución del apetito, de 5 dientes que tiene 4 incisivos y 1 canino inferiores, presenta 2 dientes incisivos con caries. Todo esto la ha llevado a bajar de peso 5 Kg. En tres meses.

En la necesidad de evitar peligros se encontró que la paciente tiene riesgo a sufrir caídas y accidentes, ya que el suelo de su casa presenta desniveles, la luz disminuye en la escalera, tiene disminución auditiva del oído derecho, no ve con el ojo derecho, presenta claudicación y sale a la calle sola y transita avenidas peligrosas.

También tiene riesgo de presentar trastornos cardíacos pues tiene laboratorio del 16 de mayo del 2003 donde se observa: colesterol 306 mg/dl (normal 120/200 mg/dl) y triglicérido 1150 mg/dl (nl 110/140mg/dl) y glicemia 168 mg/dl.

La necesidad de aprendizaje se ve alterada por la dificultad de aprender y sensibilizar a la paciente en el manejo de los fármacos y cuidados de ella misma, pues el estado de ánimo es un obstáculo importante.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La necesidad de oxigenación se ve alterada pues la paciente presenta disnea en decúbito dorsal y necesita 2-3 almohadas para dormir, presenta fatiga al hablar, al caminar y al subir escalones.

La necesidad de eliminación se altera por diarrea que presenta cuando está bajo estrés.

## 10.2 Resultados gerontológicos

Se llevó a cabo la valoración en una anciana de 75 años de edad encontrándose:

Desde el punto de vista de la evaluación de las Actividades de la Vida Diaria (utilizando la escala del índice de Katz) la paciente se mostró totalmente independiente con 6 puntos en la última valoración. Asimismo, también se mostró totalmente independiente en la valoración de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton con 8 puntos.

En la valoración de marcha y balance presenta alteraciones en los siguientes puntos: es capaz de levantarse pero utilizando los brazos, muestra mayor seguridad con apoyo físico (bastón) e igualmente al sentarse, utiliza los brazos; por último, al caminar se observa que separa los brazos. La paciente hace cuatro años sufrió accidente y fractura del tobillo derecho, habiendo sido necesario una intervención quirúrgica con colocación de tornillos, clavos y placa metálica en esta zona del pie derecho. Por otra parte, la zona donde habita actualmente no reúne las condiciones indispensables de servicios públicos seguros como pavimentación y luz eléctrica en la calle, y en su casa tiene escalones, se estima que se podría aumentar el riesgo de caídas en la paciente.

La valoración del estado mental de Folstein en 2001 obtuvo 25 puntos, refirió alteración en el tiempo (únicamente en estación del año), espacio (estado de la República), atención y cálculo (resta acertó 4/5) y en evocación sólo recordó (1/3) palabras. En la valoración de 2003, obtuvo 21 puntos, se altero la orientación en tiempo (fecha, estación y año), en orientación en espacio fallo en estación del año, atención y cálculo acertó 1/5, y en evocación sólo recordó 2/3 palabras.

En la prueba de tamizaje de escala de depresión geriátrica realizada en marzo del 2001 obtuvo 20/30 puntos actualmente presenta un puntaje de 21/30.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la valoración de riesgo, a presencia de úlceras por presión, la paciente mostró 20/20 puntos, esto quiere decir que no hay riesgo de úlceras por presión.

Las experiencias de la anciana en los últimos años, han sido de ansiedad, temor y rechazo de parte de sus hijos, abandono y aislamiento

### **10.3 Resultados del estado de salud**

No existe apego terapéutico pues cuando refiere que se siente mejor deja de tomar los medicamentos además de decir que si se los toma y la realidad es que no, a pesar de la insistencia que se realiza en la paciente. Es importante mencionar que la paciente en la valoración de AIVD es capaz de tomar por sí sola los medicamentos, sin embargo no tiene la voluntad de hacerlo.

En nuestro caso específico, a pesar de los obstáculos y limitaciones antes mencionadas, se ha concientizado a la paciente en cuanto a sus pérdidas en cada etapa de la vida y se analiza con ella, como han sido elaborados sus duelos (como ejemplo la pérdida de su esposo por cáncer de páncreas que provocó que al año ella refiriera un intento de suicidio).

Considerando el incremento de la población mayor de 60 años, en nuestro país es importante que la enfermera especialista en el cuidado del anciano adquiera y desarrolle el proceso de valoración y atención integral apoyando en aquellas necesidades en las cuales la persona mayor sea dependiente parcial o totalmente, tanto en el aspecto físico, emocional y espiritual, con el propósito de potencializar las capacidades y mejorar su calidad de vida.

### **10.4 Resultados sociales y familiares**

Por otra parte, la paciente tiene un nivel de escolaridad (3o. de primaria) y vive en un nivel considerado de pobreza. Se detectó además que carece de seguridad social.

En cuanto a su familia carece de cohesión, manifestándose en una falta de interés, atención y cuidado hacia la anciana (madre) en torno del grupo familiar. La red de apoyo familiar es pobre pues de los cinco hijos que tiene, dos hijos están en Estados Unidos (un hijo y una hija la menor de 32 años con quien tiene una relación estrecha desde siempre) y con los otros tres que viven en el pueblo de San Luis mantiene relaciones estresantes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De sus 11 nietos, como excepción, tiene relaciones fuertes con una de sus nietas pues ésta la visita y comparte el fin de semana con ella.

La paciente refiere sentirse sola, esto es un factor de riesgo al incremento de enfermedad (complicaciones) y desencadenar problemas emocionales y la muerte.

No se realiza intervención familiar por falta de herramientas para sustentar el trabajo de investigación en equipo.

Ahora bien, sabemos que la sociedad contemporánea ofrece una diversidad de culturas y valores diferentes en cada estado de la República. Por ejemplo en las zonas industrializadas los principios y valores que se acentúan son, desafortunadamente la pérdida de humanización y la no aceptación del anciano. Sumando a esto, es notable la carencia de enfermeras y personal medico preparado en la atención y cuidado del anciano, sin contar con las barreras arquitectónicas en viviendas y calles que se presentan, favoreciendo así las limitaciones físicas y la dependencia que puede presentar el paciente anciano. Sin embargo es necesario hasta donde sea posible la independencia en cada paciente.

En el ciclo de vida de cada persona es importante reconocer que todo lo que es y hace en cada etapa de su vida es trascendental para que en la última etapa logre un envejecimiento físico y mental funcional, para esto se necesita reflexionar en los siguientes puntos: que comemos, si realizamos ejercicio constantemente, que tipo de relaciones interpersonales tenemos, si se tiene vivienda propia, una economía, el manejo de las pérdidas; entre otras cosas. Se necesita realizar hoy con los niños, jóvenes, familia conciencia acerca de: una cultura para el envejecimiento, de educación para la salud, preparación en la atención comunitaria para planear en un futuro a no muy largo plazo "un plan de vida para la vejez". No debemos olvidar que en la vida se necesita sembrar bien para cosechar bien.

Se requiere trabajar en modificar el concepto que se tiene de los ancianos para cambiar el trato que reciben por parte de la familia y de la sociedad en general identificando y transformando roles (dependiendo del grado de dependencia o independencia del anciano y de lo útil que se sienta).

El centro de atención primaria de la ENEO en el pueblo de San Luis, se le solicita llevar el seguimiento clínico de la paciente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



11

PROPUESTAS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## 11. PROPUESTAS

Propuesta con la paciente:

Se propone coordinarse con la trabajadora social y el médico del centro de salud de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco con los siguientes propósitos: que él pueda valorar y llegar a un diagnóstico adecuado en el estado de ánimo de la paciente y si requiere proporcionar tratamiento farmacológico, además de apoyarla con otros profesionales de la salud (como enfermeras, nutriólogo y psicólogo).

Propuesta con las enfermeras en hospitalización:

Es indispensable crear interés en las enfermeras en la atención y cuidado en el adulto mayor así como también en la formación de especialistas. Para esto se propone realizar un video promocional que indique la realidad de los ancianos en nuestro país, los campos de acción de la enfermera especialista en el cuidado del éste, y se visiten hospitales, clínicas y centros de salud.

Es indispensable realizar cursos o diplomados para sensibilizar al personal médico y paramédico acerca de la realidad e importancia del sector salud con este tipo de población.

Propuesta en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia:

Actualmente a nivel licenciatura existe una materia optativa llamada "cuidados de enfermería en el adulto mayor", por lo que se me solicita elaborar una antología del cuidado del anciano para sensibilizar a las enfermeras a este nivel.

En trabajos de investigación en seres humanos se necesita el apoyo de un comité de Bioética que apruebe y apoye desde este punto de vista las investigaciones en seres humanos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



GLOSARIO

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 12. GLOSARIO

Anciano: Persona en la última etapa de la vida ; entre la madurez y la edad senil.

Anciano incapacitado: Persona mayor que padece discapacidades físicas o mentales que pueden interferir con la capacidad para realizar independientemente las actividades de la vida diaria.

Anciano sano: Es aquel que independientemente de su edad, viva sin experimentar demasiadas deficiencias corporales y mentales.

Aprendizaje: Adquisición de un comportamiento nuevo relativo a las actitudes , a los valores y a los intereses.

Autonomía: Toma de decisiones lúcida de la persona frente a las alternativas que se le ofrecen y que le llevan a actuar de forma que asume las consecuencias.

Autoestima: Percepción que la persona tiene de su valor personal.

Cognición: Proceso mental caracterizado por entendimiento, pensamiento, aprendizaje y juicio.

Cuidador primario: Es la persona (remunerada o no remunerada, familia o amigo) que atiende la mayor parte de necesidades de un anciano. Con frecuencia, el estado funcional de un anciano guarda relación con el desempeño del cuidador primario.

Depresión: Disminución de la actividad funcional vital. Alteración de la conducta caracterizada por sentimientos de tristeza, desesperación o descorazonamiento, secundaria a una tragedia o pérdida personal y proporcional a la misma. Estado emocional anormal caracterizado por un excesivo sentimiento de tristeza, melancolía, desánimo, demérito, vacío, desesperanza, en grado inapropiado, desproporcionado respecto a la realidad.

Duelo: Proceso psicológico de reacción activado por el individuo para ayudarlo a sobreponerse a una pérdida personal importante.

Estatus social: lugar ocupado por el individuo en la estructura social dictada por la sociedad.

Percepción: Es la capacidad que tiene la persona de recibir un estímulo así como de registrar y procesar la información.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

---

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BECK, John C. y cols; Revista: Atención Medica /agosto 1994; Geriatria: evaluación funcional.
2. BLANCO, Cambiaggio Martha y cols; Adaptación de la vivienda de acuerdo a las necesidades de las personas mayores; <http://www.portalgeriatrico.com.ar/asesores2.htm>
3. CARNEVALI, Doris L.; Tratado de Geriatria y Gerontologia, 2a ed. Ed. Interamerica McGraw-Hill; México 1988.
4. EGURZA, M.I. y cols.; La enfermería en la asistencia sanitaria al anciano, Nursing in health care of the elderly; <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple7/suplw10.html>.
5. EXTON-SMITH, A. Norman. Versión española, Zarnera Tallo Laura; Tratado de Geriatria; 1a ed. Ed. Pediátrica Barcelona; Barcelona 1988.
6. FERIA, Ochoa Marcela I; Alzheimer: una experiencia humana; 1a ed. Ed. JUS, SA de CV; México 1998.
7. FERNANDEZ, Ferin Carmen y cols; El Proceso Atención de Enfermería, estudios de caso; Ed. Científicas y técnicas SA
8. GARCÍA, González María de Jesús; El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson; 1a ed. Ed. Progreso; México 1997.
9. GÓMEZ, María de Jesús; Hipertensión Arterial Sistémica, preludios del XVIII Congreso Nacional de Cardiología; editor: Gustavo Sánchez Torres. Ed. Del Gobierno del Estado de Veracruz\_Llave; Noviembre 1993. Artículo: La medición de la presión arterial.
10. GUADALAJARA, Boo José Fernando; Cardiología; 4a.ed; Ed. Mendez Cervantes; México 1991;
11. GUTIÉRREZ Robledo Luis Miguel artículo: Concepción holística del envejecimiento; Antología para la unidad temática, salud del anciano; México UNAM 2001.
12. INTERN, Med Ana; Peligros de la hospitalización de personas de edad avanzada; ed. Mexicana; 1993. Vol 1, Núm.2. De la University of Kansas Medical center, Kansas Cita, Kansas.
13. JIMENEZ, Herrero; Enfermería Geriátrica: Relación terapéutica entre la enfermera y el paciente anciano; Anal. Genat. Geront II 11-3; 1985. P. 135-142.
14. KANE, Roberto L y cols; Geriatria clínica; 3a.ed. Ed McGraw-Hill Interamericana; México 1997.
15. MACE, Nancy y cols; Cuando el día tiene 36 horas; 2a. ed. Ed. Pax México 1997.
16. MARRINER, Tomey Ann; Modelos y teorías en enfermería; 1a. ed. Ed. Mosby/Doyma; España 1994.
17. MIGUEL Jaimes Alejandro; artículo: Gerontología, geriatría y medicina interna; Antología para la unidad temática, salud del anciano;; México UNAM 2001. Pp. 74-78
18. MORAL, Delgado Carmen; Enfermería Geriátrica, cuidado de personas ancianas (titulo original: Nursing care of the older adult by Mildred O. Hogstel); ed. Paraninfo; España 1998.
19. MOSBY; Diccionario Medicina, Enfermería y ciencias de la salud. Ed. Harcurt S.A. 5a. ed. Madrid España 2000.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

20. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Ginebra 1988; Asistencia Cardiovascular de los ancianos; capítulo IV; ed. Por Strasser. Impreso en España; ed. Grados 2000.
21. ORTIZ de la Huerta Dolores y cols; artículo: Estudio del envejecimiento, importancia del enfoque gerontológico; Antología para la unidad temática, salud del anciano; México UNAM 2001.
22. PORTER, Kuthy José y cols. Introducción a la Bioética; Ed. Méndez editores; 1a. ed; México 1999.
23. PEREZ, M. y cols; Teorías evolutivas del envejecimiento, Departamento de pat. animal, Fac. veterinaria; <http://www.diagnosticoveterinario.com/geriatriateorias%20envejecimiento>.
24. PERLADO, Fernando; Teoría y práctica de la Geriatria; Ed. Díaz Santos; Madrid España 1995.
25. RICO, Méndez Favio Gerardo; Geriatria respiratoria; Ed. Ciencia y cultura latinoamericana; México 1997.
26. SECRETARIA DE SALUD. Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud. Publicado en el diario oficial el 6 de enero de 1987.
27. SOCIEDAD BIBLICA INTERNACIONAL; Santa Biblia; Nueva Versión Internacional; Ed. Vida; Estados Unidos de Norteamérica, 1999.
28. SOSA Ortiz Ana Luisa y cols; artículo: Depresión en el anciano; Antología para la unidad temática, salud del anciano; México UNAM 2001.
29. WALSH, Burke Mary; Enfermería Gerontológica, cuidados integrales del adulto mayor; 2a ed. Ed. Harcourt Brace; España 1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN