



HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
DE LA  
SECRETARÍA DE SALUD

---

---

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
APLICADO A:  
UN ADULTO MAYOR CON ALTERACIÓN METABÓLICA  
BASADO EN LA  
VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE  
VIRGINIA HENDERSON

TESIS PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:  
ROBLES MARTÍNEZ LILIANA  
No DE CUENTA: 404517726

ASESOR:  
MTRA. SANDRA M. SOTOMAYOR SÁNCHEZ.

México, D.F, Mayo del 2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## A DIOS TODO PODEROSO LE DOY GRACIAS

A quién ha guiado para llegar a esta meta, gracias Dios por darme vida, paciencia, ser tan grande que me permitiste la dicha de poder concluir un sueño tan importante en mi vida, por darme la salud, fuerza y fortaleza y con ello afrontar experiencias positivas y negativas en la vida, por permitir llevar paz y alivio a los pacientes, sobre todo por que nunca me abandonaste, para llegar hasta aquí por ser lo que soy.

Porque siempre que en mi camino hay tropiezos, pienso en ti, cuando mis logros se cumplen pienso en ti y te doy gracias por que siempre estas a mi lado.

Por estar donde estoy, por tener lo que tengo y por lo que me darás.

Gracias por mi familia que es lo más especial que me has dado por mis estudios porque de ahí puedo sacar mis conocimientos porque con ellos se que puedo lograr grandes cosas

Gracias por darme inteligencia, porque con ella sabré a donde ir

Gracias por permitir cometer mis propios errores, porque así me demostraré que soy capaz de superar grandes cosas.

Gracias por permitirme ocupar este espacio en este tiempo, porque se que es lo que he elegido, te pido que siempre me lleves contigo, que siempre me des el don del Perdón y que siempre me des la virtud de Amar.

## AGRADECIMIENTO A MIS PADRES

No me es posible expresar ni con muchas palabras, ni pagar en lo más mínimo, las infinitas bondades que de vosotros he recibido. Sirva este pequeño trabajo para ofrecérselo como recuerdo y en prueba de mi eterna gratitud, veneración y cariño.

Gracias, primero Dios a través de los cuales se me concedió por darme la vida y con ella la oportunidad de ser lo que soy y después el amor de esta, mi familia.

A quienes más respeto y admiro, gracias por su confianza y amistad, por estar siempre a mi lado. Que me han apoyado siempre me han brindado, aún a costa de su bienestar, en momentos difíciles y han sonreído conmigo en los felices, sin ustedes nunca lo hubiera logrado.

Te doy gracias Dios por dejarme vivir y a ustedes padres por enseñarme a llorar y reír.

Papá, mamá, nombres tan sencillos de pronunciar pero que siempre enaltecen de orgullo mi hablar por la fortuna de ser hija suya y con su ayuda mi meta alcanzar que han heredado el tesoro tan maravillosos a quienes la ilusión de su vida ha sido verme convertido en profesional gracias por su esfuerzo y dedicación de estos años, los días de espera han concluido, para ustedes con amor, respeto y admiración.

Con todo mi amor, cariño y henchido el pecho de orgullo les doy gracias por su apoyo para mi formación profesional.

### A MI MAMÁ

Mami, no me equivoco si digo que eres la mejor mamá del mundo, gracias por todo tu esfuerzo, desveladas, tu apoyo y por la confianza que depositaste en mi, durante toda mi educación escolar que estuviste conmigo sin dejarme sola ningún momento por eso te doy gracias porque siempre has estado a mi lado, te quiero y quisiera compartir este sueño logrado que fue para mi y para ti.

### A MI PAPÁ

Papi, no me equivoco eres el mejor papá del mundo, gracias por tu esfuerzo, guiarme en este camino tan difícil y por haber sido sabio en mi educación y formación, éste es un logro que quiero compartir contigo, y por creer en mi, guiarme en mi camino quiero que sepas que ocupas un lugar especial.

## DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en el corazón. Sin importar en dónde estén o si alguna vez llegaran a leer estas dedicatorias quiero darles las gracias por formar parte de mi por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Este último año de mi formación aprendí que nada es suficiente, cuando se quiere aprender que el tiempo y las actualizaciones profesionales van de la mano, que sin duda alguna la práctica hace al maestro, como el conocimiento al profesional por tal motivo, agradezco al Hospital de Jesús Escuela de Enfermería ,Hospital Juárez de México de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud, UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México) y ÉNEO (Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia) el tener las puertas abiertas para la formación de profesionales de enfermería las facilidades que se brindaron para dicha investigación.

#### A MIS HERMANOS

Carlos, Víctor y Miriam,

Con mi cariño y agradecimiento por el estímulo que de todos y cada uno de ellos he tenido siempre.

#### A MIS ABUELOS

#### A MIS ABUELOS MATERNOS +

Por haber traído al mundo a mi mamá y criarla con amor, Aunque ya no están aquí los llevo en mi corazón.

#### A MIS ABUELOS PATERNOS

Gracias a dios porque todavía los a dejado vivir y por haber traído al mundo a mi papa y criarlo, con amor.

#### A MIS PROFESORES

A todos mis profesores no sólo de la carrera sino de toda la vida, mil gracias porque de alguna manera forman parte de lo que ahora soy.

#### A MI ASESORA

Por su apoyo, ser guía durante la realización de este proyecto tan importante para mí, por el tiempo brindado, el compromiso, la confianza, enseñanzas, por su paciencia y por haber brindarme sin recelo sus conocimientos depositada en mi persona, su apoyo y su colaboración. En especial la Maestra. Sandra M. Sotomayor, Asesora de la ENEO gracias por formar parte de este logro.

#### EN ESPECIAL A MI MAESTRA

Marcela Martínez Juárez

No me es posible expresar ni con muchas palabras, ni pagar en lo más mínimo, las infinitas bondades que he recibido de usted.

Le doy gracias por compartirme sus conocimientos, experiencias y habilidades en beneficio de mi formación profesional y personal.

También por todo el apoyo, tenerme confianza, paciencia, motivación y facilidades otorgadas que me ha brindado.

EN ESPECIAL A MI MAESTRA

Edith Barrios Guinto

Gracia querida maestra por ser la amiga, la guía de mis conocimientos, por su paciencia y esmero, por el tiempo en un aula, esa aula donde usted moldeó mis conocimientos y seguirá moldeando mi sabiduría donde seré el profesionalista del mañana.

Por darme la esperanza y el entusiasmo que necesitaba en momentos de oscuridad.

A MIS AMIGOS (AS)

Por siempre apoyarme en todo, por estar a mi lado cuando los necesito, siempre motivándome a salir adelante y romper los obstáculos.

## ÍNDICE

	PÁG.
I.- INTRODUCCIÓN.....	1
II.- JUSTIFICACIÓN.....	3
III.- OBJETIVOS.....	4
IV.- MARCO TEORICO.....	5
4.1.- Enfermería como Profesión disciplinar.....	5
El cuidado como Objeto de Estudio.....	13
• Concepto.....	13
• Antecedentes.....	30
• Tipos de Cuidado.....	36
4.3 Teoría de Enfermería.....	36
• Concepto, objetivos y clasificación.....	36,52 y 53
• Relación de la Teoría con el Proceso de Enfermería.....	56
• Teoría de Virginia Henderson.....	57
4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta Metodológica para dar cuidado.....	80
• Concepto, objetivo , características.....	80 y 83
• Descripción de Etapas.....	84
4.5 El Adulto Mayor.....	90
• Características Biológicas Psicológicas y sociales.....	101
• Enfermedades más frecuentes en la etapa adulta.....	169

- Enfermedades crónico degenerativas.....169
- Diabetes Mellitus.....173

4.6. Desarrollo del Proceso.....184

- 4.6.1. Presentación de la persona sujeta a Proceso de Enfermería.....184
- 4.6.2. Análisis de Resultados de la Valoración.....191
- 4.6.3. Diagnósticos y desarrollo de las etapas del proceso.....192

4.7. Conclusiones.....203

4.8. Referencias de bibliografía.....204

4.9. Anexos.....207

## I. INTRODUCCIÓN

La Enfermería como Profesión disciplinar tiene como propósito desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con el fin de precisar las características de la disciplina.

La enfermería a lo largo del tiempo se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más toda consolidación debe ir respaldada por una teoría (que le da sentido y metodología), y por una práctica (que la hace útil y funcional). La Enfermería modifica su modo de atender las necesidades de nuestra sociedad cambiante a medida que se produce la evolución; Enfermería se redefine continuamente, adaptándose a las exigencias de nuestro mundo cambiante. Este hecho, hace imprescindible el unificar los criterios del enfoque profesional, sistematizar la práctica. La utilidad de la "teoría" consiste en proporcionar conocimientos para mejorar la práctica mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

Teoría de Enfermería es un conjunto de hipótesis, confirmados interrelacionados su función es definir, describir, explicar y predecir conducta del fenómeno denominado de enfermería necesario para guiar la práctica profesional.

Todo profesional del cuidado requiere una metodología para cuidar es por ello que se requiere evidenciar en la práctica la aplicación del Proceso de Enfermería. La aplicación del método científico en la práctica asistencial, docente y de investigación por el profesional de enfermería es llamado *Método Enfermero*, anteriormente conocido como Proceso Atención de Enfermería el cual le ha permitido a los profesionales de la disciplina, disponer de una herramienta que le ha facilitado sus funciones.

El objetivo principal del método enfermero es satisfacer las necesidades del cliente familia y/o comunidad con base en modelos teóricos de enfermería así como también identificar los diagnósticos reales, posibles y potenciales de los mismos, a través de la valoración, el diagnóstico, la planeación, la ejecución y la evaluación, de las intervenciones de enfermería.

El proceso de enfermería es continuo y amplio que favorece el restablecimiento de la salud del individuo, familia y comunidad, la enfermera esta usualmente preparada para dar atención y mejoramiento al bienestar de la salud de los individuos, familia y comunidad.

El cuidar a adultos mayores no solo requiere de un método, sino también de todo el conocimiento teórico sobre las condiciones biológicas , psicológicas y espirituales que éstos presentan ,así como el cubrir diversas necesidades alteradas producto de los procesos de enfermedad crónica con los que cursan

El presente trabajo trata del desarrollo y aplicación de un Proceso a un Adulto Mayor en el hogar con alteración metabólica, basado este en la valoración de las 14 Necesidades de Virginia Henderson.

## II. JUSTIFICACIÓN

La formación del personal de Enfermería no sólo depende de conocimientos y habilidades, sino también de intereses y valores que regulan su actuación profesional: el amor a la profesión, responsabilidad, humanismo y honestidad que permiten formar a un profesional competente.

El proceso atención de enfermería constituye la herramienta metodológica para dar cuidados lo cual contribuye de manera directa a la profesionalización de enfermería confiriéndole identidad, autonomía, liderazgo.

La aplicación del proceso constituye un recurso importante de manera directa ampliar conocimientos sobre el manejo y control de un Adulto Mayor con alteraciones metabólicas, que constituye una prioridad ya que las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes representan un alto índice de morbimortalidad en nuestro país.

Diversos autores (Carpenito 1972, Morales Asensio 1984, Benito del Pino Casado 1965) coinciden en que el proceso de enfermería permite enlazar el conocimiento científico de la teoría con su aplicación en la práctica y la persona recibe un mejor cuidado integral, por lo que debe concebirse como un modelo de trabajo para el desempeño profesional. El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico respecto a las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud o a procesos vitales reales o potenciales y proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería, con el fin de alcanzar los resultados que son responsabilidad de la enfermera.

La esencia de la enfermería consiste en el cuidado de las personas para la satisfacción de sus necesidades de vida, ya que a través de la promoción de la salud, en la prevención o en la recuperación es preciso dominar ciertas prácticas, habilidades, conocimientos y actitudes sabiendo hacer uso de estas de forma efectiva y enfocándolas en la mejor dirección hacia el individuo, familia y comunidad.

### III. OBJETIVO

#### OBJETIVO GENERAL

- Elaborar e implementar un Proceso Atención de Enfermería con conocimientos científicos, técnicos y prácticos en un Adulto Mayor con alteraciones metabólicas basándose en la propuesta teórica de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas con la finalidad de proporcionar cuidado de enfermería holístico y de calidad al paciente y familia.

## IV. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Enfermería como Profesión disciplinar

La enfermería ha sido una actividad que ha transitado de oficio a profesión a disciplina, esto debido a sus avances en el desarrollo teórico metodológico y a la importancia y trascendencia que su práctica tiene para responder a la demanda de cuidado de la sociedad en su conjunto.

#### De oficio a profesión

Al igual que en otros países, en México, la enfermera era considerada un oficio, no respondiendo a preparación o instrucción formal alguna, fue meramente artesanal, otorgando una práctica en esencia empírica y un ejercicio no regulado por normatividad alguna; situación que privó por largas décadas. Sin embargo, a partir de la creación y servicio de la primera escuela de enfermería en el Hospital General de México en el año de 1907, da su primer paso hacia la profesionalización, fecha en la que toma un carácter de profesión.

La enfermería como profesión, se ubica como una actividad específica que posee un campo de práctica orientando hacia el beneficio de las personas a través del cuidado, se rige por un código ético, una legislación y una formación sistematizada y validada institucionalmente, su ejercicio es remunerado y posee un reconocimiento social. El desarrollo profesional hasta aquí alcanzado está influenciado por la delimitación y construcción del proceso de cuidado y por la identificación y desarrollo de tecnologías propias<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Sotomayor, S.S. *Dimensión teórico conceptual de la enfermería disciplinar*. En: Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. México: Manual Moderno. 2009. p., 66.

## De profesión a profesión disciplinar

En la actualidad la enfermería se define como una profesión disciplinar del cuidado a la persona, dicha definición nos lleva identificar en ella dos componentes: uno profesional y otro disciplinar, lo cual no implica una fragmentación real en la práctica, más bien con ello se pretende evidenciar el avance, desarrollo y la profesionalización de enfermería, ya que aunque sigue cumpliendo con las características de profesión, ahora apoya y fundamenta su práctica profesional no sólo con conocimiento y dominio tecnológico, sino con el perfeccionamiento de éste, a partir de reconocer y trascender en el dominio de su objetivo y sujeto de estudio.

En lo disciplinar, la enfermería está justificada debido a que posee un cuerpo de conocimientos propios que evolucionan de manera independiente; asimismo tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia, consta de sustentos científicos propios y de otras disciplinas, los cuales están relacionados con el arte y la tecnología de cuidado.

La disciplina profesional de enfermería dirige sus metas al logro y utilidad práctica, por lo tanto sus teorías deben mantenerse en los ámbitos descriptivos y prescriptivos esto es, la enfermería lleva el conocimiento directo hacia la práctica, utilizando teorías que le competen y le permitan resolver necesidades humanas de salud, permitiéndole también crear nuevos conocimientos para el cuidado, lo cual posibilita la autonomía e identidad profesional. Del mismo modo, su práctica es guiada bajo principios éticos y morales que le permiten desarrollarse de manera efectiva y elocuente dentro de los principios de vida y respeto que demanda la práctica del cuidado a la persona.

La enfermería como disciplina tiene como finalidad facilitar el conocimiento necesario y suficiente que deben de utilizar los profesionales en la práctica lo cual

compromete a quien la ejerce a construir o reconstruir conocimientos propios que contribuyan cada día más a su consolidación como ciencia del cuidado.

La disciplina de enfermería apoya y fundamenta la práctica profesional, no existe una separación, ya que ésta debe gobernar la práctica profesional y no ser definida por ella; debe aportar el sustento teórico metodológico y tecnológico necesario para el buen desempeño de los profesionales en el cuidado del individuo, familia y comunidad, base indispensable para la consolidación de una disciplina que, aunque vieja como arte, en la actualidad demanda su construcción y consolidación como ciencia.

El progreso y consolidación de una disciplina puede medirse por la extensión de la capacidad entre sus miembros en lo referente a identificar preguntas significantes, así como de proveer respuestas coherentes en lo relacionado a su naturaleza filosófico-epistemológica y metodológica que apoyen su construcción como disciplina<sup>2</sup>.

#### Avances para la atención de la salud

Los avances principales que se han logrado en el país en materia de organización para conocer y participar en la detección y atención de necesidades y problemas de salud de la población, para mejorar la calidad de los servicios de salud y extender la cobertura son:

- Conformación de un Sistema Nacional de Salud cuyas instancias y vertientes tienden a elaborar programas a partir de un diagnóstico de salud, con objetivos, metas y estrategias instrumentales de sectorización bien definidos, descentralización; modernización administrativa, coordinación intersectorial y participación de la comunidad. Éstos a su vez permiten crear programas operativos apoyados por programas de investigación y de formación y desarrollo de recursos humanos, principalmente.

---

<sup>2</sup> *Ibíd.*, pp.66-68

- Cumplimiento de metas formuladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para lograr una vida digna y adecuada a partir del conocimiento de indicadores de salud y del nivel de vida y su interacción en el proceso salud-enfermedad.
- Distribución de las instituciones en los tres niveles de atención a la salud.
- Tendencia progresiva a percibir al individuo, familia y comunidad, como elementos que tienen derechos tanto en el estado de salud como en el de enfermedad, que conlleva a un trato humanitario, entendido éste no como teoría, sino como reflexión.

Los avances antes mencionados han logrado cambios epidemiológicos, descenso o erradicación de algunas enfermedades, aumento en la esperanza de vida, detección oportuna de enfermedades y sus consecuencias, terapéuticas eficientes y, sobre todo, la participación comunitaria en la satisfacción de necesidades y solución de problemas de salud. Éstos han requerido de un equipo de salud, en el que el personal de enfermería es un recurso humano clave para dar atención de calidad al individuo, familia y comunidad.

La enfermería es una disciplina profesional que tiene por objeto desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con el fin de precisar las características de la disciplina.

Desde finales del siglo XVIII y hasta mediados del siglo pasado, varias teorías han reconocido que los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno implícita y explícitamente son los que se clasifican y constituyen el núcleo del campo de los cuidados de enfermería. Estos conceptos permiten precisar la importancia de su interrelación, y son las formas de concebir un cuidado que exprese las respuestas a las necesidades convenientes en materia de salud de las personas, familias y comunidades.

Al asegurar una respuesta óptima a las necesidades cambiantes, requiere del dominio de un saber y de competencias específicas, desde la formación del recurso humano en enfermería para que al incorporarse al mercado laboral ofrezca un cuidado de calidad presentado en principios universales de los saberes, como son el saber, que incluye valores, actitudes, creencias, convicciones; el saber hacer, que está sustentado por habilidades relacionales y técnicas. Estos saberes convergen hacia la competencia necesaria para el cuidado que refuerza y transforma al otro.

El campo de la enfermería es el cuidado que permite a la persona dominar los acontecimientos ligados a su experiencia de salud y mejorar su bienestar. El valor óptimo del cuidado de enfermería se mide por el poder que reciben los estudiantes, a través de una sólida formación con un enfoque crítico, capaz de asumir diversos roles de un sistema de salud cambiante y para un liderazgo que le permita participar en las decisiones en materia de salud.

Desde esta óptica, los estudiantes se inician en la importancia primordial de la interdependencia y de la complementariedad de las diferentes profesiones del área de la salud, de las áreas sociales y de las humanísticas que les permiten contar con herramientas para fundamentar su quehacer y anticiparse a los cambios para la toma de decisiones en equipo con un alto sentido de reflexión sobre las bases conceptuales que se desea para la práctica disciplinaria en las áreas asistencial, docente, administrativa y de investigación.

La función asistencial se refiere a la atención humanizada, sistemática y de alta calidad para promover la salud, proteger de enfermedades y participar en la terapéutica requerida a través de la aplicación de modelos teóricos, técnicas y procedimientos generales o específicos de enfermería.

La función docente corresponde a la transmisión del conocimiento en la formación profesional de recursos humanos en enfermería, en la educación para la salud, en la capacitación y en la educación continua, basada en necesidades, factores de riesgo e integración docencia-servicio.

La función administrativa abarca acciones específicas basadas en teorías y metodología de la administración aplicada al servicio de enfermería, para mejorar la atención al individuo, familia y comunidad.

La función de investigación coadyuva a la ampliación del conocimiento mediante la aplicación de teorías y metodologías correspondientes, con base en diagnósticos de diversos aspectos en salud que conlleven a la elaboración de proyectos para mejorar la atención dentro de la enfermería.

Tales cuidados deben ser realizados con responsabilidad profesional, científica, ética y humanística para con las personas, con la práctica, con la profesión y con otros profesionales; con responsabilidad moral basada en la reflexión sobre valores para crear una conciencia ética; con responsabilidad jurídica para determinar algunas acciones que conlleva aspectos legales en la profesión y con responsabilidad civil, dado que como ciudadano tiene derechos y obligaciones. Dicha responsabilidad le permite ubicar al usuario o paciente en un contexto asistencial, técnico, ético, legal y profesional.

Por tanto, el personal de enfermería debe ser preparado en instituciones educativas oficialmente autorizadas para formar profesionales competentes, dotadas de sentido social y conciencia nacional para atender las necesidades y problemas de salud en el país.

Actualmente existen tres niveles académicos: auxiliar de enfermería, intermedio o técnico y universitario o profesional. La preparación del personal auxiliar está a cargo de instituciones de salud que requieren este nivel; el personal intermedio por instituciones educativas en enfermería con planes de estudio avalado por universidades, Secretaría de Educación Pública o Secretaría de la Defensa Nacional; y el personal universitario en escuelas o facultades reconocidas por los organismos mencionados, pero con planes de estudio que le permitan caracterizarse por su:

- Capacidad para analizar la evolución histórica y prospectiva de la atención de enfermería.

- Comprensión de factores que condicionan el proceso salud-enfermedad.
- Capacidad de interpretación de programas de salud.
- Aplicación de métodos epidemiológico y clínico en programas operativos.
- Participación en programas de educación para la salud.
- Competencia para desarrollar liderazgo.
- Aplicación de la metodología de la investigación en los ámbitos clínico, educativo y comunitario.
- Intervención en la formación de recursos humanos en enfermería.
- Capacidad para distinguir aspectos bioéticos y legales relacionados con la práctica de enfermería.
- Capacidad para sistematizar el estudio clínico integral del individuo<sup>3</sup>.

Hemos considerado la enfermería como una disciplina profesional, que contiene como tal dimensión histórica, filosófica, antropológica, principios éticos, valores propios y un marco legal que la leva a poseer un conocimiento propio que respalda la práctica de la enfermería<sup>4</sup>.

Una disciplina se distingue por un área o propiedad específica de indagación que representa una creencia compartida, entre sus miembros, y que está relacionada con su razón de ser. Es decir, una disciplina puede identificarse por una definición o concepto nuclear, que en general se expresa con una frase sencilla, la cual especifica su área de estudio particular. Por ejemplo, la fisiología es el estudio de las funciones de los sistemas vivientes, la sociología es el estudio de los principios y procesos que gobiernan las sociedades humanas.

---

<sup>3</sup> Rosales Barrera, S. y Reyes Gómez, E. *Intervención de enfermería en la atención primaria a la salud*. En: Fundamentos de enfermería. 3ª edición. México: Manual Moderno. 2004.pp.2-5

<sup>4</sup> Pintor Afanador, N. *El Cuidado Como Objeto del Conocimiento de Enfermería*, (Internet). Universidad Nacional de Colombia de [www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xx1\\_5pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xx1_5pdf)

Una disciplina profesional, adicionalmente, se define por su relevancia social y la orientación de sus valores. El núcleo se deriva del sistema de creencias y valores acerca del compromiso social de la profesión, de la naturaleza de sus servicios y del área de responsabilidad para el desarrollo del conocimiento particular. Estos requisitos requieren expresarse de forma nuclear, clara y precisa y parte fundamental del crecimiento de la disciplina radica, entonces, en el crecimiento de las teorías que dan sustento al conocimiento de enfermería pero, más que todo, a aquel conocimiento que permita ser base de una práctica fundamentada y autónoma.

La disciplina de enfermería está compuesta por varios componentes:

- 1) Perspectiva
- 2) Dominio
- 3) Definiciones y conceptos existentes y aceptados por enfermería y
- 4) Patrones de conocimiento de la disciplina

La Perspectiva está definida por 4 características, la naturaleza de enfermería como una ciencia humanística los aspectos de la práctica de enfermería, las relaciones de cuidado que se desarrollan entre los clientes y las enfermeras/os y la perspectiva de salud y bienestar.

El Dominio de enfermería, no solamente, engloba los resultados de investigación, más bien engloba el conocimiento de enfermería para la práctica; conocimiento que está sustentado en la filosofía e historia de enfermería, la práctica pasada, el sentido común, resultados de investigación, teorías y una genealogía de ideas, congruentes con metodologías, procesos de enfermería y otros procedimientos que son esenciales para el desarrollo del conocimiento. Pero en resumen se puede decir que el dominio de enfermería lo integran: los conceptos y problemas más importantes del campo de interés; procesos de valoración, diagnóstico e intervención; instrumentos para la valoración, diagnósticos e intervenciones; diseños y metodologías de investigación congruentes con el conocimiento de enfermería.

Sugiere que las definiciones y conceptos aceptados por enfermería se relacionan con el manejo de los fenómenos del dominio que, a su vez, se sustenta en teorías de enfermería cuyas fuentes fundamentales son: la práctica de enfermería en su extensión total, el paradigma biomédico, la experiencia de las enfermeras/os, los roles, las ciencias básicas, la práctica ideal de enfermería, el proceso de enfermería, y los diagnósticos e intervenciones de enfermería.

Patrones de conocimiento (formas de conocer) o sintaxis de la disciplina los siguientes aspectos: patrones de comprensión; perspectivas del conocimiento (empírica, de orientación de género y feminista y teórico crítica); patrones de teorización (teorías clínicas, teorías conceptuales y teorías empíricas); y formas de conocer propias y modelos meta teóricos.

A pesar de que la disciplina profesional recibe marcada influencia de las creencias y valores que la sustentan y de su razón social, es el núcleo de la disciplina y su desarrollo, a través de la indagación científica, lo que la distingue de otras áreas del conocimiento afines y lo que se convierte, entonces, en su marco epistemológico. Por esta razón podemos decir que el marco epistemológico de enfermería es el conocimiento que genera, a partir del desarrollo del propio núcleo disciplinar, en respuesta a las necesidades de la práctica profesional<sup>5</sup>.

## 4.2 El cuidado como Objeto de Estudio

### Concepto

El cuidado ocupa un lugar y fundamental en el discurso de la enfermería. Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla del campo de la salud. La literatura indicada que el término cuidado ha venido usándose de manera creciente desde el decenio 1960-69 hasta nuestros días. Al revisar la literatura es evidente que la mayoría de ideas y fundamentos para articular y sistematizar de forma conceptual la noción

---

<sup>5</sup> Durán Villalobos, M.M. *Marco Epistemológico de la Enfermería*, (Internet). Chía, Colombia: Universidad de la Sabana Recuperado Octubre del 2002, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/741/20203.pdf>

del cuidado se han extraído del campo de la filosofía y psicología existencial, humanista y personalista.

La enfermería es un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos que se caracterizan por poseer un objeto de estudio o de conocimiento, que le permite delimitar un campo de estudio que lo define o caracteriza, de tal forma que quienes conforman la comunidad científica compartan ese mismo objeto de estudio y un lenguaje común; es así que en la actualidad es universalmente aceptado que el cuidado es el objeto de estudio de enfermería.

El acto de salvaguardar la integridad física del individuo es el resultado de la naturaleza misma del ser humano, con esto podemos decir que cuidar es un acto inherente en el individuo. El cuidado como objeto de estudio logra una relevancia muy significativa en la sociedad, pues es la misma sociedad la que demanda y justifica la existencia de este.

La enfermería como disciplina que es, debe tener una amplia visión preestablecida relacionada con el cuidado profesional, debiendo reconocer a otros profesionales y al gremio como seres activos y trascendentes, considerando a la persona como un ser holístico, implementando la investigación con un abordaje cualitativo y cuantitativo capaz de retroalimentar la práctica de enfermería basada en el cuidado.

El acto de cuidado es un arte y ciencia que puede transformarse en reflexivo, deliberado y autónomo, a través de la disciplina enfermera que integre su práctica como sólo es posible descifrar la complejidad del cuidado humano<sup>6</sup>.

El término cuidado ha estado presente en el campo de la enfermería desde sus inicios; Florencia Nightingale hace mención de él, utilizándolo para representar la ayuda que se prestaba a las personas para vivir en sus ambientes físicos o

---

<sup>6</sup> Sotomayor, S.S. *Dimensión teórico conceptual de la enfermería disciplinar*. En: Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. México: Manual Moderno. 2009 p 74.

naturales en relación con la limpieza, el aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio<sup>7</sup>.

“cuidar es ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca”<sup>8</sup>

Desde Florence Nightingale a la actualidad: persona, entorno, salud y el cuidado, han sido los 4 conceptos centro de interés de la enfermería, constituyendo, el cuidado el objeto de estudio y su razón de ser.

#### Persona

Consta de un componente físico, intelectual, emocional, social y espiritual, el cual es afectado por el entorno y con la intervención de una enfermera. Por ello, Nightingale lo define como paciente.

#### Entorno

Son todas las condiciones y fuerzas externas que afectan la vida.

#### Cuidado

Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación o una muerte tranquila.

#### Salud

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), “Es un estado de bienestar físico, mental y social completo, no simplemente la exención de enfermedades o padecimientos”.

---

<sup>7</sup> *Ibíd.*, p., 72

<sup>8</sup> Collière, M.F. *Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería*. En: Promover la Vida. México: McGraw-Hill. 2009 pp., 233-235

La enfermería, habiendo tenido un origen práctico y asistemático, ha ido organizándose a través de los siglos como una actividad o profesión altamente estructurada, con un amplio campo de conocimientos específicos pertinentes a esa práctica, una metodología precisa y definida, y un objeto, material y formal, perfectamente identificable.<sup>9</sup>

El cuidado de enfermería tiene como fin dar respuesta efectiva a los problemas de la persona, utilizando procedimientos comunicativos y participativos que permitan interactuar en condiciones de realidad. La persona usuaria de un servicio de salud necesita y tiene derecho a estar informada y a participar en forma consciente en su tratamiento, por medio de procesos sensibilizadores que la involucran y comprometen en el cuidado de mantener, como deber y derecho, la salud y recuperarse de la enfermedad.

Las primeras líderes de enfermería desarrollaron y ensayaron múltiples formas de conocimientos para proponer mejoras en la práctica de enfermería y del cuidado de la salud.

Han sido mujeres visionarias, con carácter fuerte y han manifestado su convencimiento de que son las propias enfermeras quienes pueden y deben controlar la práctica de enfermería. Sus ideas morales y éticas respecto a la práctica requirieron observaciones detalladas, registrando y organizando el conocimiento que surgía de éstas.

Desde hace casi una centuria, el sistema de salud en México ha venido enfocando sus acciones, en su mayoría, a pacientes hospitalizados, producto del tan mencionado sistema biologicista, histórico e individual, donde se privilegia la curación por sobre la prevención y donde el poder lo ejerce fundamentalmente el médico.

---

<sup>9</sup> Cáceda Ñazco, MG. G.S *Epistemología y El Problema del Conocimiento En Enfermería*.(Internet).Recuperado 11 de Diciembre del 2008 de [www.slideshare.net/.../espistemología-y-el-problema-del-conocimient...](http://www.slideshare.net/.../espistemología-y-el-problema-del-conocimient...)

Sin embargo, cabe reconocer que se han tenido avances significativos en el tránsito del paradigma salud-enfermedad hacia el de vida-salud, donde no sólo se considera el contexto social, económico, político y cultural, sino las funciones y acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias en todos los ámbitos y niveles de atención a la salud.

De esta manera, la participación del personal de enfermería en todas las etapas del cuidado de la salud es fundamental.

Su compromiso profesional incluye actividades de prevención, promoción, atención, capacitación e investigación para la salud, dirigidas al paciente o usuario de los servicios, a su familia y a la sociedad en su conjunto.

Las articulaciones propiciadas en las relaciones del cuidado conforman su carácter político, posibilitando su presencia en las políticas o pensamientos que orientan la propuesta de las prácticas sociales, incluyendo las prácticas de salud de los ciudadanos.

El usuario puede contribuir, es decir, participar en las decisiones para el vivir individual y colectivo, con dignidad y respeto.

Los resultados de las investigaciones de enfermería muestran algunas posibilidades de avance en estos aspectos.

El personal de enfermería es hábil en reconocer y afirmar el cuidado en sí mismo y en los demás, por tanto, brindan conocimientos expertos sobre el significado del ser humano, su respuesta es única y total dentro de cada situación, toda vez que refleja su conocimiento, su forma de ver el mundo, la manera en cómo establece sus relaciones y cómo reacciona ante diferentes situaciones y el conocimiento que tiene de sus fortalezas y debilidades.

Existen diversas manifestaciones objetivas y subjetivas del poder que otorga el cuidado profesional al grupo de enfermería, por ejemplo, las relaciones entre las madres de familia y el equipo de enfermería se muestran complejas y perneadas por el ejercicio del poder, toda vez que es el personal profesional quien sabe qué,

cuándo y cómo brindar cuidado integral al paciente o usuario, más, es innegable que toda madre, que cuida a su hijo enfermo, está dispuesta a poner todo su amor y empeño para apoyar en el restablecimiento de la salud de su familiar<sup>10</sup>.

### La Estética del Cuidado

Al hablar de arte o estética en enfermería, es preciso tener en cuenta los diferentes aspectos que el arte contempla, entre otros, la capacidad de:

- 1) Encontrar significado en hallazgos dentro de una situación de enfermería.
- 2) Poder establecer un vínculo significativo con el otro.
- 3) Realizar una adecuada estética en las actividades de enfermería, tales como un vendaje, una curación, entre otros aspectos.
- 4) Determinar de manera adecuada el curso apropiado de una acción.
- 5) Conducir éticamente la práctica.
- 6) Permitir fluir los sentidos.
- 7) Aceptar la expresión del otro como manera posible de interacción.
- 8) Dar valor a la creatividad para cuidar.

Cuidar es un arte cuando se encuentran presentes las características siguientes:

Un cuidado basado en el conocimiento, la información y la educación de los métodos y las técnicas; acorde con la unicidad de la persona, creativo y adecuado, según sus experiencias e historia de vinculación familiar y con el ambiente.

Este cuidado basado en la experiencia ofrece la oportunidad de la anticipación, brinda al enfermo satisfacción, aprendizaje y mejoramiento personal humano, es trascendente y expande la conciencia de quien practica el arte de cuidar, aumenta

---

<sup>10</sup> Cárdenas Becerril, L., Arana Gómez, B., Monroy Rojas, A. García Hernández M.L. *EL CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA COMO BASE EPISTEMOLÓGICA DE LA PROFESIÓN*. En: CUIDADO profesional de ENFERMERÍA FEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERÍA.A.C. (FEMAFEE). México: 2010-2013. pp.,69-77

la fluidez y la sensibilidad de quien apoya, con el orgullo de reconocer al otro en el encuentro único e irrepetible.

El arte del cuidado de manera frecuente se pregunta cuidar a quién, la respuesta que se espera es: así mismo y a otra persona o personas con quien se interactúa con compromiso.

Las características del ser cuidado, fundamentalmente son las siguientes:

- 1) Es humano activo y trascendente.
- 2) Es un ser total en todo momento.
- 3) Pertenece a un contexto con el cual interactúa de manera cotidiana.
- 4) Tiene una historia propia.
- 5) Es cuidador de sí mismo.
- 6) Vive y crece en el cuidado.

Emplear el arte en enfermería significa cuidar y establecer una interacción recíproca, esto es, fomentar una relación intersubjetiva, respetando la mutua unicidad, reconociendo el contexto e historia del otro, respetando el potencial del otro como cuidador de sí mismo; con actitud de compromiso, presencia auténtica, responsablemente, con crecimiento mutuo y motivado por el cuidado.

El personal de enfermería tendrá presente cada día que el cuidado que otorga debe fomentar la autonomía y la dignidad del usuario, debe responder a las necesidades y carencias que manifieste el propio usuario, debe crecer como cuidador, buscando brindar una atención holística, desarrollando con ello un cuerpo de saberes de enfermería.

El cuidado siempre requiere de un momento, de un contexto, de un escenario.

Se cuida en un medio interactivo, animado o inanimado, cuyos componentes reconocidos son culturales, energéticos, espirituales, físicos, psicológicos y sociales.

Todas las personas tienen la capacidad de interactuar en una relación de cuidado.

Las enfermeras cuidan cuando son capaces de interactuar con seres humanos en respuesta a un llamado de cuidado dentro de una situación de enfermería.

Es precisamente dentro del rol docente o educador donde el personal de enfermería debe preocuparse y ocuparse de transmitir el arte y la ciencia de cuidar, tanto al paciente y a sus familiares, como al equipo de salud.

Dentro de las características de la enfermera cuidadora están, entre otras:

- 1) Contemplar diferentes conocimientos
- 2) Modelar actitudes de cuidado
- 3) Observar en la práctica los conocimientos, actitudes, habilidades e intereses
- 4) Poseer flexibilidad, secuencia y coherencia del conocimiento
- 5) Fomentar la percepción de sí mismo y el análisis de las propias actitudes
- 6) Motivar a pensar, apoyar la formación de nuevos cuidadores
- 7) Reconocer el propio sentir, identificar sentimientos y necesidades, atreverse a crear e innovar para cuidar a otro en su singularidad, reconocer, en el darse cuenta, el valor de la expansión de la conciencia
- 8) Desarrollar investigación para el cuidado, como elemento esencial de la disciplina y profesión de enfermería.

El cuidado es sentido. Las sensaciones y percepciones en el cuidado posibilitan sentir y vivir la naturaleza humana, la naturaleza de la vida, las diversas formas o modos de vivir, el placer de ser y estar percibiendo y el sentido de vivir, el existencial del ser y el cuidado como una posibilidad de ser, de llegar a ser y de construir nuevos modos de vivir.

El imaginario social, las imágenes sobre sí y sobre el mundo dan sentido al cuidado y a la vida. El horizonte del cuidado se debe localizar ante la posibilidad

de trascender los límites establecidos como posibilidad, pensar en la reconstrucción, en la cual las necesidades humanas de salud de las personas deben orientar el camino, en el que el arte, ocupando su lugar, va a crear un espacio de convergencia con la ciencia, lo que permitirá el surgimiento del arte de cuidar y el cuidado humano.

El valor del cuidado humano y de cuidar implica un nivel más alto de espíritu del ser.

Cuidar llama a un compromiso filosófico o moral hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la humanidad.

Algunas veces se habla del cuidado como si para él no se necesitara de conocimiento, como si cuidar a alguien fuera un simple asunto de buenas intenciones o calidez(...) para cuidar a alguien debo saber muchas cosas.

Debo por ejemplo saber, quién es el otro, cuáles son sus necesidades, qué me conduce a su crecimiento.

Debo saber cómo responder a sus necesidades y cuáles son mis propias fortalezas y limitaciones.

Ese conocimiento es tanto general como específico.

Para muchos, o tal vez para la mayoría de profesionales de la enfermería, parece que se asigna mayor importancia y valor al conocimiento empírico que contribuye al desarrollo de la ciencia de enfermería, en comparación con el interés y valor que se ha dado al desarrollo del conocimiento estético, porque no se reconoce su importancia, su verdadera naturaleza, ni se mira en su verdadero significado.

Parece que existe cierta dificultad en reconocer como conocimiento de enfermería aquello que no es el producto de la investigación empírica.

Se ha entendido el arte de la enfermería como un componente de conocimiento artesanal o técnico que se aprende solamente haciendo, con las orientaciones que

se reciben para asegurar la forma de actuar, de acuerdo con los pasos del procedimiento que señala el instructor o jefe.

Es fundamental comprender la complejidad del arte o de lo estético, en la medida en que es difícil de explicarlo en una definición.

En enfermería, aquello que puede denominarse propiamente estético incluye un proceso creativo, de descubrimientos en el patrón empírico de conocimiento.

Se pueden identificar aspectos o significados del arte o estética en la enfermería que le hacen diferente a la ciencia empírica.

Éstos son, entre otros:

- 1) El arte es expresivo más que formal o descriptivo
- 2) Una experiencia estética comprende creatividad y aparición, que depende de una expresión subjetiva específica
- 3) El arte de enfermería permite hacer visible con sus acciones, que el profesional comprende lo que la persona cuidada es, quiere y requiere, en este sentido, orienta o extiende su habilidad para atender las demandas que se identifican en la situación.

En síntesis, el arte de enfermería comprende la activa transformación de la conducta del paciente en la percepción de aquello que es significativo en ella, o sea, comprender cuál es la necesidad identificada en dicha expresión de la conducta. Orem asevera que el arte de enfermería lo expresa la enfermera por medio de su creatividad y estilo para diseñar y dar cuidado de una manera científica, efectiva y satisfactoria.

El arte de enfermería es creativo en la medida en que las enfermeras y enfermeros utilicen la habilidad de ser visionarios sobre las formas más adecuadas de prestar la ayuda, que muestren ser valiosas y efectivas en sus resultados.

La empatía es una capacidad fundamental de la enfermería para practicar el arte de enfermería o la aplicación del conocimiento estético.

Entre mayor habilidad adquiere la enfermera para percibir y lograr la empatía con la vida de las personas cuidadas, ganará más conocimiento y comprensión para identificar las necesidades de cuidado y para crear nuevas intervenciones que ofrezcan mejores respuestas a la persona cuidada.

El arte de enfermería o el patrón de conocimiento estético, también, integran el conocimiento ético, pues la creatividad del arte de enfermería se fundamenta en el principio de hacer el bien, de producir felicidad, de reconocer el valor de la persona para recibir lo mejor, de acuerdo con sus valores y costumbres.

En la situación de enfermería, la enfermera atiende y responde adecuadamente al llamado de necesidad de cuidado que expresa la persona cuidada, y es donde la enfermera crea o diseña formas de cuidados que se adecuan a la personalidad y situación específica que vive la persona cuidada<sup>11</sup>.

### La Ética del Cuidado

El cuidado implica valores, principios y el compromiso de cuidar, que orientan el ejercicio profesional y la toma de decisiones, pues implica emitir juicios concretos sobre lo que debería hacerse correctamente y de aquello de lo que se es responsable.

El cuidado plantea una alternativa tanto para la persona cuidada, como para el cuidador, en el sentido de dejarse cuidar y de cuidar.

Este hecho propone un dilema ético para la enfermera.

---

<sup>11</sup> Cárdenas Becerril, L., Arana Gómez, B., Monroy Rojas, A., García Hernández M.L. *La estética del cuidado*. En: CUIDADO profesional de ENFERMERÍA FEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERÍA.A.C. (FEMAFEE). México: 2010-2013. p.,86

Ésta decide si cuida, cómo cuida, para qué cuida, o si no cuida.

Mediante estudios que han venido realizando diversas enfermeras acerca de la ética y bioética, se ha logrado entender y profundizar en los diferentes éticos y humanísticos que se encuentran presentes en la relación enfermera-paciente, entre otros, el respeto por la dignidad de la persona, el respeto a su derecho a la autonomía para la toma de decisiones, respeto a su privacidad, la confidencialidad, la fidelidad del profesional y los valores que deben mantenerse en la relación y comunicación; el principio ético de beneficencia que guía el acto de cuidar para hacer el bien; el principio de no maledicencia, que nos hace reflexionar sobre cómo evitar hacer daño; la relación entre el bienestar y el medio ambiente, entre otros aspectos.

Los principios y valores que entran en juego para vivir bien, para lograr un ambiente positivo, que causen alegría, felicidad, bienestar, son los fundamentos para buscar y ofrecer un cuidado humanizado, ético y de calidad, que responda a las necesidades de las personas y grupos sociales.

El profesional de enfermería aplica, en su papel de cuidador, los fundamentos de ética, moral y bioética, como expresión de su reconocimiento al valor y respeto por la dignidad e integridad de la persona, por los principios de autonomía, beneficencia y justicia, los valores, como el respeto a los derechos humanos y, en forma específica, los derechos de los pacientes, según su edad y situación de salud.

Los profesionales en el campo de la salud tienen que afrontar cada día, con mayor frecuencia, situaciones que plantean dilemas éticos y morales de mayor complejidad, relacionados con asuntos económicos que afectan la calidad y equidad en los servicios de salud, aquellos que ocurren a la par con los adelantos científicos y tecnológicos y con las crecientes inequidades y exclusiones, además,

por los frecuentes eventos adversos que afectan la calidad de los servicios de salud que se prestan a las personas<sup>12</sup>.

### El Cuidado como Objeto Epistémico de Enfermería

El objeto epistémico de la profesión de enfermería es el cuidado del ser humano, desde la concepción hasta la muerte.

Aunque el acto de cuidar es propio de la naturaleza humana, la enfermería se apropia y asume el cuidado como esencia de su profesión.

Desde su marco conceptual, las enfermeras conciben al cuidar como un acto de vida, en el sentido de que implica una serie de actitudes y actividades dirigidas a conservar y mantener la vida.

Es un acto individual de quien da el cuidado y de reciprocidad con quien requiere ayuda, para asumir sus necesidades vitales a lo largo del proceso de desarrollo humano.

El cuidado es una forma de expresión, de relación con el otro ser y con el mundo, como una forma de vivir plenamente.

Cuidar significa comportamientos y acciones que envuelven conocimientos, valores habilidades y actitudes, emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir.

Cuidar implica comprender y ser comprometido, buscando el crecimiento y desarrollo de la persona del ser ahí en el mundo.

El cuidado es como una forma ética y estética de vivir, que se inicia por el amor a la naturaleza y pasa por la apreciación de lo bello.

---

<sup>12</sup> Cárdenas Becerril, L., Arana Gómez, B., Monroy Rojas, A. García Hernández M.L. *La ética del cuidado*. En: CUIDADO profesional de ENFERMERÍA FEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERÍA.A.C. (FEMAFEE). México: 2010-2013. p.,91

Clasifica el cuidado en tres categorías: profesional, científico y humano

El primero encarna las metas cognoscitivas intencionadas, los procedimientos y los actos de los profesionales; expresa actitudes e intereses hacia los demás con fines de ayuda para encontrar las necesidades obvias o previstas, buscar el bienestar y aliviar los trastornos.

El segundo se identifica con la prestación de ayuda a los demás, mediante actos basados en el conocimiento ensayado y verificado.

El tercero está caracterizado por el acto creativo, caritativo, intuitivo o cognoscitivo de ayuda. Se basa en acciones derivadas de los sentimientos y en actos empíricos, filosóficos, fenomenológicos, objetivos y subjetivos de asistencia a otros.

Desde el sentido ontológico, el cuidado es una manera de ser, mirar, pensar, compartir y participar con el otro; es describir la experiencia que permite al mismo tiempo el conocimiento propio.

Cuidar es una función social y cultural, una ciencia social y humana que demanda preparación, conocimientos y experiencia.

Para el cuidado de la persona el profesional de enfermería asume los papeles de proveedor de cuidados, educador para la salud e investigador.

La enfermería reconoce y conjuga la multidimensionalidad de los factores que influyen en el cuidado de enfermería; las ciencias biológicas, las ciencias sociales y del comportamiento se enlazan para dotarla de elementos sólidos que la ayudan a concebir al ser humano en su dimensión holística<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Cárdenas Becerril, L., Arana Gómez, B., Monroy Rojas, A. García Hernández M.L. *El Cuidado como Objeto Epistémico de Enfermería*. En: CUIDADO profesional de ENFERMERÍA FEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERÍA.A.C. (FEMAFEE). México: 2010-2013. p.,85

## Redimensionando el Cuidado Profesional de Enfermería

Son diversas las enfermeras estudiosas de la epistemología de enfermería quienes están de acuerdo en que es necesario redimensionar el Cuidado de Enfermería, con el objetivo primordial de responder a las necesidades de atención a la salud de los usuarios, de su familia y de la sociedad.

Los aspectos a los que nos referimos son los siguientes:

- 1) Paradigma vida-salud
- 2) Cuerpo de saberes propio de enfermería y
- 3) El Cuidado Profesional de Enfermería como objeto epistémico de la profesión.

Nuestro punto de partida se apoya en las siguientes aseveraciones:

- 1) El cuidado es la esencia y el núcleo central de competencia y responsabilidad de la práctica de enfermería.
- 2) El cuidado de enfermería es la esencia de la profesión y como tal universal.
- 3) El cuidado de enfermería es una actividad que debe ser asumida por todas las enfermeras, sin importar el grado académico o la categoría laboral.
- 4) El cuidado de enfermería necesita ser resignificado, en tanto todavía para muchos usuarios y algunas enfermeras éste se refiere a las técnicas y procedimientos de intervención realizados con y para los usuarios/pacientes.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Cárdenas Becerril, L., Arana Gómez, B., Monroy Rojas, A. García Hernández M.L. *El Cuidado como Objeto Epistémico de Enfermería*. En: CUIDADO profesional de ENFERMERÍA FEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERÍA.A.C. (FEMAFEE). México: 2010-2013. p.,95

## Paradigma Vida Salud

La cultura de atender la enfermedad surge con el proceso de institucionalización de la medicina, a fines del siglo XVIII, cuando cobra supremacía la atención del cuerpo, de lo biológico, lo individual y segmentado.

Tiene sus orígenes cuando los hospitales se convierten en centros de atención a los enfermos.

Implementar el paradigma vida-salud, en términos operativos e instrumentales, implica, en primer término, reconocer la importancia que tiene el ofrecer a la sociedad, independientemente de los grupos erarios, y de los ámbitos laborales, formación, asesoría, orientación y capacitación en educación para la salud, desde un enfoque preventivo, fomentar las acciones sobre el autocuidado de la salud, estilos de vida saludables y, en general, actividades que permitan que la población se corresponsabilice de cuidar su vida, su salud y con ello incrementar y preservar los índices de bienestar social.

En los niveles segundo y tercero, esto es, curación y rehabilitación, es urgente y necesario que el personal de enfermería fomente también actividades de autocuidado, educativas, de asesoría y consultoría, con la finalidad de acortar las estancias hospitalarias, disminuir secuelas, fortalecer los vínculos familiares y afectivos del paciente o usuario con su familia y seres queridos; involucrándolos en el otorgamiento de cuidados, los cuales se continuarán en el hogar<sup>15</sup>.

### Cuerpo de Saberes propio de enfermería

La posesión de un cuerpo de saberes en enfermería es un asunto no sólo controvertido para las propias enfermeras, sino que existe cierto desconocimiento de su génesis e importancia, por esta razón, en este apartado haremos una

---

<sup>15</sup> Cárdenas Becerril, L., Arana Gómez, B., Monroy Rojas, A. García Hernández M.L. *Paradigma vida-salud*. En: CUIDADO profesional de ENFERMERÍA FEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERÍA.A.C. (FEMAFEE). México: 2010-2013. p.,96

exposición y análisis sobre su desarrollo epistémico y la trascendencia que tiene para la profesión de enfermería.

El cuerpo de saberes constituye, desde la óptica de la sociología de las profesiones, uno de los elementos importantes que distinguen a una profesión.

Es precisamente la posesión de este cuerpo de saberes sistémicos, adquiridos a través de una formación escolar, lo que le imprime el carácter teórico a la tarea profesional<sup>16</sup>.

### El Cuidado Profesional de Enfermería como Epistémico de la Profesión

Creemos necesario analizar y argumentar, desde la epistemología de enfermería, la redimensión del cuidado humano, estableciendo una plataforma que permita fundamentar, clarificar y fortalecer la naturaleza del conocimiento de enfermería para, posteriormente, revisar o elaborar modelos de atención apropiados a las necesidades complejas que presenta el ser humano, considerando la variabilidad interpretativa del contexto cultural, social, político y económico en el que vive.

En este sentido, cuidar de la vida humana se convertirá nuevamente en el paradigma que le permita al profesional de enfermería ofertar servicios de calidad, poseer un cuerpo de saberes e incidir en los problemas de salud y enfermedad.

Los paradigmas que en nuestros tiempos son aceptados de manera unánime por el personal de enfermería son los siguientes:

Enfermería es una profesión y una disciplina que apoyada en el conocimiento científico busca su desarrollo permanente para atender con profesionalismo su objeto de estudio: el hombre y sus respuestas integrales a los procesos de salud o enfermedad.

---

<sup>16</sup> Cárdenas Becerril, L., Arana Gómez, B., Monroy Rojas, A. García Hernández M.L. *Cuerpo de Saberes propio de enfermería. En: CUIDADO profesional de ENFERMERÍA FEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERÍA.A.C. (FEMAFEE). México: 2010-2013. p.,103*

La perspectiva disciplinaria privilegia los fenómenos que tienen que ver con la salud de los individuos, de las familias y de los grupos poblacionales.

Esto implica un alto grado de sentido social, cohesión entre colegas, una base amplia de conocimientos, así como un código de ética que regule sus acciones.

Su hacer lo lleva a cabo mediante el Proceso de Enfermería, que constituye su método de trabajo, éste le permite definir el carácter de sus intervenciones, las que se dan en dos ámbitos, uno independiente y otro interdependiente, el primero constituye el área autónoma para el diagnóstico y Cuidado de Enfermería, a través de actividades en que la relación interpersonal constituye el centro de los roles que desempeña, a saber: otorgadora de cuidado, educadora, colaboradora, coordinadora, consultora, consejera e investigadora.

El ámbito interdependiente comprende aquellas actividades que enfermería realiza en conjunto con el equipo de salud a efecto de resolver problemas que se constituyen en complicaciones en la dimensión física, emocional, espiritual y social de las personas, familia y comunidad<sup>17</sup>

#### Antecedentes

Etimológicamente el término enfermería se genera a partir del término anglosajón nurse, el cual se deriva de la palabra latina (alimentar) y nutrix (mujer que cría); sin embargo, el término fue evolucionando conforme al cambio de la dinámica social, hasta la aparición de la palabra enfermería, la cual es coetánea del término enfermedad, lo que de alguna manera termina que la actividad cuidar se vea restringida casi exclusivamente a la enfermedad.

---

<sup>17</sup> Cárdenas Becerril, L., Arana Gómez, B., Monroy Rojas, A. García Hernández M.L. *El Cuidado Profesional de Enfermería como Epistémico de la profesión*. En: CUIDADO profesional de ENFERMERÍA FEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERÍA.A.C. (FEMAFEE). México: 2010-2013. p.,117

La enfermería ha contado y cuenta con una historia reconocida y fundamentada, lo cual constituye un elemento clave e indispensable para comprender su naturaleza como profesión, condición elemental para la generación y desarrollo de su campo de conocimiento, ya que siguiendo una disciplina debe de ser construida entre otros elementos desde su historia y práctica.

La historia constituye una pieza clave para la formación profesional, la interiorización de sus postulados actuales está relacionada con la comprensión de esta actividad a lo largo del tiempo y por tanto, con la necesidad de investigar en el pasado. Hablar de historia de enfermería es hablar de historia del cuidado, esto es reconocer a lo largo de los siglos el saber y el quehacer de la actividad de cuidar. Asimismo, el contenido se remota a las prácticas cuidadoras siempre ligadas a la conservación de la especie humana.

La actividad de cuidar es tan antigua como el hombre mismo, ya que ésta ha sido una condición indispensable para la conservación y preservación de la especie. En este sentido la significación histórica de los cuidados es tan genuina como la propia existencia del hombre, con tiempos de larga duración y estructuras profundas y estables.

La recuperación del pasado de la profesión (práctica de cuidado) emerge como existencia prioritaria de profundizar en el entramado de la investigación histórica, así como en sus postulados epistemológicos y metodológicos. A través de la historia, la forma de cuidar, de entender su significado, practicarla y asumir una responsabilidad, ha sido producto de la construcción cultural materializada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una sociedad tiene alrededor del cuidado, en la que la historia, la ciencia y la misma cultura han cumplido un papel muy importante en su evolución, a la construcción de este patrimonio y han dado dirección al ejercicio del cuidado .

La evolución del cuidado a través de la historia está determinado por el cambio y la dinámica de factores políticos, económicos y sociodemográficos de la sociedad en la que se origina, ya que el cuidado en todos los tiempos y en todas las culturas ha representado una actividad indispensable para asegurar la continuidad de la vida, de ahí que tome características u orientaciones diferentes que lo definen y determinan a lo largo de su práctica.

El origen del cuidado es inherente a la aparición del hombre, este constituye una garantía insustituible en el desarrollo y evolución de la especie humana y de las sociedades en su conjunto.

El cuidado en la época primitiva y prehispánica, tiene como principal meta o fin la seguridad y mantenimiento de la vida. El hombre primitivo se cuidaba para protegerse de los fenómenos naturales, aprende que el cuidarse de manera conjunta y cooperativa era indispensable para su subsistencia. El cuidado se orienta básicamente a la alimentación, vestido, protección e higiene. Un evento clave que consolida y mejora la práctica del cuidado en estas épocas es el descubrimiento y el dominio del fuego, ya que configura una estructura social más segura, pues mejora la práctica de alimentación, apoya en la elaboración de herramientas para caza y agricultura, genera ideas mágico-religiosas, brinda protección y es motivo de reunión, lo cual fortalece al grupo.

Con la Conquista y la Colonia, el cuidado sufre una transformación radical, asociada con la imposición del cristianismo y el poder de la Iglesia. Surge el concepto del bien y el mal, los cuales se asocian a la salud y a la enfermedad. La enfermedad se ubica en una dualidad importante, por un lado se ve como castigo divino, pero también como un sacrificio que ha de padecerse para expiar el pecado y ganarse el cielo. Asimismo, el cuidar se convierte en una vía para la sanación y salvación, de ahí que las mujeres que proporcionan el cuidado son todas aquellas que se concibieran en pecado o fueran viudas<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Sotomayor, S.S. *Dimensión teórico conceptual de la enfermería disciplinar*. En: Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. México: Manual Moderno. 2009. pp., 76 y 77

El primer intento de sistematización de la noción de cuidado se ubica en el Siglo XIX, con el trabajo de Florence Nightingale. Donde se refiere a las técnicas para ofrecer comodidad, higiene y alimentación a los enfermos.

Para Nightingale “cuidar es un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la no vale la pena mencionar que el siglo XIX se caracterizó en el área de salud por la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas lo que ayuda a comprender la importancia en el medio ambiente y la influencia de la naturaleza expresada por Nightingale.

Durante las décadas del Treinta y Cuarenta del Siglo XX, Virginia Henderson desarrolló una propuesta con el objetivo de definir la función de la enfermera.

Esta autora en un análisis histórico que publica sobre el plan de cuidado de enfermería, reconoce que desde los años Veinte algunas enfermeras elaboraban proyectos referentes al diseño de planes de cuidado.

La salud hacia principios del siglo XX era definida como ausencia de enfermedad.

El cuidado por lo tanto se orientó hacia la resolución de problemas, deficiencias.

En la segunda mitad del siglo, el concepto se amplía considerando el contexto para comprender y explicar la situación de salud individual o colectiva y el cuidado se lleva a cabo para contribuir a recuperar la salud, prevenir la enfermedad, fomentar el mantenimiento de la salud.

El cuidado se da a partir de la identificación de la necesidad de ayuda considerando las percepciones e integralidad de la persona.

Las investigaciones realizadas en los años Cincuenta en la Universidad de Washington aportaron los fundamentos para diseñar los primeros “Planes de Cuidado”, basados en principios científicos.

En los años Sesenta surgió en Norte América, la preocupación por construir “Modelos de Enfermería” y por desarrollar un método a partir del “Proceso de Enfermería” en respuesta las exigencias que planteaba el sistema de salud.

“La dimensión social de la práctica de la enfermería”, afirma que en estos modelos conceptuales se encuentran representaciones de enfermería que, en algunos círculos académicos, han servido para facilitar la orientación de la formación del cuidado y de la investigación.

También afirma, “que los modelos propuestos durante estos dos decenios se pueden decir que coinciden en trabajar el Cuidado como objetivo social de enfermería y representan el saber contemporáneo, que intenta desligarse de los fundamentos anatomoclínicos y etiopatológicos, que por más de un siglo constituyeron los únicos fundamentos científicos de enfermería, para construir su objeto de saber con el apoyo de las ciencias sociales, que aportan otras lecturas de las necesidades del ser humano en relación con sus procesos vitales”; “la promoción de la salud y la atención de la enfermedad son los fines intermedios para contribuir al bienestar, la calidad de vida y el desarrollo de las personas con quienes se interactúa.”

Define el cuidado “como un acto de interacción humana, recíproco e integral, guía del conocimiento durante el decenio del Ochenta, surge con más intensidad la preocupación por la indefinición de la enfermería y se diseñan perfiles que tipifican las destrezas profesionales. “La enfermera interactúa en la situación de cuidado de la salud con el ser humano, quien es parte integral de su contexto sociocultural y que está en alguna forma de transición o de anticipación a esta; las interacciones del cliente-enfermera están organizadas alrededor de algún

propósito y la enfermera utiliza acciones deliberadas para, causar o facilitar la situación de salud”.

“que la enfermería ha atravesado numerosas etapas en la búsqueda de la identidad profesional y autenticidad y define cuatro etapas:

1.- practica

2.- educación y administración

3.- investigación y

4.- De desarrollo teórico”. En esta última etapa considera que se aceptó la complejidad de la naturaleza de enfermería y la posibilidad de trabajar con múltiples paradigmas, la necesidad de probar y corroborar los planteamientos más importantes de diferentes teorías, antes de descartarlas y la idea de aceptar la permanencia de diversos modelos y teorías en el campo docente, investigativo y de la práctica.

En el decenio del Noventa, el movimiento de reflexión sobre la Conceptualización en enfermería, indaga por los conceptos propios de este campo y se propone precisar cuál es su objetivo o razón social de la enfermería, identificando “el cuidado” como la función histórica de los profesionales de enfermería.

En Centro, Sudamérica y en la región Caribe, no se ha desarrollado una corriente teórica con las características de la experiencia Norteamericana. En Colombia, se han dado algunas aproximaciones como la desarrollada por el grupo de reglamentación profesional, constituido por representantes de docencia y de servicio. Grupo que contribuyó a la expedición de la Ley 266 de 1996 en cuyo texto se define Enfermería y se especifica el cuidado como el fin de la práctica profesional.: “Enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual. Su objeto es el “cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad” en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud – enfermedad”<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> *El cuidado, un poco de historia*, (Internet). Recuperado Martes 25 de Julio del 2006, de [cuidadosenfermeros.blogspot.mx/2006/07/el-cuidado-un-poco-de-historia.html](http://cuidadosenfermeros.blogspot.mx/2006/07/el-cuidado-un-poco-de-historia.html)

## Tipos de Cuidado

- CARE: cuidados de costumbre y habituales, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida, representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua, calor, luz o naturaleza afectiva o psicosocial.
- CURE: cuidados de curación, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que interfiere con la vida, eliminar los obstáculos, limitar la enfermedad, asistir en la estabilización de los procesos degenerativos, viendo a la persona como un ente integrado, con un alto estilo de vida propio determinado por su grupo, su cultura y su entorno<sup>20</sup>.

## Teoría de Enfermería

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería; a partir de esta fecha, grandes han sido los alcances que se han logrado en su desarrollo socialización y aplicación. Ya que así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería, muchos teóricos y profesionales de enfermería tienen una idea o conceptualización particular de la práctica de enfermería, la cual influye de manera determinante en la toma de decisiones y guía las acciones que se toman en la práctica.

## Conceptualización de teoría

Se pueden identificar varios tipos de definición de teoría de enfermería: por su estructura, por sus metas, por su naturaleza, e integrativa:

1. En lo referente a su estructura, la teoría se define como “un conjunto de hipótesis relacionadas”. Esta definición incorpora a la investigación como

---

<sup>20</sup> Collière, M.F. *Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería*. En: Promover la Vida. México: McGraw-Hill. 2009. p 235

una parte significativa en el proceso teórico, descartando en su concepto el proceso mental.

2. Esta definición tiene un enfoque derivado de las metas en las cuales se basa la teoría, definiéndola como “un sistema conceptual o marco de referencia inventado con un propósito definitivo”. Dicho propósito está dirigido a prescribir y dirigir acciones de enfermería.
3. Dicha definición hace alusión a la naturaleza tentativa de la teoría, definiéndola como una declaración que tiene como propósito explicar y caracterizar un fenómeno, agregando que la esencia de enfermería no es lo que es, sino lo que debe de ser.
4. Esta definición se enfoca en integrar las tres anteriores, por lo que define a la teoría como un grupo de conceptos, definiciones y proposiciones que
5. proyectan una visión sistemática de un fenómeno, designándoles relaciones específicas.

En la actualidad se declaran que la teoría de enfermería “es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones, que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos mediante el diseño de interrelaciones específicas entre los conceptos, con el fin de describir, explicar y predecir el fenómeno del cuidado”<sup>21</sup>.

Genéricamente, la teoría de enfermería se define como una comunicación de una conceptualización de algún aspecto de la realidad de la enfermería, con el propósito de describir un fenómeno, explicar las relaciones entre fenómenos, predecir las consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería. Las teorías de la enfermería son los depósitos donde reposan los resultados de la indagación relacionada con conceptos de enfermería, tales como salud, promoción de salud,

---

<sup>21</sup> Sotomayor, S.S. *Teoría de Enfermería*. En: Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. México: Manual Moderno. 2009 .p 82

comodidad, sanar, recuperación, movilidad, descanso, cuidado, fatiga, ayudar a ser capaz de, cuidado familiar.

También son depósitos de las respuestas generadas para la comprensión de los fenómenos significativos de enfermería, tales como niveles cognitivos después de un accidente cerebrovascular, procesos de recuperación, rechazo a un régimen de rehabilitación para pacientes post infarto del miocardio, admisiones recurrentes al hospital<sup>22</sup>.

### Razones para la teoría

La teoría proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

La capacidad del personal de enfermería se ve aumentada a través del conocimiento teórico, ya que es más probable que los métodos tengan éxito si están desarrollados sistemáticamente, y sirve de referencia ante la duda.

La teoría proporciona, asimismo, autonomía profesional a través del punto de referencia que supone tanto para el ejercicio profesional como para la formación y las labores de investigación de la profesión.

El estudio de la teoría, por último, favorece el desarrollo de la capacidad analítica, estimula el razonamiento, clarifica los valores y los supuestos y determina los propósitos del ejercicio profesional, educación e investigación de la enfermería

### Principales conceptos y definiciones del desarrollo teórico

#### Filosofía

La filosofía es la ciencia constituida por la lógica, ética, estética, metafísica y epistemología. Investiga las causas y leyes que subyacen tras la realidad e indaga

---

<sup>22</sup> Durán Villalobos, M.M. *Marco Epistemológico de la Enfermería*, (Internet). Chía, Colombia: Universidad de la Sabana Recuperado Octubre del 2002, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/741/20203.pdf>

sobre la naturaleza de las cosas basándose más en un razonamiento lógico que en métodos empíricos.

## Ciencia

La ciencia es la observación, identificación, descripción e investigación experimental y teórica de los fenómenos naturales. Es una doctrina o conjunto de conocimientos.

## Conocimiento

El conocimiento es la consciencia o percepción de la realidad, que se adquiere por medio del aprendizaje o de la investigación.

## Hecho

Un hecho es algo que se conoce con certeza.

## Modelo

Un modelo es una idea que se explica mediante una visualización simbólica y física. Los modelos simbólicos pueden ser verbales, esquemáticos o comunicativos. No poseen una forma física reconocible y representan un nivel de abstracción más elevado que los modelos físicos. Los modelos verbales son enunciados formados por palabras. Los modelos esquemáticos pueden ser diagramas, dibujos, gráficos o fotografías. Los modelos cuantitativos son símbolos matemáticos. Los modelos físicos pueden parecerse a lo que se supone que representa; por ejemplo, los órganos corporales, o pueden ser más abstractos aunque conservando algunas de las propiedades físicas, como el ECG. Los modelos pueden utilizarse para facilitar el razonamiento sobre los conceptos y las relaciones que existen entre ellos o para planificar el proceso de investigación.

## Modelo conceptual

Los modelos conceptuales están formados por ideas abstractas y generales (conceptos) y por las proposiciones que especifican sus relaciones.

## Paradigma

Un paradigma es un diagrama conceptual. Puede ser una amplia estructura utilizada para organizar la teoría.

## Teoría

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos mediante el diseño de unas interrelaciones específicas entre los conceptos con el fin de describir, explicar y predecir.

## Concepto

Un concepto es una formulación mental compleja de un objeto, característica o hecho que se deriva de la experiencia perceptiva individual. Es una idea, una imagen, o una generalización formada y desarrollada en la mente. Los conceptos identifican a los fenómenos.

## Concepto abstracto

Los conceptos abstractos son completamente independientes del tiempo o del espacio. La temperatura, por ejemplo, es un concepto abstracto.

## Concepto concreto

Un concepto concreto es específico para un tiempo y un espacio dado, como la temperatura corporal de una persona concreta, en un momento o en un día determinado.

## Fenómeno

Un fenómeno es cualquier acontecimiento o hecho que es percibido directamente por los sentidos. Es lo que existe en el mundo real.

## Definiciones

Las definiciones son enunciados sobre el significado de una palabra, frase o término.

### Definiciones teóricas

Las definiciones teóricas transmiten el significado general del concepto de forma que se ajuste a la teoría.

### Definiciones operativas

Las definiciones operativas especifican las actividades de las “operaciones” necesarias para medir una construcción o una variable.

## Supuestos

Los supuestos son enunciados considerados como verdaderos sin prueba o demostración. Pueden ser explícitos o implícitos.

## Enunciados teóricos

Los enunciados teóricos describen la relación entre dos o más conceptos.

## Ley

Es un enunciado que describe una relación en la que los científicos tienen tanta confianza que la consideran una “verdad” absoluta.

## Axiomas

Los axiomas son un conjunto básico de enunciados, cada uno independiente de los demás (expresan cosas diferentes), a partir de los cuales pueden derivarse de forma lógica todos los demás enunciados de la teoría. Los axiomas se asocian frecuentemente con la geometría plana.

## Proposiciones

Las proposiciones son teoremas o enunciados derivados de axiomas. El término se utiliza con frecuencia de forma intercambiable con el de hipótesis para significar cualquier idea que se presenta en forma de enunciado científico.

## Hipótesis

Una hipótesis es un enunciado de relación que ha de ser probado.

## Generalizaciones empíricas

Las generalizaciones empíricas son patrones de sucesos hallados en diferentes estudios empíricos.

## Existencia

Los enunciados de existencia establecen una topología, indicando que un concepto existe.

## Enunciados de relación

Los enunciados de relación indican que los valores de un concepto están asociados o correlacionados con los de otro. Las relaciones pueden ser lineales o circulares. Las relaciones lineales pueden ser positivas (cuando un concepto existe o es de nivel alto, el otro concepto también existe o es de nivel alto y viceversa) o negativas (cuando un concepto existe o es de nivel alto, el otro concepto es de nivel bajo y viceversa), o puede no existir ninguna relación (cuando la existencia de un concepto no aporta información sobre la existencia de otro concepto y viceversa). Las relaciones circulares se caracterizan por sentidos también circulares (cuando un concepto es de nivel alto y bajo, el otro concepto es de nivel alto o bajo).

## Causal

Se cree que un concepto ocasiona la aparición de otro concepto si entre ellos existe una relación causal. Correlación no es causalidad.

## Determinista

Las variables dependientes están determinadas por variables independientes.

## Probabilista

La probabilidad predice tanto la no ocurrencia como la ocurrencia de algo.

## Investigación

La investigación es la aplicación de métodos sistemáticos para obtener un conocimiento fiable y válido sobre la realidad empírica. La investigación puede generar una teoría a través de un método inductivo o analizarla mediante un método deductivo<sup>23</sup>.

## Desarrollo de la teoría

El desarrollo de las teorías es un proceso basado principalmente en la inducción, la deducción y la retroinducción.

## Inducción

La inducción es una forma de razonamiento que va de lo específico a lo general. En la lógica inductiva, una serie de detalles se combinan para formar un conjunto mayor de cosas. En la investigación inductiva, los diferentes hechos se observan y analizan a fin de que sirvan de base para la formulación de enunciados teóricos generales, denominados frecuentemente “teoría básica”. Es un método que parte de la investigación y progresa hacia la teoría.

## Deducción

La deducción es una forma de razonamiento lógico que progresa desde lo general a lo específico. Este proceso implica una secuencia de enunciados teóricos formulados a partir de varios enunciados o axiomas generales. Se utilizan dos o

---

<sup>23</sup> Ann Marriner Tomey. *Introducción al análisis de las teorías de enfermería*. En: MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA. 6ª edición. México: Elsevier España. 2007. pp. 3-5

más enunciados de relación para extraer una conclusión. Las relaciones teóricas abstractas se utilizan para formular hipótesis empíricas específicas. Es un método que parte de la teoría y progresa hacia la investigación.

#### Retroinducción

La retroinducción combina inducción y deducción.

#### Análisis de la teoría

El análisis es un proceso importante que constituye un paso crucial en la preparación del uso de trabajos teóricos enfermeros en educación, investigación, administración o práctica. La revisión crítica del trabajo antes de uso conduce a su mejor comprensión. El análisis de la teoría es el proceso llevado a cabo para adquirir el conocimiento del trabajo teórico. Los criterios para evaluar cada uno de los trabajos teóricos que se incluyen en este texto son la claridad, la simplicidad, la generalidad, la precisión empírica y las consecuencias deducibles. El análisis, la crítica y la evaluación son métodos de Studio crítico del trabajo teórico de la enfermería.

#### Claridad

La coherencia y la claridad semántica y estructural son muy importantes. Para evaluarlas deben identificarse los principales conceptos, subconceptos y sus definiciones. A menudo, las palabras tienen múltiples significados dentro de una misma o varias disciplinas, así que deberían definir las palabras cuidadosa y específicamente desde el marco del que derivan (filosofía, modelo conceptual o teoría).

#### Simplicidad

La simplicidad en el desarrollo de la teoría es apreciada. Sugieren que las enfermeras necesitan una teoría simple, como la de nivel medio, que guíe su práctica. Cualquier teoría debe ser lo suficientemente comprensible y en un nivel de abstracción que pueda servir de guía, aunque debería tener los menos

conceptos posibles y relaciones simples para facilitar la claridad. Mantiene que la teoría más útil es la que ofrece el mayor sentido de conocimiento. Indican que la escasez es elegante en su simplicidad y todavía más en el contenido.

### Generalidad

Para determinar la generalidad de una teoría se examinan el objetivo de sus conceptos y sus metas. Cuanto más limitados están los conceptos y las metas menos general es la teoría. Creen que las situaciones en las que se aplica la teoría no deberían estar limitadas. Afirma: cuanto mayor es el campo de aplicación, mayor es la importancia de la teoría.

### Precisión empírica

La precisión empírica se relaciona con la comprobación y uso último de una teoría, y se remite al punto en que los conceptos están emplazados en la realidad observable. Afirma: El grado en que la evidencia apoya a la teoría es un indicador de la adecuación empírica....debería haber una coincidencia entre las necesidades teóricas y la evidencia empírica. Recurre a la importancia empírica y al hecho de que cualquier persona debería ser capaz de examinar la correspondencia entre una teoría en particular y los datos empíricos objetivos.

### Consecuencias deducibles

Proponen que si la investigación, la teoría y la práctica deben estar relacionadas de manera significativa, la teoría de la enfermería debería dedicarse a la comprobación de la investigación, y ésta debería llevar al conocimiento que guía la práctica. Además, sugieren que la investigación y el ejercicio de las guías de las teorías de la enfermería deberían generar nuevas ideas, y diferencian el centro de interés de las enfermeras del de otras profesiones<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Ann Marriner Tomey. *Introducción al análisis de las teorías de enfermería*. En: MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA. 6ª edición. México: Elsevier España. 2007. pp. 5- 7, y 12 -13.

## Historia de la teoría de la enfermería

Desde 1860 a 1959.

1. En 1860, Florence Nightingale desarrolló su “Teoría del Entorno”, en 1952 funda la revista “Nursing Research”.
2. En 1952, Hildegard Peplau publica su “Modelo de Relaciones Interpersonales”, “Interpersonal Relations in Nursing”
3. En 1955, Virginia Henderson publica “Definition of Nursing”.
4. A mediados de los cincuenta, el Teachers College, de la Universidad de Columbia, de la ciudad de Nueva York, comenzó a ofrecer programas doctorales y de experto sobre educación y administración en enfermería, que desemboca en la participación de los estudiantes en el desarrollo y la comprobación de las teorías.

Desde 1960 a 1969.

1. La Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale, de New Haven, Connecticut, definió la enfermería como un proceso, interacción y relación.
2. El gobierno de los Estados Unidos consolida los programas de doctorado y experto en enfermería.
3. En 1960, Faye Abdellah publica su “Teoría de Tipología de los problemas de Enfermería”
4. En 1961, Ida Orlando publica su “Teoría del proceso Deliberativo”.
5. En 1962, Lydia Hall publica su “Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación”.
6. En 1964, Ernestine Wiedenbach publica su “Teoría del Arte de Cuidar de la Enfermería Clínica”.
7. En 1966, Myra Levine publica su “Modelo de la Conservación”.
8. En 1969, Doroty Johnson publica su “Modelo de Sistemas Conductuales”.

Desde 1970 a 1979.

1. En 1970, Martha Rogers publica su “Modelo de los Seres Humanos Unitarios”.
2. En 1971, Dorothea Orem publica su “Teoría General de la Enfermería”.
3. En 1971, Imogene King publica la “Teoría del Logro de Metas”.
4. En 1972, Betty Neuman publica su “Modelo de Sistemas”.
5. En 1976, la Hermana Callista Roy publica su “Modelo de Adaptación”.
6. En 1978, Madeleine Leininger publica su “Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales”.
7. En 1979, Jean Watson publica su “Teoría del cuidado Humano”.

Desde 1980 a 1989.

1. En 1980, Evelyn Adam publica su “Modelo Conceptual de Enfermería”.
2. En 1980, Joan Riel-Sisca publica su “Modelo de Interaccionismo Simbólico”.
3. En 1981, Rosemary Rizzo Parse publica su “Teoría del Desarrollo Humano”.
4. En 1982, Joyce Fitzpatrick publica su “Modelo de la Perspectiva de Vida”.
5. En 1983, Kathryn Barnard publica su “Modelo de Interacción Padre-Hijo”.
6. En 1983, Helen Erickson, Evelyn Tomlin y Mary Ann Swain publican su “Teoría Modelación del Rol”.
7. En 1984, Patricia Benner publica su “Modelo del Aprendiz al Experto”.
8. En 1985, Ramona Mercer publica su “Teoría del Talento parel Papel Materno”.
9. En 1986, Margaret Newman publica su “Teoría de la Salud”<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> *Teoría y Método en Enfermería*.[www.aniorte\\_nic.net/progr\\_asignat\\_teor\\_metodo5.htm](http://www.aniorte_nic.net/progr_asignat_teor_metodo5.htm)

La historia de la enfermería profesional empieza con Florence Nightingale. Fue ella quien concibió a las enfermeras como un colectivo de mujeres formadas, en un momento en el que las mujeres no estaban ni formadas ni desempeñaban trabajo alguno en los servicios públicos. Tras los años en que organizaba servicios y cuidaba a los heridos en la guerra de Crimea, su idea y la creación de una escuela de enfermería en el hospital St. Thomas de Londres fijó el nacimiento de la enfermería moderna. Las actividades pioneras de Nightingale en la práctica enfermera y sus escritos posteriores sobre enfermería sirvieron como una guía para establecer escuelas de enfermería en Estados Unidos a principios del siglo XX. Durante el siglo pasado, la enfermería empezó, con un fuerte énfasis en la práctica. En este tiempo, las enfermeras trabajaron para el desarrollo de la profesión en lo que se ha visto en las sucesivas etapas históricas.

En la etapa del currículo la pregunta fue qué deberían estudiar las aspirantes para convertirse en enfermeras. En esta etapa, el énfasis se puso en los cursos que deberían realizar para alcanzar un currículo estandarizado. A mediados de la década de 1930 se publicó un currículo estandarizado. Sin embargo, en esta época también surgió la idea de trasladar la formación de las enfermeras, diplomatura desarrollada sobre todo un ámbito hospitalario, a las universidades. Pero esto no se consiguió hasta medio siglo más tarde en muchos países.

A medida que las enfermeras iban buscando más y más educación superior, empezó a sugerir lo que se conoce como la etapa de la investigación. Ésta llegó cuando muchas enfermeras realizaban ya una formación superior y llegaban a la concepción común de la edad científica: que la investigación era el cambio hacia el nuevo conocimiento. Las enfermeras empezaron a participar en la investigación, y en el currículo enfermero de muchos de los programas de formación en enfermería se empezaron a incluir cursos de investigación.

Así pues, la etapa de la investigación fue seguida por la etapa de la educación superior. Empezaron a surgir programas de másters en enfermería para cubrir la necesidad de enfermeras con una formación especializada. Muchos de estos programas incluían un curso de investigación en enfermería y, hacia finales de

dicha etapa, la mayoría seguían un curso en teoría de enfermería o modelos conceptuales de enfermería que se explicaba a los estudiantes las primeras teorías de la enfermería y el proceso de desarrollo de la teoría.

La etapa de la teoría fue una extensión natural de la etapa de la investigación y de la educación superior. Con un conocimiento ampliado del desarrollo de la investigación y del conocimiento, resultó obvio que la investigación sin teoría resultaba insuficiente; de todos modos, la investigación y la teoría juntas crearon la ciencia enfermera. En los primeros años de la etapa de la teoría prosperó la educación de postgrado en enfermería, y el énfasis se puso más en el desarrollo de la teoría que en el uso de la teoría en la práctica enfermera. Sin embargo, en la fase contemporánea de la etapa de la teoría, el énfasis se pone en la práctica enfermera basada en la teoría y en el desarrollo continuo de la teoría. Todas las etapas citadas se dirigen hacia el conocimiento enfermero como la única manera de contribuir y poder ser reconocido en la historia de la enfermería. Estudiaron la cuestión dominante del siglo: qué tipo de conocimientos se necesitan para ejercer la enfermería. Además, en todas ellas se preguntaban cuál era el conocimiento requerido para la práctica enfermera, y lo hacían según el nivel de comprensión que tenían en ese momento.

La visión de la enfermería que tenía Nightingale (1859-1969) se ha estado llevando a la práctica durante más de un siglo, y el desarrollo de la teoría en enfermería ha evolucionado de manera rápida durante las cuatro últimas décadas, lo que llevó finalmente al reconocimiento de la enfermería como disciplina académica, con un cuerpo sustancial de conocimientos. A mediados del siglo XIX, Nightingale expresó su firme convicción de que el conocimiento de medicina. Describió que la función propia de una enfermera era el hecho de poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza (Dios) actuara sobre él o ella. Implementó la idea de que la enfermería se basaba en el conocimiento distinto a la que utilizaban los médicos en su práctica. A pesar de este precepto precoz de Nightingale en la década de 1850, no fue hasta la década de 1950 cuando los miembros de la profesión de la enfermería empezaron a discutir de

manera seria sobre la necesidad de llevar a cabo, articular y probar la teoría de la enfermería. Hasta la confirmación de la enfermería como ciencia alrededor de 1950, la práctica enfermera se basaba en principios y tradiciones que se mantenían mediante la educación del aprendizaje y los manuales o guías de procedimientos hospitalarios procedentes de los años de experiencia y de su uso.

Aunque algunos líderes de la enfermería aspiraban a que ésta llegara a convertirse en una profesión y una disciplina académica, la práctica de la enfermería continuó reflejando una herencia vocacional más que una visión profesional. La transición de vocacional a profesión incluyó la búsqueda de un cuerpo de conocimientos sustancial en el cual basar la práctica enfermera. La etapa del currículo, que destacaba la selección y el contenido de las asignaturas en los programas de enfermería, dio paso a la etapa de la investigación, que se centraba en el proceso de investigación y en el objetivo desarrollar nuevos conocimientos.

A mediados de la década de 1970, la evaluación de 25 años de investigación en enfermería reveló que ésta carecía de conexiones conceptuales y de marcos teóricos. La toma de conciencia de la necesidad del desarrollo de conceptos y de una teoría coincidió con la aparición de otros dos hitos para la evolución de la teoría de la enfermería: la estandarización de programas educativos para masters en enfermería mediante los criterios de reconocimiento de la National League for Nursing, y la decisión de que los estudios de doctorado para las enfermeras deberían tratar de enfermería.

La etapa de la teoría de enfermería coincidía con una nueva conciencia de la enfermería como profesión, y la disciplina académica por sí misma surgió de los debates y las discusiones de la década de 1960, acerca de la dirección correcta y la disciplina adecuada para el desarrollo del conocimiento de la enfermería. Esta nueva conciencia se evidenció por una proliferación explosiva de programas de doctorado en enfermería y literatura sobre la teoría de la enfermería recogida y reimpressa. La transición en la década de 1970 de vocación a profesión constituyó

un giro de gran importancia para la enfermería, puesto que las enfermeras se formulaban la pregunta:

La enfermería se basará en otra disciplina o en la misma enfermería, y la respuesta fue que la práctica de enfermería iba a basarse en la ciencia enfermera.

Progreso en la teoría de la enfermería es uno de los aspectos más importantes de la evolución educativa, y supone la piedra angular para la disciplina de la enfermería.

La década de 1980 fue un período de desarrollos importantes en la teoría de la enfermería, caracterizado como una transición del período preparadigmático al período paradigmático. Los paradigmas (modelos) prevalentes ofrecían distintas perspectivas para la práctica, la administración, la educación, la investigación y el desarrollo posterior de teorías enfermeras. En la década de 1980, la propuesta de Fawcett de que los conceptos generales de enfermería representaban un metaparadigma añadía una estructura organizativa al conocimiento de la enfermería en la literatura enfermera. La clasificación de los modelos de enfermería como paradigmas dentro de un metaparadigma con los conceptos de persona, entorno, salud y enfermería, clarifica las obras teóricas de la enfermería de una manera sistemática que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento, sitúa los trabajos de las teorías en un contexto más amplio, y facilita la comprensión del crecimiento de la ciencia enfermera dentro de las perspectivas de este paradigma.

El cuerpo de la ciencia enfermera y la investigación, educación, administración y práctica continúa expandiéndose en la enseñanza de la enfermería. Se presentan trabajos en conferencias nacionales e internacionales; la comunidad de colegiados asociada con cada uno de los diversos modelos y teorías de la enfermería publica boletines de información, revistas y libros que describen la base teórica de su práctica e investigación con el modelo o teoría seleccionado dentro sus perspectivas de paradigma.

Estas observaciones del desarrollo de la ciencia enfermera llevan a las ideas acerca de la ciencia normal. Está claro que su filosofía de la ciencia ha llegado más allá en la comprensión de la evolución de la teoría de la enfermería mediante su concepto de paradigma científico. Es importante recordar que la teoría surgió gracias a los esfuerzos personales de distintos líderes de la enfermería de todo el país y, retrospectivamente, se les considera de manera colectiva en una estructura sistemática de conocimiento.

El desarrollo de la teoría emergió de la docencia como producto del proceso de crecimiento profesional de los líderes en enfermería, administradores, educadores y trabajadores que buscaban una educación superior y se encontraron con las limitaciones de describir, explicar o predecir los resultados de la teoría enfermera desde otras disciplinas como la medicina. Estos líderes trabajaban para establecer una base científica sólida para el manejo, programa, práctica e investigación de la enfermería. La función de la teoría para transmitir una estructura organizativa y el significado en estos procesos desembocó en una convergencia de ideas, que llevó a la aparición de lo que se conoce como la etapa de la teoría de la enfermería.

El cumplimiento de la ciencia normal lleva de la mano a la fase de utilización de la etapa de la teoría; es decir, un énfasis en el uso y la aplicación en la práctica, la educación, la administración y la investigación enfermeras. Para la disciplina enfermera este énfasis sobre la utilización reimplementa el centralismo de la práctica de la enfermería, y reconoce la teoría y la investigación como instrumentos de la práctica, más que fines por ellos mismos<sup>26</sup>.

## Objetivos

- A principios del siglo XX, la enfermería no era ni una disciplina académica ni una profesión. Sin embargo, los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas. Aunque algunos pueden

---

<sup>26</sup> Raile Alligood, *Evolución de las teorías en enfermería*. En: Modelos y teorías en enfermería. 7ª edición. México: Elsevier España.2011 pp., 4-6.

utilizar indistintamente estos dos términos (disciplina y profesión), sus significados no son los mismos. Aunque la disciplina y la profesión están claramente interrelacionados, tienen significados específicos que son importantes para su comprensión:

- Una disciplina es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento.
- Una profesión hace referencia a un campo especializado de la práctica; está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan<sup>27</sup>.

## Clasificación

### Características de las teorías de enfermería

Las teorías de enfermería deben ser lógicas, relativamente simples y generalizables, estar compuestas por conceptos y proposiciones, relacionar conceptos entre sí, proporcionar bases de hipótesis verificables, ser consistentes con otras teorías, leyes y principios válidos, describir un fenómeno particular, explicar las relaciones entre los fenómenos, predecir o provocar un fenómeno deseado, ser útiles para orientar y mejorar la práctica profesional.

### Nivel de desarrollo de las teorías

Metateoría: se centra en aspectos generales, incluyendo el análisis del propósito, el tipo, la propuesta y la crítica de fuentes y métodos para el desarrollo de la teoría.

Los metaparadigmas: son de contenido abstracto y de ámbito general; intentan explicar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios

---

<sup>27</sup> *Ibíd.*, p 8.

clave (. Ej., la Teoría General de Enfermería de Orem o el Modelo de la Adaptación de Roy).

Las teorías de medio rango: tienen como objetivo fenómenos o conceptos específicos, tales como el dolor y el estrés; son de ámbito limitado, pero lo suficientemente generales como para estimular la investigación.

Las teorías empíricas: se dirigen al objetivo deseado y las acciones específicas necesarias para su realización, son definidas brevemente.

Microteoría: son las menos complejas y las más específicas. Son un conjunto de enunciados teóricos, habitualmente hipótesis, que tratan de fenómenos muy definidos<sup>28</sup>.

Las teorías se clasifican, de acuerdo con sus características de aplicación en grandes teorías o macroteorías, teorías de mediano rango o rango medio y microteorías.

#### A. Según el enfoque- Afaf Meleis (1985)

- Teoría de necesidades: se enfoca en lo que las enfermeras hacen. Sus principales exponentes son Dorotea Orem, Abdellah col.; y Virginia Henderson.
- Teoría de interacción: se dirige a ver cómo la enfermera realiza o conduce el cuidado. Sus principales exponentes son Imogene King, Paterson y Zedral.
- Teoría de resultados: se centra en los resultados del cuidado y en la naturaleza del receptor del cuidado. Sus principales exponentes son Doroty Jonson, Levine, Martha Rogers, Sor Calixto Roy.

---

<sup>28</sup> Sotomayor, S.S. *Teoría de Enfermería*. En: Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. México: Manual Moderno. 2009. pp83 y 84

B. Según la Visión del ser\_ Jacqueline Fawcett (1995)

- Organicista: aquellas teorías que buscan la persistencia y son representadas por un enfoque centrado en sistemas.
- Mecanicista: teorías que están ubicadas en la búsqueda de cambio, dinamismo y totalidad, representadas por el enfoque de interacción.

C. Según su complejidad y nivel de abstracción- Marriner Tomey (2003)

- Filosofías: son amplias y abstractas, difíciles de ser demostrables y generalizables en la práctica, pues especifican las definiciones de los conceptos del metaparadigma en todos los modelos conceptuales de la enfermería. Como ejemplo de ellas tenemos a la teoría de Nightingale, Wiedenbach, Henderson, Abdellah, Hall, Watson y Benner.
- Grandes teorías: son casi tan amplias como los modelos y las filosofías de enfermería de la cual se derivan; sin embargo, estas teorías proponen algo que es verdad o demostrable, como la teoría de Adaptación de Roy, la cual ve a la persona como un sistema de adaptación, otro ejemplo es la desarrollada por King sobre consecución de objetivos.
- Teorías de nivel medio: estas se centran en un tema más concreto, ubicado principalmente la atención en aspectos como son el estado de salud, el grupo o edad de la persona sujeta a cuidado, el ámbito en el cual se desenvuelven la práctica y las intervenciones de enfermería. Ejemplos de estas teorías son las desarrolladas por Peplau, Orland, Travelbee, Leininger, Pender, Parse, Adam, Newman, entre otras<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> Sotomayor, S.S. *Teoría de Enfermería*. En: Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. México: Manual Moderno. 2009 p 84.

## Teorías de enfermería<sup>30</sup>

Filosofías	Modelos conceptuales y grandes teorías	Teorías	Teorías de enfermería de nivel medio
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Florence Nightingale</li> <li>• Jean Watson</li> <li>• Patricia Benner</li> <li>• Virginia Henderson</li> <li>• Ernestine Widenbach</li> <li>• Faye Glenn Abdollah</li> <li>• Lydia E. Hall</li> <li>• Ray</li> <li>• Martinsen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Myra Estrin Levine</li> <li>• Martha E. Royers</li> <li>• Dorotea E. Orem</li> <li>• Imoegen King</li> <li>• Betty Neuman</li> <li>• Sor Callista Roy</li> <li>• Dorothy E. Jonson</li> <li>• Nancy Roper</li> <li>• Boykin y Shoenhofer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ida lean Orlando</li> <li>• Nola Pender</li> <li>• Madeleine Leininger</li> <li>• Martha A. Newman</li> <li>• Rosemarie Rizzo Parse</li> <li>• Helen C. Ericsson</li> <li>• Evelyn M. Tomlyn</li> <li>• Mary Ann P. Swain</li> <li>• Hilderlgard E. Peplau</li> <li>• Joyce Travelbee</li> <li>• Joan Richel-Sisca</li> <li>• Kathryn E. Barnard</li> <li>• Joyce J. Fitzpatrick</li> <li>• Evelyn Adam</li> <li>• Usted y Usted</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ramona T. Mecer</li> <li>• Mishel</li> <li>• Reed</li> <li>• Wiener y Dodd</li> <li>• Eakes, Burke y Hainsworth</li> <li>• Barrer</li> <li>• Volcaba</li> <li>• Beck</li> <li>• Swanson</li> <li>• Ruland y Moore</li> </ul>

### Relación de la Teoría en el Proceso de Enfermería

La teoría es o debe ser inherente a la práctica, ya que esta apoya y fundamenta al proceso de enfermería, debido a que ayuda a la enfermera a ubicar y organizar los datos en la etapa de valoración y diagnóstico de enfermería, apoyando también a una interpretación y análisis comprensivo, delimitado y propio de los mismos.

Establece también las condiciones necesarias para la toma de decisiones sobre las intervenciones de cuidado esperado a la persona<sup>31</sup>.

<sup>30</sup> Raile Alligood, M. *Evolución de las teorías en enfermería*. En: Modelos y teorías en enfermería. 7ª edición. México: Elsevier España. 2011. p 7.

<sup>31</sup> Sotomayor, S.S. *Teoría de Enfermería*. En: Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. México: Manual Moderno. 2009. p 84.

## Teoría de Virginia Henderson

### Referencias y antecedentes personales

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Aunque oriunda de Kansas City, Missouri, Henderson pasó su infancia y adolescencia en Virginia, ya que su padre era abogado en Washington, D. C.

Durante la Primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la enfermería, y en 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Henderson se graduó en 1921, aceptando un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva Cork. En 1922 inició su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en el Teacher's Collage de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de B.S. y M.A. en formación de enfermería.

En 1929 Henderson trabaja como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva Cork. Vuelve al Teacher's Collage en 1930 como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el proceso analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional, hasta 1948.

Henderson tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia en el Teacher's Collage, reescribió la cuarta edición de la obra de Bertha Harper, *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, tras la muerte de la autora, siendo publicada esta edición en 1939. La quinta edición de este libro de texto se publicó en 1955 y contenía la definición de Henderson sobre la enfermería. Henderson ha trabajado en asociación con la Universidad de Yale desde el inicio de la década de los 50, desarrollando una gran labor de investigación sobre enfermería a través de esta asociación.

Desde 1959 a 1971 dirigió el Nursing Studies Index Project, patrocinado por Yale. El Nursing Studies Index fue elaborado en cuatro volúmenes comentados que ordenaban la literatura biográfica, analítica e histórica sobre enfermería desde 1900 a 1959. Junto con esto, Henderson elaboró como autora o participó como

coautora en varios trabajos importantes. Su folleto, *Basic Principles of Nursing Care*, fue publicado por el *International Council of Nurses* en 1960, siendo traducido a más de 20 idiomas. La colaboración de Henderson con Leo Simmons durante cinco años dio como fruto una revisión de la investigación nacional en enfermería que fue publicada en 1964. Su libro, *The Nature of Nursing*, se publicó en 1966, y en él describía su concepto de la función única y primaria de la enfermería.

Ha sido reeditado en 1991 por la *National League of Nursing*. La sexta edición del *The Principles and Practice of Nursing*, publicada en 1978, fue elaborado conjuntamente con Gladis Nite, siendo editado por Henderson. Este libro de texto se ha tomado como referencia para los planes de estudio de muchas escuelas de enfermería, habiéndose traducido a más de 25 idiomas. Durante la década de los 80, Henderson permanece en activo como *Research Asóciate Emeritus* en Yale.

Su influencia y los logros conseguidos en la profesión de enfermería le han reportado al menos nueve investiduras como doctor honoris causa y el primer Premio *Christiane Reimann*. Henderson ha recibido el Premio *Mary Adelaida Nutting* de la U.S. *National League for Nursing*, es socia honoraria de la *Association of Integrated and Degree Courses in Nursing* de Londres, y socia honoraria del *Royal Collage of Nursing* de Inglaterra. En 1983 recibió de *Sigma Theta Tau Internacional* el Premio *Mary Tolle Wright Founders a la Dirección*, uno de los mayores galardones de esta sociedad honorífica.

En la convención de la *American Nurses Association*, recibió una mención honorífica especial por las contribuciones que ha realizado durante toda su vida a la investigación, formación y desarrollo profesional de la enfermería. La biblioteca internacional informatizada de enfermería de *Sigma Theta Tau Internacional* lleva el nombre de *Virginia Henderson* en su honor\*.

## Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría

Henderson publicó por primera vez su definición de la enfermería en la revisión que en 1955 hizo junto con Harper de la obra *The Principles and Practice of Nursing*, de esta última. En la decisión de Henderson de crear su propia definición de la enfermería influyeron principalmente tres factores. En primer lugar, en 1939 revisó el *Textbook of Principles and Practice of Nursing*.

Henderson ve el trabajo que realizó con este texto el origen de su percepción de la necesidad de aclarar las funciones de las enfermeras. Otra razón fue su participación como miembro de un comité en una conferencia regional del *National Nursing Council* en 1946.

Su trabajo en el comité fue incluido en el artículo de Esther Lucile Brown de 1948, *Nursing for the Future*. Henderson cree que este artículo representaba mi punto de vista modificado por lo que pensaban los demás miembros del grupo. Finalmente, Henderson se interesó por los cinco años de investigación que la *American Nurses Association* había realizado sobre la función de la enfermera, ya que no estaba totalmente de acuerdo con la definición que había adoptado la ANA en 1955.

Henderson considera su trabajo una definición más que una teoría, ya que la teoría no estaba de moda en esa época. Describe su interpretación como la síntesis de muchas influencias, unas positivas y otras negativas.

En *The Nature of Nursing*, identifica las siguientes fuentes de influencia durante sus primeros años de enfermería.

Annie W. Goodrich

Goodrich era la decana de la *Army School of Nursing*, donde Henderson recibió su formación básica de enfermería, y sirvió de inspiración para Henderson, quien recuerda. Cada vez que visitaba nuestra unidad, nos animaba a mirar más allá de las técnicas y tareas rutinarias.

También se refiere a Goodrich cuando dice: 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.

Carolina Stackpole

Stackpole era profesora de fisiología del Teacher's Collage de la Universidad de Columbia cuando Henderson era una estudiante graduada. Le transmitió la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

Jean Broadhurst

Broadhurst era profesora de microbiología en el Teacher's Collage. La importancia de la higiene y de la asepsia impactó a Henderson.

Dr. Edgar Thorndike

Thorndike era un psicólogo del Teacher's Collage. Dirigía trabajos de investigación sobre las necesidades fundamentales de los seres humanos es más que un estado patológico y que en los hospitales no se atienden las necesidades más importantes.

Dr. George Deaver

Deaver era un médico del Institute for the Crippled and Disabled, y más tarde, del Bellevue Hospital.

Henderson observó que la meta de la rehabilitación en el Instituto era la reconstrucción de la independencia del paciente.

Bertha Harper

Harper, una enfermera canadiense, fue la autora original del Textbook of the Principles and Practice of Nursing, que Henderson revisó. Henderson nunca conoció a Harper, pero las similitudes entre sus respectivas definiciones de la enfermería son evidentes.

La definición de Harper de 1922 comienza así: La enfermería se basa en las necesidades de la humanidad.

Ida Orlando

Henderson considera que Orlando influye en su concepto de la relación enfermera-paciente. Dice: Ida Orlando (Pelletier) me ha hecho comprender con qué facilidad la enfermera puede actuar basándose en una idea equivocada de las necesidades del paciente si no comprueba su interpretación de las mismas con él.

Aplicación de datos empíricos

Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de la enfermería. Sus referencias en estos campos proceden de su relación con Stackpole y Thorndike durante sus estudios de graduación en el Teacher's Collage.

Stackpole basaba su curso de fisiología en el dictamen de Claude Bernard de que la salud depende de que la célula esté rodeada de linfa. A partir de esto, Henderson supone que una definición de enfermería debería llevar implícito el principio del equilibrio fisiológico. Con la teoría de Bernard, también mejora su apreciación de la medicina psicosomática y sus implicaciones en enfermería. Henderson afirma: Era obvio que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico una vez que comprendí que una emoción es en realidad nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones de la composición química de los fluidos intercelulares.

Henderson no identifica las teorías precisas apoyadas por Thorndike, tan sólo dice que se refieren a las necesidades fundamentales de los seres humanos. Se observa una correlación entre la Jerarquía de Necesidades de Abraham Maslow y los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, comenzando por las necesidades físicas hasta los componentes psicosociales. Aunque no cita a Maslow como influencia, describe su teoría de la motivación humana en la sexta edición del Principles and Practice of Nursing Care de 1978.

## Principales conceptos y definiciones

Enfermería Henderson define la enfermería en términos funcionales:

La única función de una 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 fuerza, voluntad o de conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

Salud Henderson no especifica una definición propia sobre la salud, pero en su obra equipara la salud con la independencia. En la sexta edición del *Textbook Principles and Practice of Nursing*, cita varias definiciones de salud de diferentes fuentes, incluida la de la Organización Mundial de la Salud. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa 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.

Entorno Tampoco hace Henderson una definición propia del entorno. Remite al *Webster's New Collegiate Dictionary*, 1961, que define el entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

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.

Necesidades No se encuentra una definición específica de necesidad, pero Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que contribuyen los componentes de la asistencia de enfermería\*. Dichas necesidades son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener la posición deseada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir las prendas de vestir-vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos.
9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno.
12. Trabajar de tal forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado.
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y utilizar los recursos sanitarios disponibles.
15. Reproducción

## Supuestos principales

Virginia Henderson no cita directamente lo que cree que constituye sus supuestos fundamentales. Los siguientes supuestos han sido adaptados a partir de las publicaciones de Henderson.

### Enfermería

La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.

La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay algún médico de servicio. Henderson subrayaba que la enfermera (p. ej., la comadrona) puede actuar independientemente y debe hacerlo así es el profesional sanitario mejor preparado para una determinada situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación lo requiere (Henderson insiste especialmente en este tema en la sexta edición de Principles and Practice of Nursing).

La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.

La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.

Los 14 componentes de la asistencia de enfermería abarcan todas las funciones posibles de la enfermería.

### Persona (paciente)

#### Necesidades Básicas

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional.

La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia forman una unidad.

Las necesidades del paciente están cubiertas por los 14 componentes de enfermería.

## Salud

La salud representa calidad de vida.

La salud es necesaria para el funcionamiento humano.

La salud requiere Independencia / Dependencia y causas de la dificultad

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud (concepto que la autora equipara con la satisfacción por uno / a mismo / a, en base a sus propias capacidades, de las 14 Necesidades Básicas). 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 cuales se desarrollan más adelante.

El concepto de Independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus Necesidades Básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Como hemos dicho anteriormente, el modo de satisfacer las necesidades así como la forma en que cada uno manifiesta que esta necesidad está satisfecha, es totalmente individual. Por ello, los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo. A modo de ejemplo, tomemos la necesidad de usar prendas de vestir adecuadas: Todo el mundo necesita usar prendas de vestir como medio de protección física y psicológica. En una persona adulta valoraríamos el nivel de satisfacción de esta necesidad teniendo en cuenta aspectos tales como la adecuación de la ropa elegida según características físicas personales, adecuación a la temperatura

externa, capacidad psicomotora para vestirse o desvestirse, adecuación de la ropa, etc. Sin embargo, en un niño de tres años la valoración se basaría en los aspectos referentes a su capacidad para efectuar gestos sencillos (desabrochar botones, desatar lazadas, etc.), capacidad para identificar prendas de vestir y calzado relacionados con situaciones concretas (botas de agua ropa para ir al colegio, etc.), capacidad para elegir adecuadamente alguna de ellas (las botas de agua cuando llueve), capacidad para llevar a cabo algunas acciones para evitar ensuciarse (ponerse la servilleta para comer).

Como puede observarse en este ejemplo y como se ha comentado anteriormente, los criterios de independencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales variarán según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Todo ello a su vez, modifica sensiblemente los criterios de independencia considerados como parámetros de normalidad en cada caso concreto.

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

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales). De acuerdo con este enfoque, una persona con una alteración física que necesite seguir una dieta determinada, debe ser calificada como dependiente si no sabe cómo confeccionarla, si no requiere o si no puede por falta de capacidades psicomotoras. Sin embargo, en el momento en que este déficit sea subsanado, esta dependencia ya no puede ser considerada como tal, aunque la alteración física persista.

Las Causas de la Dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

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, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. Falta de voluntad, entendida como capacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos estos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperan la salud o la mantendrán si tienen la fuerza voluntad y conocimientos necesarios.

Entorno.

Factores ambientales

Factores socioculturales

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en esta capacidad.

Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.

Las enfermeras deben reducir las posibilidades de lesión a través de recomendaciones para la construcción de edificios, adquisición de equipamiento y mantenimiento.

Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de las enfermeras como base para la prescripción de dispositivos protectores.

Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.

Rol Profesional

Cuidados Básicos de enfermería.

Relación con el equipo de salud.

Rol Profesional Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud

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

Como dice Henderson éste es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Fernández Ferrín, C. y Novel Martí, G. *El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería*. En: *El Proceso de Atención de Enfermería Estudios de Casos*. Barcelona, España: MASSON. 1993. pp., 3-9

## Afirmaciones teóricas

### La relación enfermera-paciente

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

- 1) la enfermera como un sustituto de algo necesario para el paciente.
- 2) la enfermera como ayuda para el paciente, y
- 3) la enfermera como compañera del paciente.

En caso de enfermedad grave, la enfermera está considerada como un sustituto de lo que el paciente carece para considerarle completo, integro o independiente, por la ausencia de fuerza física, voluntad o conocimiento. Henderson refleja esta opinión en su afirmación de que la enfermera es, de forma temporal, la consciencia de la inconsciencia, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del ciego reciente, un medio de locomoción para el lactante, la sabiduría y la confianza para la nueva madre, el micrófono para los demasiado débiles o invertidos para hablar.

Durante la convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia. Henderson afirma: 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.

Como compañeros, la enfermera y el paciente elaboran juntos el plan terapéutico. Las necesidades básicas existen a pesar del diagnóstico, aunque se hallan modificadas por la patología y otras circunstancias como la edad, el temperamento, el estado emocional, el nivel sociocultural y la capacidad física e intelectual.

La enfermera debe ser capaz de apreciar no sólo las necesidades del paciente sino también las circunstancias y estados patológicos que las alteran. Henderson

dice que la enfermera debe estar en la piel de cada paciente para saber lo que necesita. Las necesidades deben comprobarse con el paciente.

La enfermera puede modificar el entorno en lo que considere necesario. Henderson opina que en los casos en que las enfermeras conocen las reacciones fisiológicas y psicológicas a la temperatura y humedad, luz y calor, presión atmosférica, olores, ruidos, impurezas químicas y microorganismos, pueden organizar y hacer el mejor uso de los medios de los que se dispone.

La enfermera y el paciente siempre trabajan con un objetivo, sea éste la independencia o una muerte tranquila. Una de las metas de la enfermera debe ser que el día del paciente transcurra con la mayor normalidad posible. La promoción de la salud es otro de los objetivos importantes para la enfermera. Henderson afirma que se consigue más ayudando a que cada persona aprenda a estar sana que preparando a los terapeutas más capacitados para servir a los que lo necesiten.

#### La relación enfermera-médico

Henderson insiste en que la enfermera tiene una función única, distinta de la de los médicos. El plan de cuidados, elaborado por la enfermera junto con el paciente, se debe llevar a cabo de forma que facilite el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson subraya que las enfermeras no siguen las órdenes de los médicos, ya que cuestionan una filosofía que permita al médico dar órdenes a los apacientes o a los profesionales sanitarios. Recientemente ha ampliado esta idea para dar mayor importancia al hecho de que la enfermera ayuda a los pacientes en el cuidado de su salud cuando los médicos no pueden hacerlo. También indican que muchas de las funciones de las enfermeras y médicos se solapan.

#### La enfermera como miembro del equipo sanitario

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios. La enfermera y los demás miembros del equipo, se ayudan mutuamente a realizar el

conjunto del programa de asistencia, desarrollando cada uno su trabajo. Henderson nos recuerda que nadie del equipo debe hacer tales exigencias a los demás miembros, que alguno de ellos sea incapaz de realizar su función específica.

Henderson compara el equipo sanitario en su conjunto, incluidos el paciente y su familia, con los sectores en forma de cuña de un gráfico sectorial. El tamaño del sector de cada miembro depende de las necesidades actuales del paciente y, por lo tanto, varía a medida que el paciente va progresando hacia la independencia. Hay circunstancias, en las que algunos de los miembros del equipo ni siquiera están incluidos en el gráfico. El objetivo es que el paciente tenga el sector más grande o que llegue a ocupar todo el gráfico.

Al igual que varían las necesidades del paciente, lo mismo puede ocurrir con la definición de enfermería. Henderson admite que esto no significa que exista una definición para siempre. Creo que la enfermería se modifica con la época en la que se ejerce y depende en gran medida de lo que hagan los demás trabajadores sanitarios.

Henderson cree que la sexta edición de sus *Principles and Practice of Nursing*, elaborada junto a Gladis Nite, amplía su definición para incluir a los profesionales de la enfermería. Considera que la enfermería no debe existir en el vacío. La enfermería debe desarrollarse y aprender a identificar las nuevas necesidades sanitarias de la población a medida que se nos vayan planteando.

### Método lógico

Parece que Henderson ha utilizado el método deductivo del razonamiento lógico para desarrollar su definición de enfermería. Deduce su definición y las 14 necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos. Se deben estudiar los supuestos de la definición de Henderson para determinar su idoneidad lógica. Muchos de los supuestos son válidos por el elevado nivel de concordancia con la literatura y con las conclusiones de las investigaciones de los científicos de otros campos. Por ejemplo, sus 14 necesidades básicas se corresponden fielmente con

la jerarquía de necesidades humanas de Maslow, ampliamente aceptada, aunque fueron concretadas antes de que Henderson leyera la obra de Maslow.

En su libro, *To be a Nurse*, Evelyn Adam analiza la obra de Henderson empleando un sistema que aprendió de Dorothy Jonson. Adam se identifica con los supuestos de Henderson, sus valores, el objeto de la enfermería, el paciente, el papel de la enfermera, el origen de las dificultades, la intervención y los resultados esperados.

Aceptación por la comunidad de enfermería

Ejercicio profesional

La definición de Henderson sobre la enfermería, por lo que el ejercicio profesional se refiere, indica que la enfermera que ve como su función principal de suministradora directa de asistencia al paciente hallará una recompensa inmediata en el progreso del paciente desde la dependencia a la independencia. La enfermera debe realizar todos los esfuerzos necesarios para entender al paciente cuando pierde la voluntad, el conocimiento o la fuerza. Tal y como afirma Henderson, la enfermera debe estar en su piel. La enfermera puede ayudar al paciente a ser independiente mediante la valoración, planificación, realización y evaluación de cada uno de los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería.

El planteamiento de Henderson sobre la asistencia al paciente es deliberado y lleva implícita la toma de decisiones. Aunque no hace mención específica de las fases del proceso de enfermería, se puede observar cómo se interrelacionan los conceptos. Henderson considera que el proceso de enfermería es el proceso de solución de problemas y que no es específico de la enfermería.

En la fase de evaluación, la enfermera valoraría al paciente en cuanto a los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería. Una vez completamente valorado el primer componente, la enfermera pasaría al siguiente y así hasta que las 14 áreas hubiesen sido evaluadas. Para la recopilación de datos, la enfermera utiliza la observación, el olfato, el tacto y el oído. Para completar la fase de

evaluación, la enfermera tiene que analizar los datos que ha recogido, para lo cual es necesario saber qué es normal en salud y en enfermedad.

Henderson afirma que mientras que la enfermería sea el único servicio disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, la capacidad de las enfermeras para diferenciar lo normal de lo anormal en el paciente sano,... la función de evaluación de las enfermeras es indispensable.

Según Henderson la fase de planificación conlleva la elaboración de un plan adecuado a las necesidades del individuo, actualizando dicho plan según sea necesario, basándose en los cambios, utilizando que se corresponde con el plan prescrito por el médico. En su opinión, un buen plan integra el trabajo de todos los que forman el equipo sanitario.

En la fase de aplicación del plan, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades que conserven la salud, que le lleven a recuperarse de la enfermedad o que le ayuden a lograr una muerte tranquila. Las actuaciones son individuales, según los principios fisiológicos, edad, antecedentes culturales, equilibrio emocional y capacidades físicas e intelectuales. Henderson evaluaría al paciente según su grado de independencia. Sin embargo, el lactante no puede ser independiente ni tampoco el inconsciente. En algunas fases de la enfermedad, deberíamos aceptar que el deseo del paciente depende de los demás.

### Formación

Henderson afirma que para que una enfermera ejerza como una experta por derecho propio y para que utilice el planteamiento científico para mejorar su ejercicio profesional, necesita un tipo de formación que sólo se imparte en colegios y universidades. La formación de la enfermera reclama la comprensión global de los diversos seres humanos. Este enunciado apoya la postura adoptada en 1965 por la American Association.

Además, Henderson cree que el valor de la formación no procede sólo de los conocimientos que se adquieren sino de la confianza sobreñadida que el individuo desarrolla en la institución de formación superior.

Dice que la enfermería es una ocupación universal y que la formación superior permite ejercerla mejor.

En su libro *The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research and Education*, Henderson describe tres fases en el desarrollo del plan de estudios que los alumnos deben seguir durante su formación. El objetivo principal de las tres fases es el mismo-ayudar al paciente cuando necesite fuerza, voluntad o conocimientos para realizar sus actividades diarias o para llevar a cabo el tratamiento prescrito con la independencia como último objetivo.

En la primera fase, la atención se centra en las necesidades fundamentales del paciente, la planificación de la asistencia de enfermería y la facilitación, a través de la función exclusiva de la enfermera, de las actividades de su vida diaria. En esta fase, el plan de formación no se centra en los estados patológicos o en enfermedades específicas, sino que tiene en cuenta las circunstancias, siempre presentes, que afectan a las necesidades básicas.

En la segunda fase, el epicentro se sitúa en la colaboración con los pacientes para satisfacer sus necesidades en el caso de situaciones patológicas o de alteraciones corporales que obliguen a modificar el plan de asistencia de la enfermera. El paciente se presenta ante el estudiante con problemas de mayor complejidad; se incluyen más aspectos médicos y el estudiante comienza a comprender la base lógica del tratamiento sintomático.

En la tercera fase, la formación se centra en el paciente y en la familia. El estudiante se involucra en el estudio global del paciente y de todas sus necesidades.

Henderson ha resultado la importancia de que los estudiantes de enfermería desarrollen el hábito de la investigación, realicen cursos sobre ciencias biológicas, físicas y sociales y sobre humanidades; estudien con alumnos de otros campos, observen la asistencia eficaz y la pongan en práctica en distintas instituciones.

El libro de texto en el que se encuentra la definición de enfermería de Henderson, *Principles and Practices of Nursing*, es un punto de referencia excelente que pueden utilizar los estudiantes de enfermería y las enfermeras en activo. Posee una profundidad habitualmente ausente en este tipo de textos. Nelly afirma: Si sólo se puede salvar un libro cuando estalle la bomba, *Principles and Practices of Nursing* es elegido. En él están representadas la amplitud y la profundidad de la enfermería, formuladas con la sabiduría de la ley, la medicina y la religión, documentadas a partir de la literatura mundial, con magníficas citas y un valor eminentemente práctico.

### Investigación

Henderson recomienda la investigación de biblioteca, pues ella misma ha realizado una revisión de las fuentes bibliográficas y de la investigación de enfermería.

Considera que el desarrollo de la enfermería se debe realizar en un clima de investigación, introduciéndola en el bachillerato, así como que la investigación es necesaria para evaluar y mejorar el ejercicio profesional.

Las enfermeras tienen que adquirir el hábito de buscar investigaciones en las que basar su actividad profesional, piensa Henderson. Recomienda una mayor utilización de las fuentes bibliográficas entre las enfermeras y confía en que éstas realicen investigaciones para perfeccionar el ejercicio de la profesión y no simplemente para lograr un reconocimiento académico.

En una revisión y valoración de la investigación en enfermería realizada por Henderson y Leo W. Simmons en 1964, se encontraron varias razones que explican la ausencia de investigación en enfermería clínica, a saber:

1. La mayor parte de las energías de la profesión se han invertido en mejorar la preparación para ser enfermera.
2. Aprender a atraer y mantener un número suficiente de enfermeras para satisfacer la creciente demanda ha consumido una cantidad considerable de las energías.
3. La necesidad de administradores y formadores ha agotado aún más el número de enfermeras tituladas.
4. La pérdida de apoyo por parte de los administradores, de los administradores de los servicios de enfermería y de los médicos ha desalentado a los investigadores.

A partir de cada uno de los 14 componentes de la asistencia básica de enfermería surgen cuestiones que han de investigarse, y la función de la enfermería es asumir la responsabilidad de identificar los problemas para dar una validez continua a su función, para perfeccionar los métodos que utiliza y para asegurar la eficacia de la asistencia de enfermería.

Henderson concluye que ninguna profesión, ocupación o industria de esta época puede evaluar correctamente o mejorar su actividad sin investigación. La investigación es el análisis con mayor grado de fiabilidad.

Opina que hasta que las enfermeras en activo no aprendan a utilizar las fuentes bibliográficas, tales como los índices de la National Library of Medicine, las enfermeras no habrán dado el más elemental de los pasos para formar parte de una profesión basada en la investigación algo que las enfermeras quieren reivindicar en este momento.

Desarrollo ulterior

Henderson no tiene ningún proyecto de seguir desarrollando su definición de la enfermería. Tampoco ha anunciado ninguna revisión de su texto Principles and Practices of Nursing.

Insiste en la valoración continua de las necesidades del paciente y en su revisión continua del paciente en función de los cambios de estado y de metas de este último. Henderson anima a la enfermera a descubrir nuevas necesidades además de las 14 que ella describió.

### Crítica

Antes de intentar evaluar la teoría de enfermería de Virginia Henderson en cuanto a los criterios aceptados de sencillez, generalidad, precisión empírica y consecuencias, hay que tener en cuenta que no intentó desarrollar una teoría de enfermería definitiva. En lugar de esto, desarrolló una concepción personal o una definición en un intento de acelerar lo que ella considera como la función única de la enfermería. Afirma que: Mi interpretación de la función de la enfermera es la síntesis de numerosas influencias, unas positivas y otras negativas... Ante todo debería aclarar que no espero que todo el mundo esté de acuerdo conmigo. Más aún, instaría a cada enfermera a que desarrollara su propio concepto.

La definición de Henderson puede considerarse una gran teoría o una filosofía dentro de la fase de paradigma del desarrollo de la teoría de enfermería. Su concepto es descriptivo y fácil de leer. Está definido con términos lingüísticos corrientes. Su definición de la enfermería y la enumeración de las 14 funciones básicas de ésta ofrecen una perspectiva que pretende explicar toda la conducta de la enfermería.

Como no tenía intención de desarrollar una teoría, Henderson no desarrolló los enunciados teóricos de interrelación ni las definiciones operativas necesarias para permitir el análisis de la teoría. Sin embargo, este análisis es posible.

### Sencillez

El concepto de enfermería de Henderson es más complejo que simplista. Contiene numerosas variables y varias relaciones descriptivas y explicativas diferentes.

No se asocia con organizaciones estructurales dentro de un sistema o de un modelo con objeto de hacer más sencillo, aunque existe algo de todo esto.

En el libro de Henderson y Nite se han reproducido los diagramas de los conceptos sobre enfermería de Henderson y Orem que aparecen en el libro del Nursing Developmental Conference Group, Concepts Formation in Nursing. Además, las 14 necesidades básicas, que en un principio parecen simples, tal como se ha dicho, se vuelven complejas cuando se produce alguna alteración de una necesidad y se tienen en cuenta todos los parámetros relacionados con esa necesidad. La sexta edición del Principles and Practices of Nursing es muy completa y está muy bien ilustrada, por lo que aporta más claridad.

### Generalidad

La generalidad está presente en la definición de Henderson ya que tiene un campo de aplicación muy amplio. Intenta incluir la función de todas las enfermeras y todos los pacientes con sus diversas interrelaciones e interdependencias.

### Consecuencias

La perspectiva de Henderson ha resultado útil para promover nuevas ideas y para el desarrollo conceptual adicional de las nuevas teorías. En sus numerosas obras publicadas ha discutido la importancia de la independencia y de la interdependencia de la enfermería con respecto a las demás ramas de la asistencia sanitaria. También ha influido en el desarrollo de los planes de estudios, realizando una gran contribución a la promoción de la importancia de la investigación en el ámbito clínico de la enfermería. Ha aplicado ampliamente la investigación de otras teorías a su propio trabajo.

Evans afirma que Principles and Practice of Nursing ha producido un cambio revolucionario sobre lo que se piensa de la investigación en enfermería. Considera que la tesis revolucionaria del libro es:

Los hábitos mentales que presiden las labores cotidianas de una enfermera son exactamente iguales a los que sirven de base a la mejor investigación publicada; por ello, la enfermera no debe limitarse a realizar tareas simples de investigación

como parte de su trabajo, sino que debe ser siempre un investigador, tanto si publica o expresa algo en público como si no.

Desde que se ha difundido, la definición de Henderson sobre la función única de la enfermería ha actuado como uno de los principales escalones en la aparición de la enfermería como disciplina científica profesional.

Henderson continúa siendo citada en la literatura habitual de enfermería y en las publicaciones de todos los campos, desde la enfermería holística al proceso de enfermería<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Raile Alligood, M. *Evolución de las teorías en enfermería*. En: Modelos y teorías en enfermería. 7ª edición. México: Elsevier España. 2011. pp., 106-111.

#### 4.4 El Proceso de Enfermería como, herramienta metodológica para dar cuidado

##### Concepto

“Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (...) de forma eficiente”<sup>34</sup>.

Es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería. Centrado en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de la salud reales y potenciales.

El Método Enfermero sistematizado y organizado donde se puede obtener información y de esta manera detectar los problemas de salud del individuo, familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería, de una manera racional, lógica y sistematizada.

Método sistemático y organizado con base en la solución de problemas, para administrar cuidados de enfermería derivados de la identificación de respuestas reales y potenciales del individuo, familia y comunidad

##### Objetivo

- Comprenderá el proceso de enfermería como una herramienta habitual e indispensable para ofrecer cuidados de calidad a individuos, familias y comunidades.
- Conocerá algunos conceptos filosóficos, modelos conceptuales y teorías que contribuyen en las concepciones de la disciplina y guían al profesional de enfermería en su quehacer cotidiano<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> Rodríguez Sánchez, B.A. *Generalidades del proceso enfermero*. En: Proceso Enfermero. Cuellar. 2006. p.,29

<sup>35</sup> Rosales Barrera, S. y Reyes Gómez, E. *Intervención de enfermería en la atención primaria a la salud*. En: Fundamentos de enfermería. 3ª edición. México: Manual Moderno. 2004. p., 225

- Aplicar el proceso enfermero en nuestro medio es un verdadero reto por el sin número factores que caracterizan la formación y práctica de la enfermería mexicana y que la ubican en una situación de desventaja en relación con la de otros países; sin embargo este no debe constituir un obstáculo para que toda enfermera(o) que busca el logro de identidad profesional y brindar una atención de calidad empiece a trabajar con esta metodología que requiere del ejercicio de habilidades del pensamiento.

Con la aplicación del proceso se delimita el campo de acción específico de la enfermería y con ello se demuestra que la enfermera(o) profesional realiza numerosas acciones que van más allá del cumplimiento de una prescripción médica, ya que “el proceso enfermero complementa lo que hacen los profesionales de otras disciplinas al centrarse en la respuesta humana (...)”.

Las enfermeras(os) al aplicar el proceso podrán experimentar satisfacción al ser valoradas(os) por los integrantes del equipo sanitario dadas sus diversas competencias profesionales; además de favorecer en ellas(os) el desarrollo del pensamiento crítico; es decir un pensamiento analítico, “(...) deliberado, cuidadoso y dirigido al logro de un objetivo” pues emplea “principios (...) y el método científico para emitir juicios basados en evidencias (...)”

Por otra parte el proceso compromete al individuo, familia y comunidad para tomar parte activa en las decisiones y cuidados que permitan mantener o recuperar la salud.

#### Reseña Histórica del Proceso Enfermero

Enfermería ha evolucionado al incorporar el método enfermero como metodología para la práctica profesional con finalidad de sistematizar y fundamentar su actividad. A principios de los años 50 se comienza a mencionar que enfermería debe de contar con un proceso clínico que le de dirección específica. A partir de los años 70 en México se incorpora el Proceso Atención de Enfermería a la enseñanza impulsando el pensamiento reflexivo, ordenado y analista que requiere la enfermera (o) para brindar una atención de calidad. Han pasado mas de 25

años en que el Proceso Atención de Enfermería ha intentado interconectar la ase de la ciencia con las acciones del profesional. En 1999 Phaneuf se refiere al método enfermero como un instrumento que ayuda a enfermería ha trabajar de manera sistemática y actuar como verdaderas profesionales.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con:

- Hall (1955)
- Jhonson (1959)
- Orlando (1961) y
- Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución )
- En (1967), Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: (valoración, planificación, ejecución y evaluación )
- A mediados de la década de los 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases” (Iyer 1997:9).

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en el nuestro, cada día adquiere mayor relevancia en la formación de enfermeras (os) y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía nos falta camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras(os) aún en nuestro días.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
Método	Porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.
Sistemático	Por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conduce al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).
Humanista	Por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.
Intencionado	Porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera(o).
Dinámico	Por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
Flexible	Porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería y
Interactivo	Por requerir de la interrelación humano-humano con el (los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes.
Tiene una base teórica	El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

## Descripción de Etapas

Consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

- Valoración
- Diagnóstico
- Planeación
- Ejecución
- Evaluación

### 1. VALORACIÓN

Nos permite estimar el estado de salud del usuario, Familia y comunidad, en ella se reúnen “toda las piezas necesarias del rompecabezas (...)”.

Tiene que ser total e integradora por lo que debe seguir un enfoque holístico, es decir un modelo enfermero para la identificación de respuestas humanas, que puede derivarse de la aplicación de cualquier teoría de enfermería y la integración de un modelo médico para la identificación de respuestas fisiopatológicas.

Son tres los pasos que se deben realizar en esta etapa:

#### 1. Recolección de la información:

Inicia desde el “primer encuentro con el usuario, y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta”.

Se recurre a fuentes directas primarias: el usuario y su familia; y fuentes directas secundarias: amigos y otros profesionales del área de la salud. Y también se emplean fuentes indirectas que son el expediente clínico y la bibliografía relevante.

Es necesario contar con una guía durante la recolección de la información, esto es emplear un instrumento que considere los aspectos a valorar según el modelo enfermero que se vaya a utilizar, incluyendo aquí la entrevista y el examen físico.

La recolección de los datos puede ser general y específica (focalizada); así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado el problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica.

Se recogen cuatro tipos de datos:

- Subjetivos: Aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual.
- Objetivos: La información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos.
- Históricos: Se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario.
- Actuales: Hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización.

## 2. Validación de la información:

Una vez reunida la información tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean lo correctos. Para esto es necesario revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario/familia y a otros integrantes del equipo sanitario.

## 3. Registro de la información:

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

## 2. DIAGNÓSTICO

Es un “juicio sobre la respuesta (...)” humana” (...)

De una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales (...)” y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.

Clasificación:

- El diagnóstico enfermero real: “describe la respuesta actual de una persona, una familia, o comunidad (...) y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos) (...)”, (Luis 1998:7) además de tener factores relacionados.
- El diagnóstico enfermero de riesgo potencial: “describe respuestas humanas (...) que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables”, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo (etiología).
- El diagnóstico enfermero de salud: “es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor”.
- De síndrome comprende un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados.

Estructura:

El primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. previamente identificando por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

- Real: “Se aconseja un formato en tres partes: problema + factores relacionados (...) y datos objetivos y subjetivos”.

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos “fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales (...)” y los datos objetivos y subjetivos (características definitorias/sintomatología) son las evidencias de que el problema existe. Se une el problema a los factores relacionados con las palabras RELACIONADO CON, y estos con las características definitorias mediante las palabras MANIFESTADO POR.

- Riesgo: Se emplean únicamente dos partes: problema + factores de riesgo, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (características definitorias).

Los factores de riesgo son “aquellos que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento nocivo”.

- De salud: “Su registro precisa únicamente el componente de la respuesta humana que describa la situación saludable. Por lo cual se emplean dos partes: etiqueta diagnóstica + características definitorias”.

### 3. PLANEACIÓN

Inicia después de haber formulado los diagnósticos

Enfermeros y consiste en “la elaboración de estrategias para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo (...)”.

Pasos:

- Establecer prioridades: Posterior a la valoración y etapa diagnóstica se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas, porque representan una amenaza para la vida del usuario.

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas.

- Elaborar objetivos: Con estos “usted mide el éxito de un plan determinado (...)” al valorar el logro de los resultados. También puede dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y “son factores de motivación (...)” al generar numerosas acciones en las enfermeras (os).

### 4. EJECUCIÓN

Comienza una vez que se han elaborado los planes

De cuidados”... y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados”.

Pasos:

- Preparación: Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario, analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarias, tener en mente las complicaciones que se pueden presentar, reunir el material y equipo necesario, crear un ambiente confortable y seguro para el usuario.
- Intervención: Incluye: la valoración; “la presentación de cuidados para conseguir los objetivos (...) la educación al usuario, familia y comunidad, y “la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria”. En cada intervención de enfermería, “usted es tan responsable de los resultados emocionales (...) como de los resultados físicos”, por lo que es necesario actuar siempre “con pleno conocimiento de los principios y razones (...), observando atentamente la respuesta” del usuario y familia.
- Documentación: es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como registro indispensable en todas las instituciones de salud.

## 5. EVALUACIÓN

Es continua y formal, por lo que está presente en la Valoración, diagnóstico, planeación y ejecución. Es útil para “determinar el logro de los objetivos; identificar las variables(...) que afectan(...), decidir si hay que mantener el plan, modificado o darlo por finalizado(...), por consiguiente es necesario la valoración de usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la educación de los objetivos<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> Rodríguez Sánchez, B.A. *Generalidades del proceso enfermero*. En: *Proceso enfermero*. Cuéllar. 2006 pp., 34-94

## 4.5 El Adulto Mayor

### Quiénes son Adultos Mayores

La Organización de Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han establecido los 60 años como edad de inicio de la vejez, esto implica algunos inconvenientes ya que al establecer una edad fija como medida estándar, lleva a etiquetarlos y, desafortunadamente, cuando la misma persona lo acepta, limita sus capacidades de desarrollo<sup>37</sup>

Adulto: Individuo totalmente maduro y desarrollado, que ha alcanzado la capacidad intelectual y la estabilidad emocional y psíquica características de la madurez, persona que ha alcanzado la mayoría de edad.

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etéreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien se jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida.

Esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono.

Otra opción muchas veces tomada consiste en los asilos que se especializan en sus cuidados (de todas maneras hay considerar que en la actualidad los asilos o

---

<sup>37</sup> Velásquez Herrera, M. Situación de los adultos mayores *Taller Psicología del Envejecimiento*. 2009 p.,6.

casas de reposo para el adulto mayor se han sofisticado crecientemente debido a la demanda del mercado, y los más sofisticados de estos establecimientos cuentan con comodidades y cuidados envidiables como spas, gimnasios, televisores de plasma y otros, aunque por supuesto los servicios van en relación directa con su precio, que puede llegar a ser considerable).

Como vemos, se trata de un grupo de personas que son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas. Debido a lo anterior, los gobiernos y los municipios se han ocupado de crear políticas y centros especializados que se preocupan en forma especial de los adultos mayores, otorgándoles beneficios especiales en relación a los servicios sociales y de salud, contando además con actividades especiales creadas especialmente para mantener a esta población activa y partícipe de la sociedad.

**Geriatría:** (Geras/vejez, iatreía/curación) Especialidad médica que se ocupa de la enfermedad y la salud, los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación de las enfermedades del adulto mayor.

**Gerontología:** (Geron, Gerontos/los más viejos, logos/tratado, grupo de concedores) Especialidad que se encarga del proceso de envejecimiento, y del estado llamado vejez, así como de las condiciones específicas de la persona mayor. Con especial atención en la promoción de salud, abordando aspectos psicológicos, sociales, económicos, demográficos y otros relacionados (es multidisciplinaria)

**Envejecimiento:** Es un proceso gradual y adaptativo caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos biológicos,

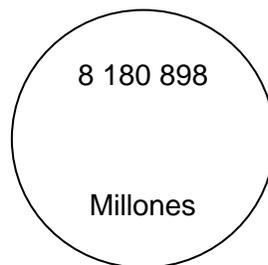
psicológicos, ambientales y sociales que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo<sup>38</sup>.

### Datos sociodemográficos

El mundo está cambiando y su población con él, la transición demográfica tiene un gran impacto en las nuevas necesidades y demandas de la gente, sobre todo por qué el porcentaje de personas adultas mayores es cada vez mayor.

A principios del siglo XX existían alrededor de 1700 millones de personas y gracias a los avances científicos y tecnológicos se abatió la mortalidad y aumentó sustancialmente la esperanza de vida. Al final del siglo XX, a pesar de los conflictos bélicos, alcanzaron a ser 6100 millones, en la primera década del siglo XXI, se estima se llegará a 7000 millones, para el 2025 a 8000 millones y hacia el año 2050 habitarán en el planeta 9000 millones de seres humanos... de los cuales 2000 millones serán adultos mayores.

México no es la excepción, y está envejeciendo a un ritmo sin precedentes; hoy 1 de cada 20 mexicanos tiene 65 años o más, es decir, son adultos mayores.



En el 2030, uno de cada 8 mexicanos contará con más de 65 años y en el 2050, 1 de cada 4 mexicanos tendrá 65 años o más (INEGI, 2002).

---

<sup>38</sup> Velásquez Herrera, M. *Situación de los adultos mayores*. En: *Taller Psicología del Envejecimiento*. 2009.p.,7

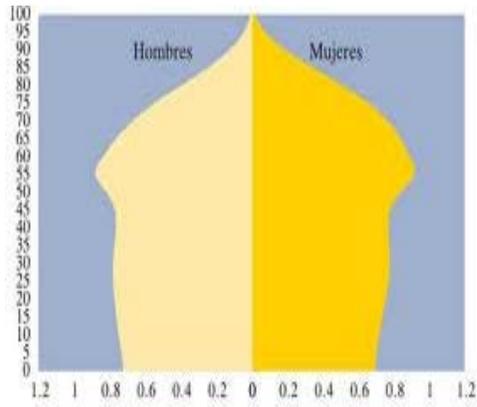
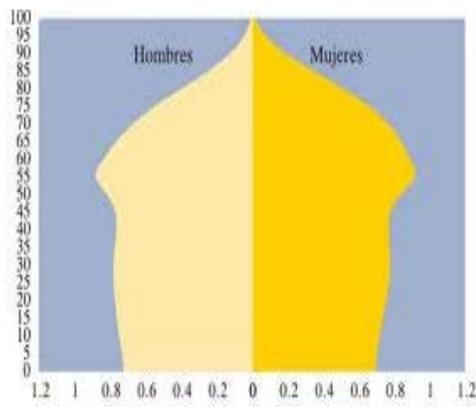
Distribución por edades de la población, 2000-2050

2000

2015

Edad

Edad



Millones de personas

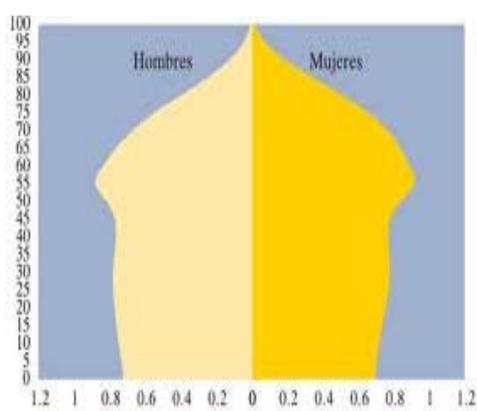
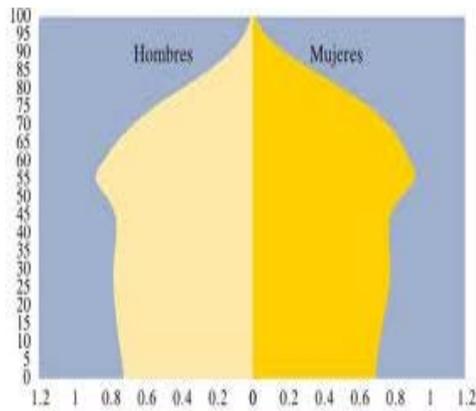
Millones de personas

2025

2050

Edad

Edad



Millones de personas

Millones de personas

Fuente: CONAPO.

El incremento en las cifras se debe que en los últimos años se han conjuntado factores que han contribuido para darles una mayor atención a los adultos mayores:

- Aumento de la esperanza de vida, por avances médicos, tecnológicos y mejores condiciones de vida.
- Inversión de la pirámide poblacional (mayor número de adultos mayores).
- Aumento en enfermedades crónico-degenerativas.

Algunas de las características sociodemográficas que de acuerdo a CONAPO 2000 presenta son:

- La esperanza de vida para los hombres es de 72.7 años y para las mujeres es de 77.6 años.
- De 22.6% de hogares, 5.3% cuenta con una persona adulta mayor.
- 30.9% de los adultos mayores viven en un hogar nuclear, 12.1% viven solos y 63.1% vive en hogares ampliados.
- 51.2% de los hogares es dirigido por hombres entre 30 y 59 años. 2.7% son dirigidos por hombres de más de 60 años, 38.1% es dirigido por viudas de las cuales el 30% tiene más de 60 años.
- 25% de los jefes de familia son analfabetas.
- Aproximadamente el 86% presenta una enfermedad crónico-degenerativa.

Este panorama justifica la necesidad de elaborar programas de atención comunitaria gerontológico, los cuales deben de ser integrales para fomentar una detección oportuna y el control de diversos problemas que presentan los adultos mayores en su entorno, así como brindarle estrategias al anciano sano que le permitan alcanzar o mantener el envejecimiento activo<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> *Ibíd.*, pp. 4-6.

## Psicología evolutiva del adulto mayor

Existen pocas dudas de que la estimación de los ancianos en el ambiente es, por lo general, negativa. Parte de esta falta de afecto puede atribuirse al gran énfasis que pone la sociedad en la independencia y la productividad. Los ancianos son característicamente considerados como dependientes e improductivos. Además, su "inutilidad" es más evidente en una sociedad que cambia con tal rapidez que el cúmulo de información y conocimiento que tiene el anciano, se considera fuera de época. Además, la movilidad del núcleo familiar suele hacer que sus miembros pierdan el contacto estrecho con los ancianos de la familia. Esto significa que muchos de nosotros no tenemos recuerdos agradables de nuestros abuelos para ayudarnos a pensar en la vejez.

Aún otro factor significativo es la falta general de información definitiva acerca del envejecimiento. Aun cuando los descubrimientos de investigación han empezado a ser substanciales, no se han difundido ampliamente. La atención de los medios generalmente se dirige a las "historias de terror", las malas condiciones de las casas de salud, los ataques criminales a las mujeres ancianas, o a los ancianos que mueren de frío por carecer de dinero para pagar la calefacción.

## Integridad

Sería difícil imaginar una definición psicológica más ideal de la edad avanzada que la de integridad, "lo último de la vida". La integridad de la idea de lo "saludable": significa un seguro interno de orden y significado en el esquema total de las cosas. No sólo se recuerda sin arrepentimiento, sino que lo más importante, se mira hacia delante con optimismo y entusiasmo. Sin importar nuestras inclinaciones políticas, es difícil negar que la elección de Ronald Reagan a la presidencia de Estados

Unidos y su extraordinaria recuperación después de haber sido herido de bala, ha servido como un gran ejemplo para los ancianos entusiastas.

La integridad también trae consigo perspectivas y, por tanto una cierta clase de sabiduría. Hay alguna evidencia interesante de que muchos de los recuerdos de los ancianos son útiles para obtener un sentido de relación y proporción para con el pasado. Sirve al propósito de ordenar una vida, el colocar sus sucesos en una “línea de tiempo”, tejiendo viejos jirones, atando cabos sueltos, y haciendo la paz con las tristezas y decepciones pasadas.

Llama a esto la revisión general de la vida y sugiere, además cuatro tipos de recuerdos que llaman modalidades retrospectivas.

#### Modalidades retrospectivas

##### Ratificación

Sugiere que los recuerdos de los ancianos no son faltos de rumbo ni vagos, sino que probablemente tengan un patrón y propósito. Algunas veces la persona mayor parece estar buscando en el pasado para tener el valor de enfrentarse al presente. Muchas personas mayores pueden sostenerse a sí mismas con el recuerdo de cuando eran competentes. “¡Lo hice antes y lo puedo volver a hacer!”.

##### Establecimiento de límites

Los límites psicológicos son las señales de “no hay paso” que llevamos en la mente. Para los ancianos esas señales probablemente se erigen gruesas y rápido, muchas de ellas impuestas desde el exterior. Algunos de los recuerdos parecen constituir un esfuerzo para ajustarse a los nuevos límites, algo como “aproximarse a ello”. Un anciano solía describir su amada casa de verano en Vermont con frecuencia y en detalle, obviamente disfrutando cada palabra. Siempre agregaba que la casa había sido vendida porque ya no podía viajar y no había ningún heredero que la conservara. Parece estar claro que su plática era más para sí mismo que para quienes lo escuchaban, una forma de despedirse de un lugar querido en Vermont, y lo estaba logrando con señorío.

Como observa Kastenbaum por fuerza uno debe mirar a la persona mayor con una nueva apreciación, cuando se reconocen y comprenden las tremendas demandas del ambiente en cuanto a los límites.

#### Perpetuación del pasado

Algunas veces la persona mayor literalmente lleva el pasado al presente, incorporándolo. Con frecuencia tal persona está muy aislada, con muy pocos acontecimientos en su día normal, para poder persuadirla a favor de la realidad presente. Es importante que se nos recuerde que la dinámica es muy semejante a la de nuestra ocasional perpetuación del pasado. Si alguna vez el lector ha derramado unas cuantas lágrimas al contemplar un zapatito de bebé (cuyo propietario mide hoy 1.82 cm.), ha conservado la habitación de una niña vacacionista como la dejó, durante varios días, o le ha hablado a una fotografía, entonces podrá comprender a aquellos que mantienen vivo su pasado porque fue la mejor época de su vida.

#### Repeticiones

La tendencia de los ancianos de volver a contar las mismas anécdotas una y otra vez es tal vez una de sus características más conocidas, las que a menudo son toleradas con poca paciencia por los oyentes. Pueden observarse regularidades en este fenómeno igual que en otras formas de recordar. Una de las características distintivas de “repetir” es que la experiencia tiene un fuerte contenido emocional. Tiene gran significado para quien hace el relato. Kastenbaum lo asemeja a sacar un disco favorito de la colección y volver y volver a escucharlo.

La repetición, como las otras modalidades retrospectivas no es exclusivamente dominio de los viejos. Cada uno de nosotros tiene sus cuentos favoritos que relata a cualquier oyente a mano; sin embargo, la mayoría permanecemos relativamente conscientes de quiénes ya han escuchado el relato.

Además de que llevando una vida plana y activa, probablemente renovemos nuestro surtido de relatos con bastante regularidad. Conforme los sucesos de nuestra vida se hacen más restringidos, agregar nuevas experiencias efectivas es más difícil. A este respecto, una de las contribuciones importantes de los centros de fácil acceso para los ciudadanos mayores, es el traer una mayor variedad a las vidas de los participantes.

Aun cuando las modalidades retrospectivas pueden considerarse útiles para la persona mayor en un número de formas de adaptación, tal resultado feliz no es evitable. A menudo, con certeza, un recuerdo es agrisado. Pero los recuerdos también pueden provocar ira, vergüenza o remordimiento. Ninguno de nosotros escapa a los segmentos de la vida durante los cuales nos comportamos en forma poco menos que admirable cuando le hicimos el mal a otros, tomamos decisiones ridículas, debimos habernos comportado mejor, aparecimos como verdaderamente tontos. Si el individuo no puede acomodar la fragilidad humana y los errores en la revisión de vida, el resultado no es la integridad, sino su contraparte, la desesperación. Los componentes usuales incluyen un sentimiento de que la vida ha sido y es vana y que el tiempo ya es muy corto para tomar cualquier otro camino; también existe una ira considerable dirigida vagamente a la "ingratitude" o a "lo injusto que ha sido todo".

### Desesperación

La descripción de Ericsson de la desesperación tiende a atribuir a un fracaso de los recursos internos que deberían haber sido aumentados y fortalecidos durante cada una de las labores de desarrollo. Como en todas las etapas de la vida, las lecciones de los periodos que precedieron tienen un papel importante. Las vulnerabilidades tempranas afectan las relaciones posteriores que, a su vez, determinan algo de la calidad de los años posteriores. Una preocupación de la juventud puede ser llevada hacia delante como una fuerza (un pasatiempo ocasional satisfactorio de entonces, actualmente un profundo foco de interés) o puede convertirse en una rigidez debilitante (un prejuicio ligero alguna vez, y ahora

una fiera hostilidad y desconfianza). Las actitudes hacia el amor, el trabajo y el yo tienen su origen en el pasado. La solución y el enfrentarse a problemas necesitan de práctica en el pasado. Es evidente que gran parte del patrón para los años postreros está entrelazada con los primeros y que el empobrecimiento del espíritu cuando se está joven conduce a una vejez gris y sombría<sup>40</sup>.

## Enfoques del envejecimiento

Identifica la vejez desde los siguientes enfoques:

- A) Enfoque Biológico: Asocia el envejecimiento a la disminución en la eficiencia del funcionamiento orgánico, con deterioro orgánico y celular que lleva finalmente a la muerte. Incluye el envejecimiento primario, con su factor hereditario; el estilo de vida con su impacto en el ritmo de este proceso y el envejecimiento secundario con la falta de capacidades resultado de traumas y enfermedades.
- B) Enfoque Demográfico: Caracteriza a los viejos en términos de grupos de edad
- C) enfoque socioeconómico: Considera la situación económica de la persona puesto que sus ingresos influyen en su posición, relaciones sociales y, por ende, en su salud, propiedad y mantenimiento de su vivienda.
- D) Enfoque Sociofamiliar: Contempla el modelo de “familia tradicional consanguínea”, existe una vinculación intergeneracional: el adulto mayor cuenta con los miembros que forman su grupo consanguíneo y está implicado en las relaciones familiares lo que le da un sentido a su vida. Al contrario, dentro del modelo de “familia nuclear”, donde los hijos se separan, el adulto mayor no tiene un lugar preferente; es común que viva solo y, muy posiblemente, se presentan sentimientos de inseguridad y de estar desprovistos del apoyo familiar.

---

<sup>40</sup> Dennis-Hassol. *Aspectos de la Salud en los adultos de edad avanzada*. En: PSICOLOGÍA EVOLUTIVA. México: Interamericana. 1985. pp. 322-336.

E) Enfoque Psicológico y de Desarrollo Humano: Define la vejez como una situación existencial de crisis debido a un conflicto experimentado por la persona entre su aspiración natural de crecimiento y madurez, y el deterioro biológico y decadencia social consecuencia del paso de los años.

Finalmente tratan de explicar y entender al ser humano como un ente Biopsicosocial, ya que el hombre está integrado por planos, que viven en constante interacción, cuya delimitación es difícil, y No se puede separar, ya que es el resultado de su parte:

Biológica: Que implica el funcionamiento de sus órganos y sistemas, y la conservación de su cuerpo.

Psicológica: Su parte cognoscitiva (pensamiento, creencias, conducta) y emocional (sentimientos, emociones).

Social: Su entorno social, sus valores y el papel que desempeña en su sociedad.

Estos procesos son dinámicos y se van modificando (y enriqueciendo) por el paso del individuo por las distintas etapas de su vida, y para poder entenderlo siempre debe ser evaluado como un ser integral y en constante formación.

Por ello ciertos conceptos se utilizan solo parámetros o guías, por ejemplo la edad, la cual implica una noción más amplia la de edad funcional, que es considerada como la habilidad del ser humano para adaptarse a las exigencias ambientales, condiciones de trabajo y vida; en donde se integran:

- Edad Biológica: Es diferencial y se mide por condiciones de vida que conserva el organismo (órganos y tejidos).
- Edad Cronológica: Se mide por el número de años transcurridos desde el nacimiento, es el más socorrido ya que existe una correlación entre el paso del tiempo, los cambios y las etapas de la vida, es el marcador más "objetivo".

- Edad Psicológica: Considera la esfera cognoscitiva y psicoafectiva, sus modificaciones son el resultado de acontecimiento vitales (duelo, jubilación, etc.). Donde la capacidad de adaptación a las pérdidas y cambios a lo largo de la vida, determina la capacidad de ajuste a las diferentes etapas de la vida.
- Edad Social: Comprende los roles que se supone han de desempeñarse en su entorno. Ciertas variables sociales evolucionan con la edad, pero sin coincidir necesariamente con la edad cronológica.

Estas nociones brindan un panorama del ser humano en general y del adulto mayor en particular en donde es importante entender los diferentes cambios que se presentan en cada uno de los planos antes mencionados<sup>41</sup>.

Proceso de envejecimiento

Características Biológicas, Psicosociales y Sociales

El envejecimiento es una más de las etapas del ciclo vital, junto a la infancia, la adolescencia y la edad adulta. Y, en esta etapa, al igual que en las anteriores se producen una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales, si bien no se producen en el mismo momento y grado en todas las personas mayores, ya que se trata de un proceso dinámico, de tal forma que el envejecimiento tiene diversas trayectorias. En esta etapa no sólo se producen pérdidas, sino que hay funciones o capacidades que mantienen su actividad o incluso pueden llegar a mejorar. Existen tres tipos de envejecimiento: el envejecimiento normal, el patológico y el envejecimiento óptimo o satisfactorio.

---

<sup>41</sup> Velásquez Herrera, M. *Proceso de Envejecimiento*. En: Taller Psicología del Envejecimiento. 2009.

Mientras más años tienen las personas mayores es la frecuencia de problemas patológicos. Sin embargo, hay una gran variedad entre sujetos, ya que las diferencias en la presentación de entidades nosológicas muestran mayor variedad cuando se toma en cuenta la edad avanzada, las funciones orgánicas tienen cambios hora con hora, día con día.

Trataremos de analizar algunos de los cambios que se presentan con el paso de los años en los diferentes órganos que componen el cuerpo humano. No deja de ser una pequeña revisión, ya que no es posible llegar a fondo en cada uno de los temas, sin embargo, el resumen que a continuación aparece, puede ser de gran utilidad para no confundir un cambio normal debido al envejecimiento con una enfermedad, cuestión que fácilmente se olvida y conlleva a tratar cambios normales como patología y por otro lado a olvidar enfermedades bajo el dicho “es por la vejez”; lo que generalmente conduce a problemas por prescripción de medicamentos.

Qué significa el concepto esperanza de vida

La esperanza de vida, se define como la media de años que se vive, en la práctica, desde el nacimiento o desde una edad concreta.

Características del envejecimiento

- Universal: no importa raza, sexo, nivel socioeconómico.
- Inevitable e irreversible: no es posible detenerlo.
- Individual: cada individuo le imprime su sello.

En donde influyen Factores Internos (herencia) y Factores Externos (ambiente, estilo de vida y valores sociales).

La población de personas mayores es homogénea

Como se ha comentado anteriormente, el envejecimiento es un proceso dinámico, no es estático, de manera que el ritmo al que envejece cada persona es diferente, siendo la característica que mejor define a este grupo de edad la heterogeneidad, mostrando una gran variabilidad tanto interindividual como intraindividual.

Qué es la variabilidad interindividual

La variabilidad interindividual implica que a medida que se envejece las personas tienden a ser más heterogéneas, más distintas unas de otras en el funcionamiento psicológico, fisiológico o social, debido entre otras cosas a factores biológicos (genéticos, hereditarios) o biográficos, como por ejemplo, el estilo de vida (actual y pasado) a lo largo del ciclo vital. De manera que, las personas mayores presentan más diferencias entre sí que una muestra comparable de personas más jóvenes. Y, además, los cambios que se producen asociados al envejecimiento no tienen por qué aparecer en el mismo momento y grado en todas las personas mayores (por ejemplo, las diferencias en el encanecimiento del pelo, pudiendo encontrarse diferencias interindividuales tanto en el momento en el que comienza a producirse como en el grado en que se produce el cambio de color, pudiendo ser más o menos blanco), pudiendo manifestar algunas personas mayores más o menos cambios que otras.

Qué es la variabilidad intraindividual

Del mismo modo que en el caso anterior, esta mayor heterogeneidad también implica que si, en una persona mayor, se producen cambios en una determinada función, conducta, capacidad, habilidad psicológica o fisiológica (como por ejemplo la movilidad) esto no significa que se tengan que producir, necesariamente, cambios en otras (como por ejemplo, la capacidad cognitiva), demostrándose que los diferentes sistemas del cuerpo de una persona también envejecen a un ritmo distinto. Más aún, incluso para un mismo tipo de función o sistema, el envejecimiento puede mantener patrones diferenciales para subfunciones diferentes (por ejemplo, memoria e inteligencia).

## Envejecimiento normal

El envejecimiento normal, o primario, implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínsecos e inevitables, y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo (por ejemplo, el encanecimiento del pelo). Debe diferenciarse del envejecimiento patológico, aunque a veces es muy difícil establecer la diferencia entre ambos.

Para cualquier ser es indispensable recibir información del medio ambiente que lo rodea, los estímulos que recibimos día con día, momento tras momento, segundo a segundo, le permiten contar con los datos para vivir tanto en lo individual como en lo colectivo.

Los cambios físicos son los que primordialmente afectan al individuo y lo confrontan a una situación de crisis, pues la serie de modificaciones se hacen evidentes tanto a nivel estructural como funcional, por lo que lo hacen verse, percibirse y actuarse diferente y, a pesar de que se van dando a lo largo de la vida, es en esta etapa donde se acentúan haciéndose más evidentes.

Desde el punto de vista biológico, existe una tendencia a la atrofia que se hace manifiesta por:

- Disminución del peso, función, tamaño y volumen en los órganos.
- Disminución del contenido hídrico.
- Aumento del tejido conectivo.

Los cambios, se clasifican en:

- Apariencia: son visibles; arrugas, cambio de estatura y postura, canas, cambios en la distribución de grasa, flacidez, etc.
- En la estructura de los órganos y,
- En la eficacia funcional.

Las modificaciones por aparatos y sistemas se describen a continuación.

### Sistema Nervioso Central y Autónomo

La mayoría de los cambios neurológicos afectan el sistema nervioso central. Los cambios pueden afectar el equilibrio y la memoria de sucesos recientes y pueden ocasionar alguna privación sensorial, particularmente en términos de la sensibilidad al calor y al frío. Sin embargo, el funcionamiento cognoscitivo no disminuye necesariamente tan rápido como se pensaba. Ford y Roth (1977) encontraron que el mejor medio de valorar la función cognoscitiva son los estudios longitudinales en que se observa durante muchos años la evolución de los mismos sujetos.

De sus estudios se puede colegir que al parecer, el funcionamiento cognoscitivo persiste en gran parte. Los ancianos pueden tener mayor dificultad para aprender cosas nuevas, pero pueden retener lo que aprenden. Las personas mayores también tienden a recordar eventos que tuvieron lugar hace mucho tiempo, pero no los acontecimientos recientes. Sin embargo, en muchos casos, los defectos de memoria son pequeños en ancianos físicamente sanos y activos.

MORFOLÓGICOS	FUNCIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El cerebro disminuye de tamaño y peso.</li> <li>• El encéfalo se mantiene estable hasta los 50 años para ir disminuyendo a razón de 2 % por década.</li> <li>• Las zonas con mayor atrofia son el hipocampo, la corteza prefrontal dorso lateral y partes del cerebelo.</li> <li>• Adelgazamiento de las circunvoluciones cerebrales, en particular las frontales y las parietales.</li> <li>• Pérdida de neuronas y cambios intracelulares.</li> <li>• Diversas lesiones anatómicas guardan una alta correlación con la demencia senil.</li> <li>• Alteraciones dendríticas relevantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentraciones menores de neurotransmisiones.</li> <li>• Disminución del tono muscular.</li> <li>• Enlentecimiento generalizado de los movimientos.</li> <li>• Disminución del tiempo de conducción nerviosa.</li> <li>• Dificultad para realizar movimientos coordinados o de alternancia rápida.</li> <li>• Falta de precisión.</li> <li>• Disminución generalizada de la sensibilidad (térmica, dolorosa, auditiva, etc).</li> <li>• Temblor senil.</li> </ul>

## Sistema Respiratorio

MORFOLOGICOS	FUNCIONALES
<ul style="list-style-type: none"><li>• Disminución en la movilidad de las costillas y contracción parcial de los músculos respiratorios debido a los cambios vertebrales, la osteoporosis y la calcificación de los cartílagos costales.</li><li>• Se reduce la adaptabilidad de la pared torácica y el pulmón se vuelve más rígido.</li><li>• Atrofia de las paredes alveolares y reducción en el número de alvéolos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disminución de la función respiratoria, sustituyendo la respiración torácica por respiración abdominal.</li><li>• Llenado parcial de los pulmones aun en situaciones de reposo aunque no cambia la capacidad pulmonar total.</li><li>• La cantidad máxima de oxígeno se reduce.</li><li>• La reducción de la fuerza de los músculos espiratorios puede originar complicaciones mecánicas e infecciosas.</li></ul>

### Qué es la capacidad de reserva

La capacidad de reserva en el funcionamiento de un individuo es la posibilidad de conseguir un rendimiento más elevado cuando la situación lo demanda. Éste es uno de los aspectos más negativamente afectados por el envejecimiento. De forma que, las personas mayores son especialmente vulnerables cuando deben realizar un esfuerzo hasta el límite. Este declive de la capacidad de reserva explica porque las personas mayores tienen una peor capacidad de respuesta.

### Qué se puede hacer ante estos efectos

Ejercicio físico, incluso cuando éste es de intensidad baja o moderada, puede ser beneficioso:

- Las actividades aeróbicas pueden provocar una variedad de efectos positivos sobre el estado de ánimo, el nivel de ansiedad y, concretamente, sobre los sentimientos de dominio y control, conduciendo a un aumento de la autoestima.

El ejercicio puede hacer que las personas se sientan mejor anímicamente lo cual podría trasladarse a otras áreas de funcionamiento.

- Cambio del estilo de vida.

Qué cambios se producen en el sistema respiratorio relacionados con la edad

- Menor rendimiento del sistema respiratorio.
- La disminución de la efectividad se produce generalmente antes de que comiencen las pérdidas en el sistema cardiovascular.
- Disminución de la capacidad vital (capacidad máxima de entrada de aire o la cantidad de aire que entra y sale de los pulmones en niveles de esfuerzo máximo).
- Reducción de la eficiencia respiratoria. Pudiendo deberse a cambios esqueléticos, la calcificación de los cartílagos de las costillas, la descalcificación ósea (osteoporosis) y las deformaciones de la columna vertebral.
- Debilitamiento y atrofiamiento de los músculos responsables de la respiración Los bronquios se vuelven más rígidos.
- Disminución del volumen residual pulmonar (cantidad de aire que puede ser expirado durante un corto periodo de tiempo) y del consumo basal de oxígeno.
- La caja torácica se vuelve cada vez más rígida y las fibras musculares se hacen más pequeñas y disminuyen en número.

Consecuencias pueden tener estos cambios

- Cambios en la estructura de los pulmones, disminuyendo la cantidad de aire que entra y sale de ellos, especialmente bajo condiciones de esfuerzo. Esto afecta a la capacidad de reserva, apareciendo la sensación de cansancio con mayor facilidad.

- Disnea y fatiga asociadas al esfuerzo, sensaciones que pueden aproximarse a la intensidad de un ataque de pánico.
- Estos cambios pueden conducir a que una persona mayor evite la realización de actividades agotadoras, como consecuencia del deterioro de su eficiencia cardiovascular y respiratoria.

Qué se puede hacer ante estos efectos

- Ejercicio físico, aunque sus efectos en el funcionamiento del sistema respiratorio no son tan espectaculares como los efectos que produce sobre el sistema cardiovascular.
- No fumar.

### Sistema Cardiovascular

CAMBIOS MORFOLOGICOS	CAMBIOS FUNCIONALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El corazón sufre un proceso de atrofia y esclerosis.</li> <li>• La elasticidad de los vasos sanguíneos se reduce.</li> <li>• La aorta aumenta su calibre y volumen comportándose como un tubo rígido.</li> <li>• Engrosamiento y rigidez de las válvulas cardíacas.</li> <li>• Mayor rigidez en las paredes arteriales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución del gasto cardíaco (1 % año) en respuesta al estrés o ejercicio, o edad a los 70 años es 25 % inferior que a los 20.</li> <li>• Disminución de la frecuencia cardíaca en respuesta al estrés o ejercicio.</li> <li>• Disminución del flujo sanguíneo coronario.</li> <li>• Aumento de la duración de la contracción ventricular y aumento de la T/A mayor en la sistólica.</li> <li>• Disminución tono vasomotor.</li> </ul>

Cambios estructurales en el corazón, concretamente en:

- Ventrículo izquierdo, haciéndose progresivamente más grueso y menos elástico.
- Vasos sanguíneos, reduciendo la capacidad de bombeo por latido del corazón.
- Pérdida progresiva de fuerza de contracción.
- Válvulas del corazón:

Más gruesas y rígidas.

Pierden elasticidad.

Requieren más tiempo para cerrarse (esclerosis valvular).

- Vasos sanguíneos, especialmente en las arterias:

Aumentan de grosor.

Pierden elasticidad.

Mayor resistencia al paso de la sangre, aumentando generalmente la presión sanguínea.

Redistribución de la elastina en las paredes arteriales y unión de la elastina con el calcio.

Incremento del contenido del colágeno.

Acumulación de lípidos en las arterias.

- El colágeno que envuelve las fibras musculares se endurece y se vuelve insoluble.
- La grasa se deposita gradualmente sobre la superficie cardiaca.

Consecuencias tienen estos cambios

- Menor bombeo del corazón pudiendo producirse un fallo en la circulación.
- Estrechamiento y rigidez de los vasos sanguíneos que conlleva a una menor llegada de oxígeno y otros nutrientes a los tejidos cuando se necesita la máxima capacidad.
- Menor capacidad de recuperación ante el estrés.
- Insuficiencia cardiaca: la pérdida de fuerza contráctil del corazón provoca que ante una situación que requiera gran esfuerzo no podrá adaptarse.

- La menor afluencia de oxígeno a los tejidos del organismo provoca que las personas mayores suelen fatigarse antes y con mayor intensidad al realizar actividades físicas.
- Arteriosclerosis.
- Dificultades en la capacidad del sistema para distribuir la sangre por las células del cuerpo.
- Aumento del tamaño del corazón por la acumulación progresiva de grasa. Especialmente en las mujeres tras la menopausia.
- Estos cambios tienen un efecto mínimo sobre el funcionamiento cotidiano en condiciones ordinarias, es decir, cuando no se requiere un esfuerzo especial, mientras que los efectos son más destacables en situaciones de estrés o esfuerzo (disminuye la capacidad de reserva).
- El funcionamiento del sistema cardiovascular tiene una importante influencia sobre los sentimientos de bienestar e identidad de los individuos. La eficiencia del sistema cardiovascular es esencial para la vida, de manera que las amenazas a la integridad de este sistema se perciben como altamente peligrosas. La concienciación de la disminución de la eficiencia cardiovascular puede, por tanto, recordar a las personas la mortalidad.

### Aparato Gastrointestinal

Es uno de los principales aparatos en cuanto a importancia, ya que de éste depende la posibilidad de una adecuada nutrición y por lo tanto, del funcionamiento general del organismo; así mismo, forma parte de las principales vías de administración de medicamentos.

En la boca observamos que el aparato dental se ve mermado, ya que las caries y la enfermedad periodontal son responsables de gran pérdida de piezas dentales. Se altera la masticación y consecuentemente la selección de alimentos, lo que modifica la nutrición de la persona. Las papilas gustativas disminuyen, se aplanan y el sabor cambia.

En el esófago aparecen contracciones repetitivas y asincrónicas, lo que dificulta la deglución de algunos alimentos.

En el estómago la mucosa se adelgaza, hay atrofia de células parietales con elevación del pH, por lo que la absorción de hierro y calcio disminuyen.

En muchas personas también baja la producción de factor intrínseco, secundariamente la absorción de vitamina B<sub>12</sub> es menor. Lo anterior es origen de muchas anemias que se presentan en la edad avanzada.

En el intestino delgado hay aplanamiento de las vellosidades, que al tener una velocidad de movimiento más lenta se compensa la absorción de nutrientes y medicamentos.

En el intestino grueso hay lasitud de la musculatura, por lo que se favorece la aparición de divertículos; es más fácil la intolerancia a la lactosa por baja producción de lactasa; se incrementa la absorción de agua y se produce estreñimiento.

En el hígado hay ligera atrofia y mayor fibrosis, pero con una menor circulación hepática.

En el páncreas hay atrofia acinar, aumento de grasa y fibrosis, pero sin menoscabo en la producción exocrina y endocrina.

En resumen, en el aparato gastrointestinal observamos: cambios en los hábitos alimentarios; motilidad más lenta, vaciamiento gástrico lento; lentitud en la absorción; facilidad de estreñimiento; mayor presencia de divertículos, y no se altera la absorción de medicamentos.

Cambios se producen en el aparato digestivo relacionados con la edad

- Declive en la producción de enzimas digestivas.
- Disminución de los movimientos de contracción y relajación del esófago.
- Disminución de los movimientos peristálticos del intestino.
- Menor motilidad del estómago.

- Menor secreción de mucosa intestinal.
- Digestión más lenta y dificultosa, menor absorción de elementos nutrientes, vitaminas, etc.
- La eliminación de los sólidos tiende a disminuir, así como su masa y su frecuencia.
- Reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado.
- La boca: múltiples modificaciones (caries dentales, pérdida progresiva de dientes, deterioro de las encías. Menor apreciación a los sabores debido a la pérdida de papilas gustativas por parte de la lengua.

Estos cambios están relacionados con:

- Estilo de vida inadecuado (dietas pobres, menor ingestión de fluidos y de fibra, sedentarismo, etc.)
- Factores fisiológicos.
- Factores psicosociales.
- Problemas bucodentales (irritación de las mucosas, pérdida de dientes), que dificultan la adecuada ingestión de nutrientes.
- Pérdida de agudeza en los sentidos del gusto y olfato que pueden hacer menos placentera la comida.
- Pérdida de agudeza visual, que dificulta que los alimentos se perciban como apetecibles.
- Aislamiento social, que hace que la comida pierda su valor como actividad social.

Consecuencias pueden tener estos factores

- Disminución del placer por la comida y, como consecuencia, es posible que la persona muestre una menor preocupación por la calidad y la variedad en la preparación de los alimentos.
- Podrían dar como resultado síntomas que imitan los propios de diversos trastornos de deterioro psicológico o cognitivo.

## Sistema Genitourinario

### Riñón

La eliminación de sustancias tóxicas derivadas del metabolismo celular es de suma importancia ya que representa su principal función.

La masa renal tiene una pérdida de 25 a 30% de la cortical, con un menor número de nefronas, hay menos capilares en las asas de las nefronas y se aprecian divertículos en el asa de Henle.

El eje renina–angiotensina– aldosterona, no reacciona a la depleción de volumen. Lo anterior provoca menor depuración renal, que fácilmente se pierde más ante reducciones de volúmenes plasmáticos. A pesar de tener una menor masa muscular, la cantidad de creatinina plasmática permanece en límites normales o altos, lo que nos habla del daño renal.

Los cambios en el funcionamiento renal pueden modificar la eliminación de medicamentos, por lo que la dosis y la frecuencia de la administración de fármacos deben adaptarse a cada caso.

El funcionamiento renal debe considerarse cada vez que se utilicen medicamentos que tengan ésta vía de eliminación, de tal manera que las dosis sean adaptadas y la paciente sufra menos complicaciones.

### Vejiga

Hay pérdida de elasticidad vesical, la capacidad fisiológica tiende a disminuir en condiciones normales, así mismo la fuerza muscular es menor, lo que facilita que la micción sea con más frecuencia (polaquiuria), así mismo cualquier patología obstructiva favorecerá la pérdida de pequeñas cantidades de orina, algunos la consideran incontinencia de esfuerzo.

Cambios, asociados al envejecimiento, se producen en el sistema excretor

- Disminución de la efectividad de los riñones debido a pérdida tanto de masa renal como del número de "unidades de funcionamiento excretor" (nefronas).
- Disminución del volumen del riñón.
- Disminución de la filtración sanguínea para producir orina, y la eliminación de productos tóxicos.

Cómo afecta la disminución del número de nefronas

- Esta disminución junto a la disminución del riego arterial renal implica un menor ritmo de la actividad de filtración, excreción y reabsorción y conlleva ritmos menores en el proceso excretor.
- Menor capacidad del organismo para eliminar eficientemente la medicación que tiende a acumularse, pudiendo llegar incluso hasta niveles tóxicos. Cuando se administra a una persona mayor la dosis de medicamento apropiada para una persona más joven, permanece más cantidad del medicamento en el flujo sanguíneo dentro del periodo entre dosis. Cuando se repiten las dosis de medicamento, aumenta la probabilidad de que niveles tóxicos de esa sustancia pasen a la sangre. A menos que se ajuste la dosis, el medicamento podría tener un impacto adverso en lugar del beneficio pretendido.

Los efectos del envejecimiento sobre la vejiga son de gran importancia.

- Reducción en la cantidad total de orina que pueden almacenar hasta tener la sensación de que necesitan evacuar.
- Retención de mayor cantidad de orina después de intentar vaciar.
- Con frecuencia las personas mayores pueden no tener la sensación de que la vejiga debe ser vaciada hasta que está casi o completamente llena. Esto provoca que tenga poco o nada de tiempo para llegar al baño antes de producirse el escape o vaciado.

Con qué se relacionan estos cambios

- Pérdida de la capacidad de la vejiga (puede reducirse hasta la mitad).
- Disminución del tono muscular.
- Disminución de la elasticidad del tejido conectivo de las estructuras urinarias.

Qué consecuencias pueden tener estos cambios

- Mayor número de infecciones del trato urinario.
- La incontinencia puede ser altamente disruptiva para la vida diaria de las personas mayores, dando lugar a angustia y vergüenza. Estas ocasiones no sólo implican vergüenza, sino que alimentan la asociación, en la mente de algunas personas, entre "senilidad" e incontinencia urinaria.

Qué se puede hacer ante estos cambios

Una vez identificada, la incontinencia es una condición que puede ser manejada en muchos casos a través del aprendizaje de nuevas estrategias de conducta. Si no existen elementos que perturben su funcionamiento, puede seguir trabajando sin problemas.

Cambios en la mujer

Los ovarios, en la menopausia, disminuyen su peso de 25 a 2.5 g, hay fibrosis y disminuye drásticamente la producción de estrógenos y progesterona ante el estímulo hormonal hipofisiario.

Los tejidos sensibles a hormonas femeninas sufren involución, asociándose cambios físicos globales. La distribución de la grasa corporal tiende a concentrarse en la región de la cadera; la proporción de lipoproteínas de alta densidad disminuye, mientras que las de baja densidad aumentan, elevándose el riesgo cardiovascular; sin olvidar la posibilidad del desarrollo de osteoporosis.

En la región genital hay atrofia uterina, de vagina y labios mayores como menores; se pierde elasticidad, hay fragilidad y adelgazamiento de la mucosa vaginal, lo que favorece sangrados vaginales e infecciones locales. Pobre lubricación, más lenta y en menor cantidad, favorece la dispareunia.

Las mamas sufren también en lo que respecta a la glándula, con formación fibrótica, que asociada a la flacidez muscular se traduce por el aspecto pendular del seno.

Lo anterior promueve cambios físicos que tienden a disminuir la autoimagen corporal, favoreciendo la depresión, asociándose a la pobre vida sexual que en general se tiene, por estos y otros motivos.

En las mujeres es más probable que la incontinencia se sufra por estrés, haciendo referencia a la pérdida de orina en momentos de esfuerzo, como por ejemplo cuando se ríen, estornudan, cogen peso o se inclinan, y se produce como resultado de la debilitamiento de los músculos pélvicos.

#### Cambios en el hombre

Si bien no se presenta en el hombre un evento drástico como en la mujer, sí se aprecia disminución en la producción de hormonas masculinas (testosterona), los testículos disminuyen en peso y tamaño, la espermatogénesis es menor, y con un número mayor de anomalías de los espermatozoides.

El líquido seminal es menos espeso y se produce en menor cantidad, debido a lo anterior, la viabilidad espermática es menor, como resultado la capacidad reproductiva se reduce. En consecuencia, la capacidad reproductiva se reduce, sin embargo, puede darse hasta el final de la existencia.

La próstata tiende a incrementar su tamaño y aumenta la frecuencia de cáncer en éste órgano.

A nivel del pene hay esclerosis de las arterias y cuando se adicionan diversas enfermedades (diabetes, hipertensión, etc.) o tratamientos con fármacos que tienen efecto vascular, puede verse afectada la función, apareciendo lo que actualmente se llama disfunción eréctil.

Sin embargo, en las personas ancianas sanas, el poder sexual permanece con respuesta más lenta, y erección que solo alcanza el máximo antes de la eyaculación; hay menos sensibilidad y en muchas ocasiones hay retraso en la salida del líquido espermático, el período de resolución es más rápido y en algunos hombres la eyaculación retrógrada (a la vejiga) da la impresión de eyaculaciones secas que no agradan a la persona, sin embargo, la sensación de placer persiste.

Los cambios en el funcionamiento renal pueden modificar la eliminación de medicamentos, por lo que la dosis y la frecuencia de la administración de fármacos deben adaptarse a cada caso.

La incontinencia de urgencia, es más prevalente en hombres, incluyendo pérdida de orina después de una urgencia por evacuar o pérdida de control sobre la evacuación con alguna advertencia o sin ella; está relacionada con enfermedad de la próstata o vaciado incompleto de la vejiga.

Cambios, asociados al envejecimiento se producen en el sistema endocrino

- Disminución de hormonas sexuales, tanto en hombres como en mujeres.
- Disminución de la eficacia de las glándulas sudoríparas.
- Alteración de las funciones homeostáticas tales como el control de la temperatura.

Sistema Locomotor: Músculos, Huesos y Articulaciones

Cambios, asociados al envejecimiento, se producen en la estructura corporal

- Disminución de la estatura, especialmente en mujeres.

- Disminución del peso.
- Podrían tener las extremidades muy delgadas aunque tuvieran áreas adiposas en la barbilla, la cintura y la cadera.

A qué se deben estos cambios

- La disminución de la altura es debida sobre todo a:

Pérdida de contenido mineral en las vértebras, provocando una disminución de la longitud de la columna vertebral.

Cambios en las articulaciones.

Pérdida de curvatura plantar.

- La disminución del peso es debida sobre todo a:

Pérdida de masa muscular.

Pérdida de masa ósea.

- Acumulación de grasa corporal, especialmente alrededor de la cintura y las caderas.

Consecuencias pueden tener estos cambios

Puede parecer que están más gordos o que tiene un aspecto "fofo", lo cual pueden influir negativamente, al igual que "otros cambios físicos, en la autoestima y la identidad de la persona al comparar su apariencia actual con la de su juventud.

Qué se puede hacer ante los cambios que se producen en el peso

Ejercicio físico, como caminar, correr, montar en bicicleta, etc., puede moderar la reducción del peso corporal y fortalece los huesos y los músculos.

## Cambios, asociados al envejecimiento, se producen en la movilidad

- Mayor dificultad para desplazarse.
- Dificultad para realizar acciones, como coger objetos, levantarse de la silla, caminar de un sitio a otro.

ESTRUCTURA	CAMBIOS
ARTICULACIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios macroscópicos a nivel del cartílago articular. Así, se observa fibrosis local periférica; pérdida de elasticidad y artrosis en el 80% de los mayores de 55 años.</li> <li>• Las articulaciones vertebrales sufren una serie de cambios a nivel del disco intervertebral con transformaciones físicas: se vuelve más duro, consistente y delgado, lo que a su vez origina disminución de la estatura pues <math>\frac{1}{4}</math> parte de la longitud de la columna vertebral es discal, disminuye la flexibilidad.</li> <li>• Las articulaciones de los miembros soportan mayor presión y desgaste y, por tanto, mayores cambios: esta zona se torna más frágil y quebradiza lo que explica las frecuentes fracturas de cabeza de fémur y cadera en la ancianidad.</li> <li>• La pérdida de fuerza en los músculos y ligamentos dan lugar a un pie plano con un giro hacia fuera y los centros de presión se desplazan al borde interno del pie, los arcos de la bóveda plantar se desequilibran dando lugar a la aparición de callosidades y a la dificultad en el equilibrio corporal, la alineación y la marcha.</li> <li>• Menor eficiencia de las mismas.</li> <li>• Degeneración de los cartílagos.</li> <li>• Estos cambios pueden ser debidos a:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de estructuras que componen las articulaciones (tendones, ligamentos, cartílagos).</li> <li>• Erosión de la envoltura protectora de los extremos de los huesos (cartílago).</li> </ul> </li> </ul>
HUESOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de masa ósea causando la disminución del peso del esqueleto con la edad.</li> <li>• Osteoporosis, trama ósea más delgada.</li> <li>• Las mujeres pierden en 30 años el 25 % (700 gr. De los 3000) de su esqueleto; los hombres el 12 % (450 gr. De los 4000).</li> <li>• La consecuencia más evidente de las alteraciones osteoarticulares es la modificación de la silueta: disminuye la estatura 1 cm /10 años, cambios en la curvatura de la columna y en los planos corporales; desplazamiento del centro de gravedad del ombligo a la sínfisis del pubis; flexión de caderas y rodillas; inclinación de la cabeza.</li> <li>• Menor densidad y fuerza de los huesos.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más porosos, más quebradizos y más frágiles (osteoporosis), sobre todo en mujeres.</li> <li>• Pérdida de masa ósea.</li> <li>• Estos cambios se producen a su vez por:</li> </ul> <p>Pérdida de calcio.</p>
--	--

MÚSCULOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descenso en el número de fibras musculares.</li> <li>• Aumento extracelular de grasa.</li> <li>• A nivel funcional hay una pérdida gradual de fuerza muscular; prolongación del tiempo de concentración y de relajación; descenso en el desarrollo máximo de tensión.</li> <li>• Disminución de la fuerza muscular, especialmente en las extremidades inferiores. Esto se produce a su vez debido a pérdida de masa muscular y atrofia de las fibras musculares.</li> </ul>
----------	--

#### Consecuencias tienen estos cambios

- Mayor probabilidad de fracturas, especialmente de la cadera.
- Dependencia, puesto que la rotura de huesos tiene una curación más lenta y consecuencias más graves en personas mayores.
- Movilidad dolorosa, debida, entre otras cosas, a la degeneración del cartílago que provoca que el roce de los huesos produzca dolor y rigidez.
- Dificultad en la realización de las actividades de la vida diaria, para el mantenimiento de su autonomía, así como actividades placenteras, pudiendo influir esta dificultad de forma negativa en la adaptación psicológica de la persona mayor y en su sensación de bienestar.
- Si a la dificultad de movimiento se le une una pérdida sensorial o problemas psicológicos o neurológicos, esto puede aumentar la probabilidad de caídas (especialmente en mujeres) provocando dependencia como consecuencia.
- Baja autoestima y aumento de la probabilidad de estado de ánimo negativo.

## Qué se puede hacer ante estos cambios

Ejercicio físico (de resistencia, equilibrio, etc.) para mantener o restablecer la movilidad, para compensar la pérdida ósea, para fomentar la flexibilidad, para el fortalecimiento de los músculos, minimizar el riesgo de caídas, etc. Suplementos de vitaminas.

## Sentidos de la Vista, Oído, Olfato, Gusto, Tacto, Equilibrio y Fonación

SENTIDO	CAMBIOS
VISTA	<ul style="list-style-type: none"><li>• Disminución de la movilidad ocular, agudeza visual disminuida.</li><li>• Caída de párpado, hundimiento de los ojos.</li><li>• Disminución del tamaño de la pupila, descenso de la capacidad de acomodación.</li><li>• Reducción del campo de visión periférica.</li><li>• Disminución en la habilidad para diferenciar colores.</li><li>• Secreción lagrimal disminuida en calidad y cantidad</li><li>• Aparición del arco senil, formación de un círculo blanco a nivel del borde externo del iris.</li></ul>
OÍDO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Más de 1 /3 de las personas mayores de 75 años experimentan pérdida auditiva por la degeneración del nervio auditivo, siendo más significativa en el sexo masculino.</li><li>• Aumento de tamaño del pabellón de la oreja.</li><li>• La membrana del tímpano engruesa.</li></ul>
GUSTO Y OLFATO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atrofia y una pequeña disminución en el número de papilas gustativas.</li><li>• Pérdida de la capacidad de detección de sabores salados más que los dulces.</li><li>• La fragilidad dental y la sequedad en las encías unidas al deterioro de la raíz del diente provocan problemas capaces de alterar la función gustativa.</li><li>• Reducción en la capacidad de identificación olfatoria por la degeneración del nervio olfativo.</li></ul>

TACTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción en la agudeza del sentido del tacto.</li> <li>• Pérdidas selectivas en sensibilidad vibratoria y reconocimiento táctil: hay disminución de la sensibilidad en la palma de la mano, planta de los pies y en los dedos.</li> <li>• Disminución en la sensibilidad al dolor.</li> </ul>
EQUILIBRIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La función vestibular se deteriora, y el vértigo o mareo aparece con más frecuencia (causa de accidentes y muertes producidas por caídas).</li> </ul>
FONACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ve alterada por los cambios que se presentan en la posición de los labios, en las cuerdas vocales, en la cavidad bucal como puede ser la pérdida de piezas dentales, en el sistema respiratorio, la postura y los problemas de autoescucha que determina el tono de la voz, entre otros.</li> </ul>

## Sistema Inmunológico

En general hay una respuesta reducida frente a los estímulos antigénicos, los anticuerpos naturales disminuyen, por lo que su respuesta es menor, provocando una propensión a las infecciones.

- Declive del funcionamiento del sistema inmune a lo largo de toda la edad adulta.
- Disminución de la efectividad para eliminar sustancias extrañas debido a: La degeneración del timo.

Menor producción de células T (aunque las que permanecen son capaces de producir una adecuada respuesta defensiva a pesar de su escaso número).

- Menor capacidad para proteger las células del cuerpo contra infecciones y el desarrollo de células anormales.
- Otras células del sistema inmune, incluyendo las células NK y K y los indicadores macrófagos parecen retener su funcionamiento en la vejez.

consecuencias de los cambios en el sistema inmune

- Mayor vulnerabilidad ante la gripe, infecciones, neumonía, cáncer y algunas reacciones autoinmunes que pueden producir trastornos como la artritis.
- En la vejez existe una importante interacción entre variables psicológicas y respuesta inmune, con un debilitamiento de esta última bajo condiciones de estrés y deficiente apoyo social. Por ejemplo, las personas mayores que se cuidan de otra persona mayor son especialmente propensas a responder peor ante una enfermedad infecciosa.

## Cambios en la Piel

ESTRUCTURA	CAMBIOS
PIEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adelgazamiento de las capas celulares de la epidermis.</li> <li>• Reproducción celular más lenta.</li> <li>• Disminución de la función fotoprotectora. Dermis adelgazada.</li> <li>• Aumento de la fragilidad vascular.</li> <li>• Reducción del número de capilares dando lugar a la palidez cutánea y dificultando los procesos de cicatrización.</li> <li>• Arrugas y flojedad, por pérdida en la elastina y la rigidez del colágeno.</li> <li>• Pérdida de grasa subcutánea.</li> <li>• Las glándulas sudoríparas disminuyen en tamaño, número y función contribuyendo a la sequedad de la piel y a una disminución funcional de la termorregulación.</li> <li>• Disminución de la secreción de las glándulas sebáceas.</li> <li>• Aparición de arrugas (este es uno de los cambios más evidentes).</li> <li>• Piel más áspera, menos resistente y más delgada.</li> <li>• Pérdida de firmeza y elasticidad de la piel.</li> <li>• Aparición de manchas irregulares de color oscuro.</li> <li>• Apariencia pálida de la piel.</li> </ul> <p>cambios de la piel y cuáles son las consecuencias</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores exógenos: exposición directa al sol, consumo de tabaco, alimentación inadecuada, falta de ejercicio físico, etc.</li> <li>• Disminución del colágeno produciendo un menor aislamiento de la piel ante temperaturas extremas y mayor una vulnerabilidad a agentes ambientales produciendo como consecuencia la aparición de irritaciones cutáneas.</li> <li>• Disminución de la masa muscular.</li> <li>• Disminución del número de melanocitos (células que contienen pigmento que colorean la piel) y aumento de su tamaño, de ahí que la piel tenga una apariencia más pálida y se produzca la aparición de manchas en la piel.</li> <li>• Disminución de la grasa subcutánea.</li> <li>• Degeneración de las glándulas sudoríparas.</li> <li>• Menor actividad de las glándulas sebáceas lo que provoca que, por ejemplo, la piel sea más áspera por ejemplo.</li> </ul> <p>Qué se puede hacer ante estos cambios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar la exposición directa al sol o utilizar filtros solares cuando no se pueda evitar la exposición a este.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener buenos hábitos de salud y alimentación.</li> <li>• Uso de cremas hidratantes y de productos cosméticos.</li> </ul> <p>Cambios, e, se producen en la cara</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento del tamaño de las orejas y la nariz.</li> <li>• La zona de la barbilla se resalta.</li> <li>• Los párpados se hacen más gruesos.</li> <li>• Los ojos se muestran más hundidos.</li> <li>• Aumenta la probabilidad de que se produzcan pérdidas dentarias.</li> </ul> <p>Se deben estos cambios de la cara</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de masa ósea.</li> <li>• Degeneración del tejido cartilaginoso.</li> <li>• Aumento de la pigmentación alrededor de los ojos.</li> </ul>
--	--

Cambios relacionados con el envejecimiento se producen en el pelo

- Cambio del color del pelo (varía de persona a persona).
- Es menos denso, poco uniforme, más seco, más quebradizo y más duro.
- Se produce caída del cabello (mayor en hombres).
- Pérdida generalizada de vello corporal.
- Además en los hombres se produce:
- Crecimiento de pelos gruesos en las cejas y en el interior de las orejas.
- Además en las mujeres se produce:

Aparición de pelos gruesos alrededor de la barbilla y encima del labio superior.

A qué se deben estos cambios en el pelo

- Menor producción de melanina que causa una disminución de la pigmentación capilar.
- Cambios hormonales, sobre todo en mujeres.

Factores genéticos.

Factores hormonales (menopausia en mujeres).

Factores exógenos como, hábitos de inactividad física, consumo de tabaco y/o alcohol, mala alimentación.

Género: estos cambios se producen sobre todo en mujeres.

### Envejecimiento patológico

El envejecimiento patológico o secundario, se refiere a los cambios que se producen como consecuencia de enfermedades, malos hábitos, etc., y, que no forman parte del envejecimiento normal (por ejemplo, cataratas, enfermedad de Alzheimer) y que, en algunos casos pueden prevenirse o son reversibles.

### Envejecimiento óptimo

Es el envejecimiento que tendría lugar en las mejores condiciones posibles (físicas, psicológicas, sociales) , teniendo en cuenta los múltiples factores que intervienen en el proceso del envejecimiento. Es el envejecimiento deseable por todas las personas ya que implica pocas pérdidas o ninguna e incluye una baja probabilidad de presencia de enfermedades.

El envejecimiento satisfactorio lo obtienen aquellas personas mayores que favorecen la promoción de su salud (física y psicológica), fomentando su autonomía, mediante la práctica de ejercicio físico o el entrenamiento de sus capacidades cognitivas, mejorando su autoestima, manteniendo hábitos de vida saludables, etc., de forma que eviten, en la medida de lo posible la dependencia y el aislamiento con el establecimiento, por ejemplo de redes sociales. La puesta en práctica de estos aspectos influirá, como consecuencia, de forma positiva en su calidad de vida haciendo posible que se encuentren en las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales, experimentando por tanto, un envejecimiento óptimo.

Vejez: Última etapa del ciclo vital, que se acompaña de una serie de modificaciones físicas, psicológicas y sociales, resultado del paso del tiempo en la persona.

Algunos manuales de geriatría distinguen tres categorías de vejez en función de la edad. Son las siguientes:

- Viejo-joven: personas entre 65 y 74 años.
- Viejo-medio: entre 75-84 años.
- Viejo-viejo: mayor de 85 años.

Los cambios físicos debidos al proceso de envejecimiento son inevitables y cada individuo los va a experimentar de forma diferencial, por lo tanto, la atención debe focalizarse en realizar acciones para responder a estas modificaciones.

Un primer paso es familiarizarse con el actual concepto de Salud para las Personas Adultas Mayores que establece la Organización Mundial de la Salud, en donde se le da mayor relevancia a la funcionalidad que al diagnóstico clínico convencional, en este sentido la OMS establece que desde el punto de vista gerontológico se consideran como Sanas a las personas adultas mayores sin o con enfermedades crónicas controladas no terminales, que mantengan su funcionalidad física, mental y social, acorde con su edad y contexto sociocultural.

Por tal motivo, en el ámbito gerontológico, se parte de la premisa de que la percepción subjetiva de salud es igual de importante que el diagnóstico clínico objetivo, de ahí que si la persona adulta mayor tiene una percepción objetiva o subjetiva de enfermedad, deberán indagarse los componentes biológicos, psicológicos y sociales, si no se detectan elementos biológicos, los aspectos psicológicos y sociales deben ser abordados con acciones gerontológicas fundamentadas.

Es conveniente establecer diversos programas, entre ellos de atención comunitaria gerontológico, que se enfoquen no solo a la prevención, detección, tratamiento, control y paliación de las enfermedades crónicas, sino también al control del anciano sano y la promoción de la salud, favoreciendo así el mantener, prolongar o recuperar su funcionalidad física, mental y social, apoyándose siempre para ello en una adecuada evaluación gerontológico integra<sup>42</sup>.

Para lograr este objetivo es necesario contemplar y entender los siguientes aspectos.

Modificaciones psicológicas en el adulto mayor

Cognitivas

Cognición (cognoscere/conocimiento, conocer); es un conjunto de procesos mentales que permiten procesar información a partir de la percepción. Los procesos cognitivos maduran de manera ordenada en el desarrollo humano y las experiencias a lo largo de la vida pueden acelerarlos o retardarlos, por lo que en el envejecimiento normal, solo suelen presentarse cambios selectivos, que no afectan todas las funciones cognitivas.

Dentro de las más importantes:

Inteligencia: Que se considera como la capacidad del individuo para resolver sus problemas de la vida cotidiana. Se divide en:

---

<sup>42</sup> Dennis-Hassol. *Aspectos de la Salud en los adultos de edad avanzada*. En: PSICOLOGÍA EVOLUTIVA. México: Interamericana. 1985.pp.,355-357

Cristalizada: Es el uso efectivo del conocimiento y habilidades adquiridas a lo largo de los años (experiencia, comprensión verbal, vocabulario, conocimientos generales), se va fortaleciendo con el paso del tiempo (siempre que se estimule adecuadamente).

Fluida: Es la capacidad de aprender y dominar problemas nuevos (agilidad mental, adaptación, exactitud y velocidad), la cual va disminuyendo con los años.

En el proceso de modificación intelectual van a influir factores como:

- La historia personal (acceso y motivación para desarrollar habilidades).
- El grado y forma de estimulación (de acuerdo a sus necesidades actuales).
- El estado de salud y condiciones generales del organismo.

El manejo del Estrés.

Aprendizaje: Es el proceso a través del cual se adquieren nuevas habilidades, destrezas, conocimientos, conductas o valores como resultado de la experiencia, instrucción, estudio y la observación; es una de las funciones mentales más importantes.

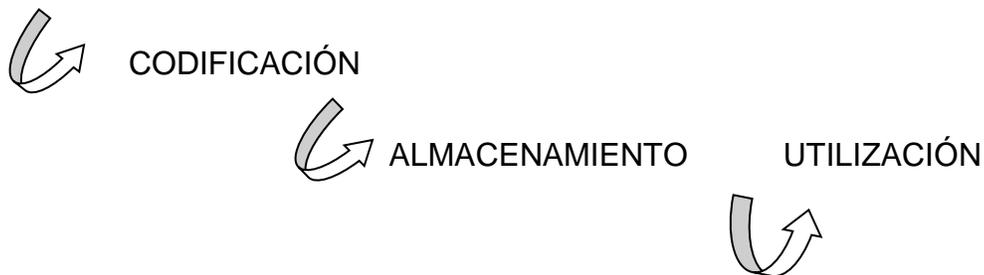
La cual se relaciona con la educación y el desarrollo personal, y para que se fortalezca es necesario motivar al individuo, por ello en los adultos mayores se debe considerar que su capacidad de aprendizaje no desaparece solo se modifica, es más lenta, con un tiempo de reacción más largo, y para estimularlo es necesario utilizar estrategias como la asociación y la repetición.

Lenguaje: Es la capacidad para comunicarse por medio de signos, es un proceso de carácter social en donde se busca transmitir, intercambiar o compartir información. Este proceso de comunicación en la vejez se modifica ya que se presenta una disminución en la comprensión del lenguaje hablado; en donde tienden a utilizarse frases más largas, con cambios bruscos (y en ocasiones ilógicos) de tema, en donde recuerdan qué han dicho pero les cuesta recordar

quien dijo qué o a quien se lo dijeron; en cuanto al escrito al disminuir la capacidad visual se les dificulta la lecto-escritura, además se endentece su proceso de razonamiento, síntesis e integración

Memoria: Es una función que permite retener y utilizar información adquirida a través de los sentidos, como son experiencias y conocimientos pasados, y que actúa principalmente sobre la base de necesidades presentes, contemplando el pasado y planeando el futuro. Se clasifica en memoria a corto y largo plazo. Y conlleva los siguientes pasos:

### PERCEPCIÓN



Se modifica (pero no se pierde) ya que existe una dificultad para recordar acontecimientos recientes, los lejanos son más fáciles de recordar, porque están bien organizados y almacenados.

Las modificaciones se dan por:

- Olvido e Interferencia: Una nueva acción desplaza lo que se aprendió. Interferencia, por modificación de atención e interés.
- Represión: Defensa para olvidar sucesos desagradables.

Se presentan fallas por:

- Estrés, cansancio, soledad.
- Mala organización, exceso información.
- Falta de motivación y de ejercicio mental.

Se pueden fortalecer estas habilidades, utilizando Técnicas de estimulación, como:

- Observación: Uso de mayor número de estímulos (auditivos, olfativos, táctiles) los visuales se graban más fácilmente y permanecen por mayor tiempo.
- Concentración: Reeducarlos para que se enfoquen en una sola situación a la vez.
- Asociación: Relacionar información con sucesos de importancia para ellos.
- Repetición: Ayuda a retener información.

Algunos ejercicios que favorecen la Agilidad Mental, son:

- Leer, escribir, hacer repasos diarios.
- Fraccionar la información, organizarla.
- Encontrar semejanzas y diferencias.
- Realizar operaciones matemáticas.
- Escuchar música, jugar domino, ajedrez.
- Sopa de letras (concentración).
- Vocabulario (basta, sinónimos y antónimos).
- Adivinanzas, maratón (conocimientos generales).
- Ejercicios de Relajación.

### Modificaciones Emocionales

La entrada a la vejez, conlleva una reestructuración psicológica resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, a lo largo de la vida del individuo.

El problema principal de los adultos mayores consiste en vencer estos obstáculos y resolver las dificultades que plantean hasta lograr la adaptación a los mismos, la falta de esta puede llevar a la sensibilidad, al deterioro progresivo y a la desintegración de la personalidad.

Pero Qué es la Personalidad Es un conjunto de elementos psicológicos (pensamientos, sentimientos, actitudes, hábitos y conducta) y físicos (genética, estructura corporal, estatura, color de piel, ojos, cabello, etc.) que determinan una forma de ser, pensar, sentir y comportarse, muy particular; que distingue a cada uno de los individuos.

Desde que se nace ya se tiene una personalidad, es decir ya existen ciertas características propias, que con el paso del tiempo y con la estimulación ambiental (familia, escuela, trabajo, etc.) se irá estructurando, cambiando y fortaleciendo.



Y esta estructura de personalidad la que permite al ser humano ir enfrentando los retos a lo largo de la vida, como el que implica el llegar a la vejez, siendo en esta etapa en donde la mayoría de las personas deben enfrentarse a un sin número de pérdidas (amigos, familiares, colegas), a la merma en la salud física, sus habilidades, además de superar el cambio de status laboral y las repercusiones económicas consecuentes.

Por lo que la trayectoria en la vejez puede ser Negativa, donde predomina el aislamiento, estancamiento, sentimientos de culpa, depresión y temor a la muerte, sobre todo cuando el adulto mayor No logra renunciar a su posición de autoridad, cerrar su ciclo de productividad, aprender a delegar poder y tareas, por lo que le resulta MUY difícil transitar esta etapa, al ser incapaz de reconocer el paso del tiempo y elaborar la proximidad de la muerte y lo que ello implica.

O Positiva, cuando hace un balance de su trayectoria de vida, asumiendo tanto éxitos como errores del pasado, conservando, a pesar de todo un sentimiento de

satisfacción en relación consigo mismo lo que le permite desarrollar un compromiso con su entorno y sobre todo con las nuevas generaciones.

Por esta razón, una vejez plena de sentido es aquella en la que predomina una actitud contemplativa, reflexiva y prepositiva, reconciliándose con sus logros y fracasos, que implica prepararse activamente para envejecer aceptando su nueva estructura (física y emocional), permitiéndole así enfrentar los diferentes retos de su ciclo vital.

Diversos autores han buscado explicar como el ser humano enfrenta el paso de tiempo y los diferentes retos por los que debe pasar, una de las teorías de la personalidad más utilizadas es la de E. Erikson, con su "Teoría Psicosocial", donde postula la existencia de ocho fases de desarrollo que se extienden a lo largo del ciclo vital.

Cada fase comprende ciertas tareas, funciones o "crisis" psicosociales, en donde existe un balance y un tiempo óptimo para cada una de ellas.

De cada estadio se obtienen ciertas virtudes o fuerzas psicosociales que ayudarán en las demás etapas, en caso contrario se desarrollan ajustes inadecuados que ponen en peligro el desarrollo.

Crisis: Plantea el hecho de no satisfacer una necesidad personal y las limitaciones que presenta el medio exterior.

Virtud: Surge de la resolución de cada crisis, son verdaderos logros que lo preparan para el siguiente estadio.

Tarea: A cada etapa le corresponde una meta que cumplir, que constituye un conflicto, cuya resolución favorece el desarrollo y por el contrario su fracaso lo debilita, presentando residuos en las siguientes etapas.

## Las ocho fases de desarrollo de E. Erikson.

EDAD	ETAPA	CRISIS	VIRTUDES	TAREAS
1	Lactancia	CONFIANZA VS. DESCONFIANZA	Esperanza	Afirmación mutua entre madre e hijo
2	Primera infancia	AUTONOMIA VS. VERGÜENZA Y DUDA	Autocontrol Voluntad,	Diferenciación entre lo bueno y lo malo
3-7	Edad de juegos	INICIATIVA VS. CULPA	Determinación	Experimentación de papeles
10	Edad escolar	LABORIOSIDAD VS. INFERIORIDAD	Competencia y método	Aprendizaje de habilidades
11	Adolescencia	IDENTIDAD VS. CONFUSIÓN DE ROLES	Amor y devolución	Establecimiento de la filosofía de la vida
15-30	Adulthood temprana	INTIMIDAD VS. AISLAMIENTO	Amor y afiliación	Relaciones sociales satisfactorias
35-60	Madurez	GENERATIVIDAD VS. ESTANCAMIENTO	Afecto y producción	Perpetuación de la cultura
65-80	VEJEZ	INTEGRIDAD VS. DESESPERACIÓN	SABIDURÍA	ACEPTACIÓN DE LA CONCLUSIÓN DE LA VIDA

Esta teoría menciona que el comportamiento en la vejez es el resultado de la forma en que se enfrentaron las crisis anteriores y que por lo tanto en esta última etapa las opciones son lograr la Integridad frente a la Desesperación. En donde primero ocurre un distanciamiento social, por el sentimiento de inutilidad generado por la disminución biológica, donde el cuerpo ya no responde como antes, y “aparecen” enfermedades como artritis, diabetes, problemas cardíacos, cáncer; y miedos a cuestiones que no había tenido nunca, por ejemplo una gripa o una caída, preocupaciones relativas a la muerte, sobre todo al empezar a fallecer amigos, familiares, pareja, generando en ellos desesperanza y preocupación por el pasado.

Puede caer en la presunción, cuando la persona “presume” de los eventos sin aceptar sus reales dimensiones (enfermedades, conflictos, dificultades, etc.) o habilidades. O se cae en el desdén, que es un desacato a la propia vida y a la de los demás.

Algunos adultos mayores empiezan a jubilarse de trabajos que han tenido durante muchos años; otros perciben que su tarea como padres ya ha finalizado y la mayoría creen que sus aportes ya no son necesarios, desarrollando la desesperanza, y la añoranza por sus victorias pasadas (donde todo era mejor), otros se centran en sus fallos; esas malas decisiones que tomaron y se quejan de que no tienen ni el tiempo ni la energía para revertirlas. Presentando entonces depresión, resentimiento, sentimiento de persecución, crítica, culpa, volviéndose hipocondríacos o con comportamientos infantiles.

Pero si son capaces de mirar atrás y aceptar el curso de los eventos pasados, sus decisiones tomadas; su vida tal y como la vivió, entonces iniciará el análisis de los términos y herramientas que aplico a lo largo de su vida, para establecer como quiere llegar al final de la misma. Sin el temor a la muerte, podrá arreglar pendientes, saldar cuentas y desarrollar la virtud de la sabiduría.

Pero este proceso no es nada fácil y no todos lo logran realizar de manera adaptativas ya que implica a sumir el paso del tiempo y trabajar las pérdidas.

Qué es el tiempo Es medir la duración o separación de las cosas sujetas a cambio, establecido así un pasado, presente y futuro.

Lo considera “Un factor de impacto y estrés, donde se desea disponer de más tiempo para vivir, trabajar o divertirse. Nadia o casi nadie desea la cercanía de la muerte, pero todos saben que tarde o temprano el tiempo se agotará”.

Pérdida: Es la carencia o privación de lo que se poseía.

La vejez se convierte en un período crítico por la serie de pérdidas que implica a nivel de funciones (físicas y cognitivas), a nivel emocional (afectos y personas) y a nivel social (roles y estatus).

## Pérdidas y Ajustes

### Soledad

Es un estado emocional que sobreviene cuando la persona no ha logrado las relaciones interpersonales íntimas o estrechas que desea(Rubio, 2003).

- Aislamiento (estar solo)
- Soledad (sentirse solo)

Aislamiento Social, es un factor de riesgo para la soledad, como consecuencia de:

- Disgusto con su cuerpo: Incapacidad funcional (enfermedades, inmovilidad, incontinencia, cirugías).
- Pérdidas sensoriales.
- Disminución de autoestima.
- Mecanismo de defensa.
- Aislamiento geográfico.
- Cambio de roles (cuestiona su utilidad).

Una encuesta en México, reveló que dentro de los principales temores asociados a la vejez está la soledad, la enfermedad, la pobreza y la pérdida de autonomía. Además de que existen diferencias importantes relacionadas con el Género:

Mujeres: Están mejor dotadas, ya que los diferentes roles que desempeñan las provee de mejores herramientas.

Hombres: Los papeles tan rígidos que han adoptado, les dificultan relacionarse fuera de su trabajo, difícilmente desarrollan otras habilidades y aficiones cuando se jubilan.

Algunos ejemplos de esto se presentan en:

- Asistencia a grupos, 70% mujeres y 30% hombres.
- 45.1% mujeres vive en pareja y el 54.9% es soltera, separada, divorciada (41.4% viuda). Hombres sólo el 23.4% no vive en pareja (INEGI, 2000).
- Mayor número de viudas, mujeres mayor esperanza de vida y generalmente no desean volver a casarse.
- Matrimonio ayuda a enfrentar mejor la vejez, especialmente a los hombres.
- A. M. buscan autonomía, prefieren vivir residencial y financieramente independientes, pero aprecian la comunicación con familiares.
- La intensidad con que se vive la soledad depende de una evaluación personal.

Además de estos aspectos el Adulto Mayor debe enfrentar una nueva forma De vida que se va a caracterizar por:

- Una pérdida progresiva de objetos necesarios y gratificantes.
- Un estado de temor a su futuro, dependencia biológica.
- Aparición o reaparición de conflictos de personalidad.
- Disminución de las relaciones sociales, reduciendo el círculo de su actividad.
- Actitud de rechazo de la sociedad y familia por considerarlo problemático.

Cuando no se tienen los elementos o no se aplican de forma adecuada para encausar de manera propositiva estos cambios y pérdidas se presentan una Crisis, entendida como un momento, en el cual se debe enfrentar, de manera impostergable, una situación de conflicto la cual es incapaz de resolver con sus mecanismos habituales de solución de problemas.

Una crisis representa tanto una oportunidad para el desarrollo de la personalidad como el peligro de una mayor vulnerabilidad; y se pueden presentar ciertos trastornos mentales, aspectos negativos o poco funcionales como:

- Fobias, como defensa ante la angustia, el miedo por sentir amenazada su existencia, se niega a salir o estar solos, a viajar, a tener contacto con otras personas.
- Dependencia psicológica hacia alguien que le brinde no solo compañía, sino seguridad y control.
- Obsesiones, con rutinas repetitivas, orden extremo tanto en actividades, como en la rigidez de sus pensamientos, tratando así de lograr cierto nivel de seguridad.

Cuando ocurre esto y la Crisis sobrepasa los recursos personales, el individuo debe autoevaluarse para así observar lo que puede conservar ante la reducción de posibilidades, sobre todo aquello que le brinde seguridad. En caso de no lograrlo es necesario buscar Orientación y apoyo a través de:

- Terapia grupal o individual.
- Detectar interacciones problemáticas.
- Terapia ocupacional.
- Capacitación para empleo de bastones, andaderas etc.
- Fortalecer redes de apoyo, socializar, acudir a organizaciones.

## Sexualidad y envejecimiento

Un aspecto que presenta alteraciones importantes es el de la sexualidad.

Es el ser humano en su totalidad (biológica, psicológica y social), lo que se, siente y se hace en función del género al que se pertenece; está conformado por:

- Sexo (Biológico): Características físicas, determinadas genéticamente (femenino o masculino).
- Identidad de Género (Psicológico): Vivencia emocional, proceso de identificación, de pertenecer al sexo masculino o femenino.
- Sexo de Asignación (Social): Se obtiene desde niño, por medio de actitudes y conductas de las personas que lo rodean, y que a su vez se espera en ellos.
- Comportamiento Sexual (Relación Sexual): Conducta sexual, etapas del acto sexual.

Cambios que pueden producirse con el envejecimiento en la fisiología de la sexualidad.

En el caso de los hombres, es posible que:

- Aumente el tiempo requerido para llegar a una plena erección.
- Se necesite más estimulación erótica antes del acto sexual. Es posible que la estimulación manual sea más necesaria para llegar a la erección.
- La erección puede no ser tan enérgica o tan grande como antes.
- disminuya el tiempo durante en cual la erección puede ser mantenida antes de la eyaculación.
- Disminuya la fuerza de eyaculación y la cantidad de semen expulsada en la misma puede ser menor.
- La pérdida de la erección después del orgasmo puede suceder más rápidamente.

- Aumente la duración de la fase refractaria, esto es, puede pasar más tiempo antes de que le sea posible tener otra erección
- El sentimiento que una eyaculación esta a punto de producirse puede ser reducido.

En el caso de las mujeres, es posible que:

- Se observen cambios en su vagina, que puede acortarse y estrecharse.
- Las paredes vaginales pueden volverse más delgadas y un poco más rígidas, perdiendo elasticidad.
- Disminuya la lubricación vaginal.

Las consecuencias pueden ser la percepción de sequedad y picor en vagina y labios y la dispareunia o dolor durante el coito. En estos casos, el médico o el farmacéutico pueden sugerirle el uso de lubricantes vaginales con base de agua, que se venden sin necesidad de receta médica. También, el médico puede sugerir suplementos de estrógeno o la inserción de un estrógeno vaginal.

Estos cambios que se producen con el envejecimiento, ¿justifican siempre que se produzca una disminución del interés sexual?

No hay pruebas de que el proceso de envejecimiento por sí mismo determine una disminución del interés sexual. Parece que lo que se produce con el envejecimiento es, más bien, un cambio en la forma de experimentar y disfrutar del sexo. A pesar de que fisiológicamente no está justificada la pérdida de interés sexual en la vejez, existen factores asociados al envejecimiento (factores fisiológicos -determinadas enfermedades- y factores psicológicos- estereotipos, falsas creencias, miedos, falta de información) que pueden obstaculizar el adecuado disfrute de la sexualidad en esta etapa de la vida. Es importante tener en cuenta que el cambio en la vida adulta no es universal (hay muchas diferencias entre personas), no es unidimensional (cada capacidad o función evoluciona de diferente manera), no es unidireccional (hay capacidades que involucionan, pero otras se mantienen e incluso mejoran) y no es necesariamente irreversible (hay

aspectos y dimensiones que se pueden mejorar). Estas consideraciones son perfectamente aplicables a la experiencia sexual en la vejez.

Problemas de salud o las enfermedades que pueden obstaculizar la sexualidad

Entre las enfermedades o problemas de salud que pueden hacer más difícil la realización y/o el disfrute del acto sexual se encuentran las siguientes:

**Artritis.** El dolor de las articulaciones ocasionado por la artritis puede hacer que el contacto sexual resulte incómodo. La cirugía de remplazo de articulaciones y los medicamentos pueden aliviar este dolor. También pueden ser de utilidad el ejercicio, el descanso, los baños calientes y los cambios de posición o de horario para la actividad sexual.

**Dolor crónico.** Además de la artritis, un dolor que persiste durante más de un mes o que aparece y desaparece frecuentemente puede ser ocasionado por otros problemas óseos o musculares, herpes zoster, mala circulación, o problemas de los vasos sanguíneos. Este malestar puede, a su vez, ocasionar problemas para dormir, depresión, aislamiento y dificultad para moverse. Estos pueden interferir con la intimidad entre las personas mayores. El dolor crónico no tiene por qué ser parte del envejecer, con frecuencia, se puede tratar.

**Diabetes.** Muchos hombres que sufren de diabetes no tienen problemas sexuales, pero esta es una de las pocas enfermedades que puede causar impotencia. En la mayoría de los casos, el tratamiento médico puede ayudar.

**Problemas del corazón.** El estrechamiento y endurecimiento de las arterias, conocido como arteriosclerosis, cambia la estructura los vasos sanguíneos e impide que la sangre fluya libremente. Esto puede implicar problemas de erección en los hombres y puede aumentar la tensión arterial (hipertensión). Uno de los trastornos vasculares más frecuentes es la enfermedad arterial oclusiva peneana, por ejemplo, casi siempre parte de una aterosclerosis difusa, se asocia a dietas

altas en grasa y colesterol que favorecen el depósito gradual de colesterol en las paredes de las arterias.

Algunas personas que han sufrido un infarto temen que el tener relaciones sexuales pueda ocasionarles otro ataque. La probabilidad es muy baja. La mayoría de estas personas pueden volver a tener relaciones sexuales entre 3 y 6 semanas después de estabilizarse tras un ataque, si su médico lo aprueba. Siempre siga el consejo de su médico.

Incontinencia. La pérdida del control de la vejiga o el escape de orina es más común a medida que envejecemos, especialmente en las mujeres. La incontinencia por esfuerzo sucede por ejemplo al hacer ejercicio, toser, estornudar o levantar algo. Debido a la presión extra sobre el abdomen durante el acto sexual, la incontinencia puede conducir a que las personas lo eviten. La buena noticia es que, por lo general, esto se puede tratar.

Accidente cerebrovascular. Un accidente cerebro-vascular rara vez afecta la capacidad de sostener relaciones sexuales, aunque es posible tener problemas de erección. Es poco probable que el acto sexual pueda ocasionar otro accidente. Alguien con debilidad o parálisis causada por un accidente cerebro-vascular puede tratar de usar diferentes posiciones o dispositivos médicos que les permita continuar practicando el sexo.

El déficit de vitamina B12 puede afectar también a la sensibilidad peneana de los hombres.

También hay que tener en cuenta que muchos medicamentos tienen efectos secundarios que pueden influir sobre la función sexual.

La menopausia se asocia a una disminución del interés sexual

La menopausia por sí misma no parece tener un efecto negativo mayor sobre el interés sexual. Contrariamente al estereotipo, muchas mujeres postmenopáusicas experimentan un aumento del interés por la actividad sexual, lo cual puede

deberse a múltiples razones tanto de tipo fisiológico (p.ej., el efecto de los andrógenos ante la deficiencia estrogénica postmenopáusica) o psicológico (p.ej., desaparece el temor a un embarazo no deseado).

La impotencia es una consecuencia inevitable del envejecimiento

Rotundamente no. La impotencia puede estar asociada a determinadas enfermedades tales como las de tipo vascular, que pueden contribuir a disminuir la capacidad para mantener un volumen adecuado de sangre dentro del pene y así, se más difícil para el hombre mantener la erección.

En una gran parte de los casos, la impotencia es causada y mantenida por factores psicológicos mientras que, sin embargo, las impotencias de tipo orgánico son las menos frecuentes, y con frecuencia se puede manejar e incluso, curar.

Factores psicológicos pueden obstaculizar el disfrute de una adecuada sexualidad en la vejez

La sexualidad implica aspectos emocionales y físicos y la forma en que piensan y sienten las personas mayores, al igual que las personas de cualquier edad, puede afectar enormemente su sexualidad. Algunos de los factores psicológicos que pueden interferir con un adecuado disfrute de las relaciones sexuales en la vejez son los siguientes:

- Los hombres pueden temer que la impotencia se convierta en un problema más común a medida que van envejeciendo. La excesiva preocupación por la posibilidad de volverse impotente, puede causar un estrés suficiente para producir problemas de erección. La excesiva preocupación puede hacer que el hombre despliegue una autoatención excesiva durante el acto sexual, la cual suele ir acompañada de sentimientos de aprensión o ansiedad ante la posibilidad de que la erección sea difícil o imposible. O tal vez, al pensar que la impotencia es algo "normal" en la etapa de la vida en

la que se encuentra, es improbable que la persona se plantee posibilidad de solucionar el problema o busque algún tipo de ayuda.

- A algunas mujeres, los cambios físicos normales -un cuerpo menos firme, el cabello gris, las arrugas- pueden hacerles sentir que son menos atractivas para el sexo opuesto, y pueden vacilar antes de expresar su interés sexual. Una mujer que se preocupa por sus cambios de apariencia a medida que va envejeciendo, puede pensar que su compañero ya no la encuentra atractiva y estos pensamientos, pueden asociarse a conductas no favorecedoras de la salud sexual, tales como emitir menos conductas de seducción, disminuir la frecuencia con la que inicia interacciones de tipo sexual, arreglarse menos, etc. Este tipo de conductas pueden favorecer el cumplimiento de las expectativas de estas mujeres, a través del mecanismo conocido como "profecía autocumplida".
- El mantener estándares y metas de belleza física juvenil puede interferir con la forma de disfrutar del sexo tanto de hombres como de mujeres, aunque es probable que esto ocurra de forma especial en el caso de las mujeres puesto que en nuestra sociedad la presión social para cumplir metas de belleza física se ha ejercido y se ejerce (si bien las cosas están cambiando en los últimos años) de manera especialmente intensa con las mujeres.
- Atribuir cualquier problema que pueda surgir en las relaciones sexuales al hecho de que "uno es ya mayor", lo cual es una causa interna, estable y global que favorece la indefensión o percepción de falta de control respecto a los factores que causan o mantienen el problema. Esto, a su vez, favorece que la persona no haga esfuerzos por buscar soluciones. Al contrario, conocer los posibles factores que pueden estar influyendo en el surgimiento y mantenimiento de una disfunción es esencial para poder identificar la causa del problema y encontrar soluciones adecuadas al mismo.
- Algunas creencias erróneas también pueden contribuir a obstaculizar el disfrute de una adecuada sexualidad en la vejez:

- "La vejez se asocia inevitablemente a declive del interés sexual"  
"La menopausia disminuye el interés sexual"
- "Es indecente , de mal gusto, que las personas mayores tengan intereses sexuales"
- "La sexualidad es cosa de jóvenes"
- "El sexo es, básicamente, el coito; otro tipo de relaciones sexuales son extrañas o inadecuadas"
- "La actividad sexual en la vejez es mala para la salud, debilita a las personas"
- "Las personas mayores ya no necesitan tanto como los jóvenes el mantener relaciones sexuales"

También influyen sobre la sexualidad determinados estereotipos sociales sobre los roles masculino y femenino y sobre las personas mayores. La imagen social de las mujeres y como menos interesadas en el sexo que los hombres, menos necesitadas de relaciones sexuales, así como la imagen social de las personas mayores como "desenganchadas" de este tipo de necesidades más típicas de los jóvenes, son otras barreras que hay que eliminar para favorecer el disfrute sexual en la vejez.

Cómo se puede ayudar a las personas mayores a disfrutar más de su sexualidad

Normalizar el tema de la sexualidad, luchando contra obstáculos que impiden o dificultan a las personas mayores el hablar sobre el tema, favoreciendo la comunicación e intercambio de opiniones sobre el mismo y la expresión por parte de las personas mayores de la problemática que pueden vivir en este ámbito de su vida. Importante: no crear nuevas exigencias que contradigan los deseos o creencias religiosas de las personas mayores.

Proporcionar información a las personas mayores sobre los cambios normales que ocurren con el envejecimiento y que pueden generar cambios en la forma de experimentar la sexualidad; asimismo, darles información sobre los factores fisiológicos y psicológicos que pueden influir en el inicio y mantenimiento de

disfunciones o dificultades sexuales, así como de las vías existentes para su posible superación.

Facilitando que las personas mayores se reconcilien con su figura corporal y acepten los cambios que supone el proceso de envejecimiento, cambiando los estándares de belleza de la juventud basados en criterios físicos y estéticos, por nuevos estándares más realistas y alcanzables, basados en los valores de la comunicación, el afecto, la intimidad y la sensualidad.

Potenciar una visión de la sexualidad creativa, menos coital, que reconozca el valor como potenciales fuente de placer de otros tipos de actividades.

Favorecer la creación de redes sociales adecuadas para las personas mayores, que les permitan satisfacer sus necesidades de afecto e intimidad en los casos en que haya bajo apoyo social o situaciones de soledad por viudedad, separaciones, etc.

Intervenir en aquellas áreas o problemas como las ya tratadas u otras como las relaciones de pareja, el estado de salud o el estrés y la depresión, que afectan de forma significativa a las relaciones sexuales.

#### Edadismo

Consiste en la presencia de estereotipos y actitudes negativas y/o la discriminación de una persona en función de su edad, pudiendo favorecer la realización de prácticas discriminatorias por parte de los profesionales.

En quién pueden estar presentes estos estereotipos y/o actitudes

Pueden estar presentes en toda la sociedad en general, desde los profesionales, hasta las mismas personas mayores, pasando por los medios de comunicación.

Qué reflejan estas creencias edadistas

Estas creencias reflejan desconocimiento de quiénes son las personas mayores, debido a una infravaloración de las mismas en función de su edad.

Consecuencias puede tener el edadismo

La presencia de creencias edadistas puede tener consecuencias tanto para las personas mayores, como para los profesionales que trabajan con personas mayores.

Consecuencias tiene el edadismo para las personas mayores

- Pérdida prematura de independencia.
- Mayor discapacidad.
- Mayor índice de depresión
- Ansiedad.
- Reducción del sentimiento de autoeficacia.
- Disminución del rendimiento.
- Estrés cardiovascular.
- Maltrato y/o negligencia hacia las personas mayores.
- Mortalidad anticipada.

Consecuencias tiene el edadismo para los profesionales

- Utilización de pautas terapéuticas distintas en función de la edad del paciente, como por ejemplo, recetar algunos medicamentos menos que a personas más jóvenes, diferencias en los procedimientos de intervención en tumores, menor presencia de ensayos clínicos con personas mayores en la literatura, etc.
- Limitada atención proporcionada a personas mayores con problemas psicológicos, por ejemplo, no se les diagnostican dichos trastornos, o no reciben tratamiento específico para los mismos, lo que implica que se derive menos a las personas mayores a profesionales de salud mental.

- Diferencias en la forma en que se trata a las personas mayores en las instituciones públicas como privadas, por ejemplo, residencias, centros de día, etc. Algunos ejemplos respecto a esta cuestión incluyen hablar a la persona mayor como si fuese un niño o tratarle de forma paternalista. Con ello, se puede provocar el reforzamiento de comportamientos y actitudes dependientes, fomentar el aislamiento, la depresión, etc.

Qué tipo de intervenciones se pueden llevar a cabo para evitar las creencias y actitudes edadistas

Cambios en los sistemas que lo mantienen como los medios de comunicación, la cultura popular, las instituciones, el gobierno, etc., a través de:

- Diseño, implementación y evaluación de programas dirigidos a reducir el impacto de estas creencias y actitudes.
- Desafiar las percepciones y creencias edadistas de los profesionales.
- Fomentar la formación y educación de los profesionales que trabajan con personas mayores en cuestiones relacionadas con el proceso de envejecimiento.
- Fomentar la formación y educación a las personas mayores y sus familias con el fin de cambiar las actitudes edadistas en éstas, a través de información y de programas de intervención.

Los estereotipos más destacados en la literatura

1. “Las personas mayores son muy parecidas entre sí”: la realidad es que las personas mayores son un grupo de población muy heterogéneo tanto interindividualmente como intraindividualmente.
2. “Las personas mayores están socialmente aisladas”: en realidad la mayoría de las personas mayores mantienen un contacto cercano con familiares.

3. “Las personas mayores están enfermas, son frágiles y dependen de otras personas”: realmente la mayoría de las personas mayores viven de forma independiente y no necesitan ayuda para realizar actividades de la vida diaria.
4. “La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años, momento en el que se produce un fuerte deterioro de su salud”: en la mayoría de los casos el estado de salud no se deteriora brusca y dramáticamente en ningún punto del ciclo vital.
5. “La mayoría de las personas mayores tienen algún grado de deterioro cognitivo”: en general, si hay algún declive en habilidades intelectuales, no es suficientemente severo como para causar problemas en el día a día.
6. “Las personas mayores están deprimidas”: concretamente, las personas mayores que viven en la comunidad tienen menores porcentajes de depresión diagnosticable que otros grupos de edad.
7. “Las personas mayores se vuelven difíciles de tratar y son, con el paso de los años, más rígidas”: la personalidad se mantiene relativamente consistente a lo largo del ciclo vital.
8. “Las personas mayores raramente se enfrentan a los declives inevitables asociados con el envejecimiento”: en realidad, la mayoría de las personas mayores se ajustan con éxito a los desafíos vitales.

En la vejez se manejan los Mitos:

1. El deseo sexual No existe en los adultos mayores.
2. Con la menopausia se inicia la vejez y disminuye la respuesta sexual.
3. Las personas mayores son asexuadas.
4. El sexo a edad avanzada es anormal. Y muchos de los cuales son fomentados por el mismo personal que trabaja con ellos.

## Relaciones personales

Para el adulto mayor, la familia es la fuente principal de relaciones afectivas y de apoyo emocional, que le ayuda a amortiguar los efectos negativos de sucesos vitales vividos como son jubilación, de seres queridos, enfermedades, disminución de ingresos económicos, etc.

Pero esta con el paso del tiempo ha sufrido cambios en su estructura y sus roles. La familia tradicional de tres generaciones (abuelos, padres e hijos) se ha modificado siendo remplazada por familia nuclear formada solamente por padres e hijos, teniendo un papel preponderante sobre todo en ambientes urbanos.

Actualmente el papel del adulto mayor dentro de la familia se ha transformado, su campo de acción se encuentra limitado, ya no se le toma en cuenta como parte importante del proceso de socialización, ha dejado de ser la figura de autoridad y sabiduría que con su experiencia transmitía un sistema de vida y valores, que ayudaba a la integración familiar.

Algunos estudios indican que un adecuado apoyo recibido por la familia tiene repercusiones positivas no sólo a nivel de satisfacción personal (incremento en su autoestima), sino en favorecer un menor grado de vulnerabilidad, mayor salud física e incremento en los contactos sociales que se mantienen durante este período de vida (Nolasco y Ventura, 1997).

Cambios en las Relaciones Familiares: A pesar de toda la familia sigue apoyando a los adultos mayores sobre todo en tres aspectos:

- Proporcionando ayuda financiera (en urgencia o en forma continua).
- Facilitando cuidados en caso de enfermedad (temporal o permanente).
- Brindando estima, afecto y gratificación.

En relación a la pareja, en la vejez, la mayoría de las personas continúan casadas (especialmente los hombres); existen más mujeres viudas por la mayor esperanza de vida y por el hecho de que los hombres viudos suelen contraer matrimonio nuevamente. Respecto a la vida marital, muchas parejas mayores coinciden en que su matrimonio se ha ido consolidando con los años. Huyck y Hoyer (1982) llegaron a ciertas conclusiones sobre todo la satisfacción marital en los adultos mayores:

- Los casados presentan mejor salud y experimentan menos la soledad.
- La pareja constituye un buen sistema de mutua asistencia.
- Acumular experiencias compartidas como la educación de hijos, vivir en el mismo núcleo social, hacer frente a las mismas necesidades, compartir las mismas creencias, etc., suele cambiar a los cónyuges de manera similar.
- La solidaridad se manifiesta cuando aparecen problemas de salud; aceptan y atienden las necesidades físicas del otro con un fuerte vínculo emocional.
- Si las relaciones de pareja son adecuadas, las relaciones de apego, amistad, intimidad sexual y de cuidado mutuo pueden seguir profundizándose y verse beneficiadas por la seguridad de los años de convivencia y experiencias vividas juntos.

Por otro lado, los roles paterno filiales sufren modificaciones pero se mantienen toda la vida: el rol de padre y madre con hijos adultos es de interdependencia, ayuda, consejo y afecto; los roles de hija mayor a madre o padre pueden ser de afecto, de cuidado y de proveedor lo que implica cambios y conflictos por la inclusión de roles no tradicionales, donde los padres ya no ostentan rol de autoridad, rol de abuela y/o cuidadores, entre otros.

Por último, en relación a los amigos, Sánchez, E y Sánchez, L. (1980) afirman que el adulto, entre mejor se relacione con su familia, tiene menos necesidad de procurar amistades; otros manifiestan que las obligaciones laborales y familiares absorbieron su tiempo, razón por la cual dieron poco espacio a los amigos fuera de estos entornos. Sin embargo, con los amigos de muchos años, generalmente se da una condición de continuidad pasado-presente.

### Redes de Apoyo

Aun cuando la esperanza de vida ha aumentado, el vivir más años no garantiza que se goce de una mejor calidad de vida, pero actualmente las personas adultas mayores tienen mayores opciones para satisfacer sus necesidades con actividades que se pueden realizar a través de las redes sociales.

En la red primaria, es decir, la familia, amigos y vecinos, se realizan actividades de socialización, cuidado, compañía, se brinda afecto y apoyo.

En las redes secundarias o extrafamiliares, conformadas por el mundo externo a la familia, como grupos recreativos, de adultos mayores, organizaciones civiles y sociales de la comunidad, organizaciones religiosas, así como las relaciones laborales o de estudio que se tengan, permiten ampliar la participación al brindar compañía social, apoyo emocional, aprendizaje, enseñanza, acceso a nuevos contactos, realización de actividades para beneficio personal, servicios a la comunidad, etc. Que van a beneficiar al adulto mayor pues se re-crea un sentido de pertenencia y una noción de colectividad, para las mujeres es una liberación de sus roles de género, se alejan de problemas familiares, comienzan a cuidarse a sí mismas, experimentan el entretenimiento y la diversión.

Establecen nuevos vínculos de amistad, las personas reciben apoyo, pero también lo dan, fortaleciendo su autoestima, a los hombres les puede resultar conveniente para iniciar nuevas relaciones: amigos, socios, novia, esposa.

El envejecimiento es un fenómeno social donde, tradicionalmente se asocia la vejez con pobreza, marginación, exclusión, desigualdad, dependencia y vulnerabilidad, estas son las condiciones de vida que predominan en las personas mayores de los países subdesarrollados, entre ellos México; en donde esto no es una asociación sino una realidad en donde estos no pueden cubrir sus necesidades sociales, sanitarias y económicas; y sufren situaciones de abandono y rechazo.

Situación que predomina en la mujer adulta mayor que se ve afectada negativamente por la discriminación e inequidad que ha sufrido durante toda su vida. Destacan algunos ejemplos como el que las mujeres tengan niveles de escolaridad menores con respecto a los varones, además de una reducida participación laboral, lo que limita sus posibilidades de generar ahorro y el acceso a los beneficios de la jubilación. Ante este panorama, el llegar a la etapa de la vejez constituye una experiencia angustiosa pues significa ver disminuidas sus posibilidades de obtener satisfacción física, social, psicológica y económica.

Dando pie a la aparición de otra situación conflictiva en el adulto mayor.

### Maltrato

De acuerdo al Centro Nacional Americano de Maltrato al Anciano (1995) se considera como “Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 60 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo, constatable o percibido subjetivamente”.

Red Internacional para la Prevención del Abuso contra los Ancianos (INPEA, 1995): “Es un acto único o repetido, o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor”.

Los diferentes tipos de maltrato son:

**Maltrato Físico:** Cualquier acto no accidental, que provoque daño corporal, dolor o deterioro físico, producido por fuerza física o violencia. Como puede ser por el uso inapropiado de fármacos, alimentación forzada o falta de ella, castigos físicos (golpes, heridas, etc.). Y que suele ser consecuencia del progresivo deterioro en la salud física y cognitiva del adulto mayor, que le dificulta defenderse.

**Abuso Psicológico:** Es cuando intencionalmente se causa angustia, desvalorización, sufrimiento o estrés mediante actos verbales o no verbales. Se presenta en forma de amenazas, insultos, descalificación, intimidaciones; tratarlo como niño y aislarlo.

El cual ocasiona síntomas como depresión, baja autoestima, búsqueda de atención y afecto, cambio de carácter y temor sobre todo cuando está presente el agresor.

**Abuso Sexual:** Es el contacto sexual de cualquier tipo intentando o consumado, no consentido o con personas incapaces de dar su consentimiento. Implica el lastimar durante el acto sexual, insultar, obligarla a participar en acciones que no desea.

Es común encontrar lesiones e infecciones genitales, depresión, ansiedad, trastornos sexuales y estrés postraumático.

**Abandono:** Es la deserción por un individuo que ha asumido el papel de cuidador. Implica dejarlo en lugares sin cuidado, encerrado o en sitios peligrosos. Y el adulto mayor suele presentar depresión, apatía, malnutrición, mala higiene, y un deterioro progresivo de salud.

**Explotación Financiera:** Son medidas u omisiones realizadas por el agresor que afecten la sobrevivencia del adulto mayor. Se suele despojar, destruir o hacer un uso ilegal o inapropiado de sus bienes personales, propiedades y/o recursos. Y se observa en la persona una preocupación o el total desconocimiento por estado económico.

Las diversas investigaciones han permitido elaborar un perfil de la víctima:

- Mayormente en el sexo femenino, viuda.
- Edad (mayor edad, mayor riesgo).
- Con deterioro de salud y/o con discapacidad.
- Con dependencia, física, emocional y financiera.
- Presenta deterioro emocional, depresión, ansiedad, baja autoestima, demencia.
- Aislamiento social, falta de redes de apoyo.
- Antecedentes de maltrato doméstico.
- 

En las características del agresor, destacan:

- Existe una sobrecarga por falta de recursos de apoyo (emocional, familiar y económico).
- Antecedentes de una mala relación familiar.
- La mayoría son mujeres, vinculadas en 1er grado, que dedican 12 horas aproximadamente diarias (con interferencia laboral, pareja y familiar), lo que les desencadena tristeza, frustración y desesperanza.

Cuando esto ocurre es importante que el adulto mayor lo identifique y lo reconozca para solicitar apoyo y orientación, la cual debe incluir:

- Obtener información para sensibilizarlo sobre el problema.
- Considerar que cualquier puede ser o convertirse en víctima o victimario.
- Buscar apoyo y capacitación para el cuidado del adulto mayor.
- Fortalecer las redes de apoyo (familia y comunidad).
- Identificar los grupos de autoayuda.
- Solicitar orientación para realizar denuncia.
- Buscar grupos especializados en Unidades de Violencia Familiar para recibir orientación y apoyo profesional.
- Psicoterapia (que permita romper patrones y fortalecer la autoestima).

Las pérdidas y conflictos antes mencionados suelen recrudecerse cuando se presentan cambios sociales, que implican que el adulto mayor se ajuste a nuevas condiciones de vida, muchas de ellas con desventajas considerables (económicas y sociales) sobre todo cuando no se tiene estructurado un adecuado proyecto de vida.

### Jubilación

Entre los cambios sociales más significativos está la Pérdida del rol de trabajador: El trabajo es la principal fuente de enriquecimiento del hombre, a través de éste, se descubren las capacidades, se tiene la oportunidad de conocer y convivir con diferentes personas. Tener amigos, proporciona seguridad económica, reconocimiento y estatus social. Las cualidades que se adjudican al trabajo hacen que éste represente algo especial para cada persona, de tal manera que la actitud hacia el mismo facilita o dificulta el retiro.

La jubilación del latín *Jubilare/júbilo*, gozo, liberar del trabajo, es un fenómeno social y económico, propio de las sociedades industrializadas que se crea con el fin de proporcionar un merecido descanso al trabajador y que cambia la vida de las personas a nivel personal y social. Originando problemas principalmente en aquellos cuya fuente máxima de satisfacciones (y de seguridad) estaba representada por el trabajo, lo que implica que descuidaron otros satisfactores potenciales como la familia y las actividades alternativas.

Del tipo de trabajo realizado, dependerá el nivel de adaptación, cuanto más identificada y satisfecha esté la persona con su actividad laboral, más difícil será la nueva situación; si el trabajo es poco satisfactorio, se espera la jubilación con mayor expectativa.

Pero este proceso puede verse afectado por factores biológicos, culturales y sociales que convergen en la persona, ya que el cambio de rol de trabajador a jubilado implica modificaciones que van desde una reestructuración en su vida cotidiana, en las relaciones sociales con familia, amigos, vecinos, grupos de afiliación, institucionales, hasta aprender a organizarlo su tiempo libre y enriquecerlo con actividades recreativas y sociales que lo reconforten, y que no todos los adultos mayores están preparados (o dispuestos) a realizarlos.

Por ello Robert Atchley (1977), busco explicar cuál es el ciclo de la vida laboral de un trabajador:

- Fase Remota: Es la etapa al inicio de la vida laboral, se extiende hasta la aproximación de la jubilación, donde se tiene una idea vaga, pero no existe preparación alguna.
- Cercanía: Es inaplazable, la jubilación se enfrenta como una realidad; se producen actitudes negativas, y fantasías sobre la vida de jubilado.
- Luna de Miel: Es la inmediata a la jubilación, se disfruta de la libertad, se hacen cosas para las que no se tuvo tiempo antes. La duración depende de los recursos disponibles, pero la vida suele volverse rutinaria, después de un tiempo.
- Desencanto: Pasada la euforia, se presenta un estado depresivo, existe un mayor riesgo cuando los adultos mayores:
  - ✓ Dedicaron la mayor parte del tiempo al trabajo (descuidando otros aspectos)
  - ✓ Presentan problemas de salud (enfermedades no diagnosticadas o mal control)
  - ✓ Recursos económicos bajos
  - ✓ Con pocas actividades y redes de apoyo.

- Reorientación: El individuo se involucra en actividades de tipo social (con grupos, familiares y amigos).
- Estabilidad: Donde ya ha creado nuevas rutinas, logrando así una existencia más tranquila y satisfactoria.
- Terminación: Cuando se presenta enfermedad, invalidez o muerte; retoma otro trabajo (abandonando su rol de jubilado).

Todo este proceso implica un gran Impacto a diferentes niveles (económico y social) pero con mayor estrago en lo Emocional:

- Con desajuste de sus hábitos y conductas
- Empiezan o se recrudecen las relaciones familiares disfuncionales
- Existen una falta y renuencia a realizar actividades recreativas y de desarrollo.

Lo que conlleva a que se presenten trastornos de ansiedad, depresión, autoestima baja, soledad, trastornos psicossomáticos y problemas con drogas sociales.

Siendo necesario para enfrentar esta problemática que el jubilado y su entorno (pareja, familiares, amigos, compañeros) realicen modificaciones importantes en su comportamiento, interacción y rutina lo que les permitirá adaptarse y empezar a planear, prever y generar expectativas y recursos alternativos, siempre considerando el estilo de vida y personalidad del adulto mayor.

Favoreciendo así una transición menos angustiante, desafortunadamente muchos de ellos no cuentan con la información y en ocasiones el interés suficiente para hacerlo; a esto se le agrega que en la vejez se presentan o acumulan muchas situaciones que llevan implícita una pérdida, por ejemplo la de personas importantes en su vida (esposo, familiares, amigos, compañeros) o de cuestiones que le brindan seguridad (salud, fortaleza física, habilidades, recursos económicos y sociales), frente a las cuales se precisa hacer modificaciones que ayuden a

resolver la experiencia de sentirse obligados a renunciar a aquello que se aprecia o que satisface alguna necesidad, muy a pesar del dolor que esto pudiera implicar.

## Duelo

Entrando así en un proceso psicológico que le permita hacer frente a esta situación de pérdida conocida como Duelo, derivado del latín *dollus/dolor*, pena, *dollum/batalla*, combate o desafío; que implica la lucha interna que se establece entre una parte que está ligada a la realidad, que acepta la ausencia y aquella otra que se empeña en retener lo que ya no está presente.

Este trabajo de duelo implica un proceso activo de afrontamiento que permite ponerse en contacto con el vacío que deja la pérdida, valorar su importancia y transformar el sufrimiento y la frustración que implica su ausencia.

Es aquí donde interviene la Tanatología, proporcionando las herramientas necesarias para concluirlo de manera adaptativa; el concepto procede del griego *thánatos* (θάνατος-muerte) y *logía* (λογία-ciencia), es la ciencia encargada del estudio de la muerte el morir, que busca apoyar a la persona y/o familiares para lograr una mejor calidad de vida con un buen morir; permitiendo así procesar las diferentes pérdidas que se van teniendo a lo largo de la vida y de esta forma ir elaborando los duelos.

De toda gama de inquietudes, pérdidas y duelos que cualquier ser humano debe afrontar, la muerte resulta la de mayor impacto y trascendencia, sin embargo a pesar de saberla parte de la vida se le niega y se le teme; por el gran dolor y sufrimiento que provoca, y porque implica la terminación de la vida. Y a pesar de ser un proceso natural, no es fácil aceptarla, por ser:

- Un proceso desconocido.
- La falta de conciencia (todos menos a mí)
- Falta de comunicación sobre el tema.

La persona de acuerdo a su historia va a desarrollar una ACTITUD ante su muerte de:

- Indiferencia: “Es natural que nos llegue la hora”, revela defensa, Cómo poder quitarle importancia a un momento tan crucial
- Temor: El miedo a él cómo morir (con dolor, soledad en la agonía, al juicio divino, etc.) es más intenso que a la muerte.
- Descanso: Como liberación, sobre todo en una situación de enfermedad con sufrimiento intenso.
- Serenidad: Conciencia de haber vivido una existencia plena, haber sido útil, y estar preparado para despedirse de este mundo.

Construyéndose de esta forma el proceso personal de DUELO, en donde se puede presentar un:

- Duelo Anticipado: Sobre todo cuando existe una enfermedad crónica prolongada, que se caracteriza por el shock inicial ante el diagnóstico y la negación de la muerte próxima, la cual se mantiene en mayor o menor grado hasta el final, además de la ansiedad y el miedo. Este período resulta una oportunidad de prepararse psicológicamente para la pérdida y la separación.
- Duelo Inesperado: Cuando el evento es súbito, como muertes repentinas o inesperadas, bajo circunstancias traumáticas como suicidio, homicidio o secuestro, pérdidas múltiples, no aparece el cuerpo, en niños o adolescentes, lo que suele tomar desprevenidos a todos, complicando así la elaboración del duelo.

Psiquiatra especialista en el trabajo con moribundos, desarrollo toda una escuela para la formación del acompañamiento de pacientes terminales y apoyo en el duelo, que divide el proceso de elaboración del DUELO en cinco etapas, en las que destaca siempre la importancia de la comunicación abierta (entre los involucrados) en este trance terminal:

- **Negación:** Se presenta un estado de incredulidad en la persona que recibe el diagnóstico (enfermo o familiar), existe una incapacidad para aceptar tal situación, se piensa que es un error. Se considera como un período de amortiguación que les permite movilizar otros recursos internos o defensas para enfrentar el impacto. No se cree que este pasando, se niega la emoción o gravedad del asunto.
- **Ira:** Se presenta una serie de sentimientos de rabia y envidia al darse cuenta que lo que está ocurriendo es una realidad contundente, por lo que el enojo puede manifestarse hacia otros (dios, el doctor, hermano, etc.) o a él mismo, se trata de una reacción de temor ante la impotencia y dolor por la pérdida.
- **Negociación:** Es un intento por retrasar los hechos, por modificar el desenlace negativo e indeseable a través de súplicas generalmente dirigidas hacia dios(u otra autoridad), es una forma de ganar tiempo antes de aceptar la realidad de la situación.
- **Depresión:** Es el enojo dirigido hacia adentro el cual incluye sentimientos de desamparo, desesperanza e impotencia, así como una profunda tristeza; constituye la fase más dolorosa (es lo más intenso de la batalla), suele ser la de mayor duración, y si no se tiene el apoyo adecuado puede convertirse en un duelo complicado.
- **Aceptación:** Con el tiempo y si la emoción ha canalizado adaptativamente, se logra un cambio en la percepción y significado que adquiere la muerte. Se consideran en esta etapa cuando se han logrado asimilar los cambios con tal serenidad, que le permite aceptar las circunstancias tal como son, vivir el presente y planear el futuro a pesar de la pérdida, se admite lo irremediables, se ve hacia delante y se arreglan pendientes.

Estas etapas no son un proceso fijo, ni se presentan en orden, por el contrario la secuencia, duración y manifestaciones emocionales, son una situación totalmente individual, y su evolución depende de la historia de vida.

El Duelo, un proceso de ajuste, que busca sanar el dolor que la pérdida produce y logra una adaptación a la nueva realidad, siendo necesario una serie de tareas:

- Aceptar racional y emocionalmente la pérdida como una realidad, NO tiene marcha atrás.
- Dar expresión a los sentimientos, identificarlos y comprenderlos.
- Cuando es por un adulto mayor, generalmente se facilita, aunque cuesta la despedida, también se agradece el tiempo compartido.
- Implicarse emocionalmente, es invertir la energía en nuevas relaciones, preocuparse por los demás y restablecer o crear nuevos lazos afectivos.
- Adaptarse a una nueva vida sin la persona ausente, cubrir áreas y tareas de las que se ocupa el fallecido y desarrollar la capacidad de crear nuevas rutinas.

Cuando se logra procesar las pérdidas y estas se integran al ciclo de vida, se habla de un Duelo Normal:

- Primeras semanas: Reacción de conmoción, incredulidad, tristeza, llanto, insomnio, pérdida de apetito, aumento consumo de alcohol o tranquilizantes.
- De 3 semanas a 1 año aproximadamente: Se reviven recuerdos, se buscan explicaciones, pueden sufrir alucinaciones, visuales o auditivas.
- En 2º año: Adaptación a la pérdida, se acepta lo inútil de refugiarse en el pasado, se vuelven más activos, mejoran relaciones, revaloran su propia vida, reanudan intereses.

Se habla de un Duelo Patológico, cuando los síntomas se acentúan (en tiempo e intensidad):

- Intensos Sentimientos de Culpa: Como consecuencia de cosas diferentes a las que hizo o dejó en relación con la persona o la pérdida.
- Ideación de Suicidio: Que van más allá del deseo metafórico de querer "estar muerto" o de querer reunirse con su ser querido.
- Desesperación Extrema: La sensación de que por mucho que lo intente no logrará recuperar nunca una vida que valga la pena.
- Inquietud o Depresión Prolongada.
- Ira Incontrolada: Ocasionando alejamiento de sus allegados o ideas de "vergüenza".
- Dificultades Constantes en Funcionamiento: Incapacidad para desempeñar adecuadamente sus actividades cotidianas.
- Abuso de Sustancias: Uso de drogas o alcohol para aminorar el dolor.

Ante la presencia de esta sintomatología es necesario hablar con alguien sobre la pérdida, además de recibir apoyo profesional.

Algunos consejos prácticos que se pueden aplicar ante una PÉRDIDA, son:

- Una forma de desahogarse es hablar.
- Permitirse llorar.
- Expresar sentimientos de culpa y/o enojo (reacción normal).
- No descuidar la salud.
- Aplazar decisiones importantes.
- Ser paciente consigo mismo y los demás.
- No abusar de medicamentos o alcohol para contrarrestar la pena.
- No inquietarse excesivamente. ¿Qué va a ser de mí?

## Envejecimiento activo

El proceso de envejecimiento plantea un gran desafío, y para lograr darle atención a las demandas y necesidades de los adultos mayores, se requiere innovar e implementar planes y programas a todos los niveles (locales, estatales, nacionales, etc.) que permitan enfrentar el nuevo perfil epidemiológico (y que este no consuma los recursos), crear una cultura de fomento a la salud, además de darle cabida al desarrollo humano (intelectual y emocional), lo que permitirá hacer del envejecimiento una experiencia positiva.

Siendo necesario familiarizarse con los conceptos de:

**Envejecimiento Activo:** La OMS (1999), lo considera como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Que ocurre a nivel individual y grupal, y que favorece el que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo y el participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

El término activo hace referencia a una participación continua en cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo. Con ello se trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia. Para lo cual se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas adultas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Sustituye la planificación basada en las necesidades, que contempla a las personas como objetos pasivos.

Con ello se busca alcanzar:

- Menos muertes prematuras en las etapas más productivas de la vida.
- Menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la ancianidad.
- Más personas que disfruten de un calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo.
- Menos gastos debidos a los tratamientos médicos y la atención sanitaria.
- Más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad.
- Empoderamiento: Proceso de desarrollo participativo con el cual se logra un mayor control sobre su vida y ambiente, adquiriendo derechos y nuevas metas, al reconocer y recuperar habilidades necesarias para su independencia, reduciendo así la marginación social. Para lo cual es necesario desarrollar recursos:
  - Emocionales: Como el fortalecimiento de autoestima, respeto a derechos y sentimientos.
  - Económicos: Buscar solvencia, capacitación para el trabajo y orientación para vender su producto.
  - Social: Reestructurando y ampliando redes de apoyo. Integrándose a la familia, centros sociales, club, y actividades socioculturales.

La consigna es “Tratar de hacer lo mejor con lo que uno tiene”, incluyendo problemas, enfermedades y pérdidas, para transmitir esta visión, es necesario:

- Crear una cultura del envejecimiento.
- Promover el cuidado de la salud.
- Modificar patrones de conducta e ideas arraigada, para adaptarse a esta etapa.

Por ello se brinda orientación para fomentar el:

#### Autocuidado

Son comportamientos aprendidos que posibilitan al sujeto para cuidar de sí mismo, permitiéndole conducirse de forma que prevenga y/o enfrente las enfermedades, y mejore su salud. Y se apoya en los:

Estilos de Vida Saludables: Comportamientos que promueven un estado de salud adecuado, conformados por procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos (y grupos) que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar, son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores.

Existen ciertos estilos de vida que deben fortalecerse o adecuarse en la vejez, lo que permitirá se logre el máximo de salud, bienestar y calidad de vida. Uno de los mitos que se tienen que enfrentar para lograr la adopción de estilos acorde a la edad y las condiciones de los adultos mayores es el “que son muy reacios a cambiar sus hábitos y costumbres”, esto es falso, ya que se ha demostrado que ellos se adhieren al cambio siempre que este se le fundamente y se les proponga algo factible.

Siendo sumamente importante brindarle una orientación personalizada, donde no solo se le informe lo que debe hacer (bañarse, tomar medicamento, etc.), sino adaptar las indicaciones a sus condiciones específicas, sus recursos económicos, dificultades para disponer de los medios para efectuar la actividad (condiciones del baño o estancia, necesidad de asistencia, etc.) condiciones de la persona (limitaciones físicas y mentales), redes de apoyo, escolaridad, entre otros. Y cuando se asumen de forma responsable generan calidad de vida y desarrollo humano, algunos de ellos son:

- Higiene: Cuidados que favorecen la protección y el cuidado de la imagen, la cual repercute de manera decisiva en la salud física y mental de las

personas mayores, mejorando su autoestima, comprende cuidados a la piel, durante el baño, al cabello, la boca, el lavado de manos y de los pies.

- Alimentación: Un adecuado régimen permite conservar el equilibrio de sanos y enfermos, se debe considerar necesidades de cada organismo, y los cambios por el paso del tiempo (pérdida del gusto, olfato, piezas dentarias, etc.) que alteran la capacidad de alimentación y de disfrute de las comidas, lo que en ocasiones llevan a que los adultos mayores a limitar su ingesta y sufrir de desnutrición, aumentando el riesgo de enfermedades, así como depresión y aislamiento social. Sin embargo, es posible ayudarlos a sobreponerse a las dificultades y lograr una alimentación adecuada y saludable, con una adecuada e individualizada orientación.
- Sueño: Es una función cerebral, con un ciclo de vigilia-sueño; al dormir el cerebro reprocessa la información obtenida en la vigilia para consolidarla y organizarla, con el resultado de un cerebro despierto más apto para lidiar con las demandas del medio, debido a una adecuada reorganización. Dormir entre 6-8 horas, proporciona energía y fuerza, siendo necesario evitar cualquier incomodidad, que perturbe el descanso.
- Buena Condición Física: Optimiza la salud y permite realizar las labores más cómodamente, ofrece la posibilidad de obtener energía extra para efectuar otras actividades que contribuyan a mejorar capacidades físicas (fuerza, flexibilidad, coordinación, equilibrio y resistencia), salud y bienestar. Para establecer la rutina de ejercicios, se deben contemplar sus necesidades y capacidades físicas, emocionales.
- Chequeos Médicos: Asistir al geriatra de manera periódica es adecuado, y habla de una actitud responsable y de una buena autoestima que favorece el hacer frente al posible desarrollo de enfermedades. En la revisión médica se tienen que evaluar presión sanguínea, pérdida de masa muscular, auditiva y visual, deterioro de las funciones mentales, problemas de tiroides, salud bucal; exámenes para detectar a tiempo cáncer, niveles de glucosa, triglicéridos, trastornos relacionados con la circulación sanguínea y con la osteoporosis, entre otros.

- Trabajo Intelectual: Es la mejor forma de mantener activas las capacidades mentales; ejercitándolas mediante actividades que ayuden a fortalecer las cualidades de lógica, pensamiento y razonamiento, aprendiendo nuevas actividades como lectura, juegos (ajedrez o dominó), canto o fotografía, que además les ayudará a mejorar sus relaciones sociales.
- Manejo del Estrés: El estrés es una activación psicofisiológica consecuencia de una “relación alterada” con un evento vital, donde la demanda no se cubre al percibir falta de control o que sus recursos resultan insuficientes.

La vejez por sí misma no provoca estrés, este depende de la evaluación subjetiva que el individuo realice, de sus características de personalidad, el sentimiento de control, grado de independencia, disponibilidad de apoyo y de sus actividades.

Para la prevención y el control del estrés, se necesita información para identificar estresores y efectos sobre su salud; y después un adiestramiento para el control de las situaciones que lo favorecen en base a sus habilidades personales, además de desarrollar un proyecto de vida, con actividades que le permitan mantenerse activo y que le posibiliten mejorar su bienestar y calidad de vida.

- Actividades de Ocio: Son acciones libremente elegidas, realizadas por placer, proporcionan bienestar físico, emocional y social, además de mejorar la calidad de vida, las cuales deben estimular:
  - ✓ Desarrollo: Al crear condiciones favorables para que los sujetos resuelvan sus problemas.
  - ✓ Relación y participación: Al fomentar el encuentro interpersonal y grupal en diferentes entornos.
  - ✓ Convivencia: Cohesionar grupos a través de aceptación, comunicación y distribución de roles en distintas tareas.

Las opciones de actividades son de tipo:

- Deportivas: Ejercicio, gimnasia de mantenimiento, cachibol, béisbol, natación, baile, etc.
- Intelectual: Grupos de lectura, exposiciones, museos, clases, etc.
- Sociales: Convivencias, visitas, excursiones, encuentros culturales, etc.
- Destreza manual: Cerámica, marquetería, madera, fieltro, etc.
- Actividades diversas: Cine, cuidado de animales, plantas, colecciones, etc.

Es necesario brindar la opción más adecuada a sus necesidades individuales y a su historia de vida y recordarles que ¡La salud depende, no de lo que saben, sino de lo que hacen!

No olvides que es necesario capacitarse constantemente para actualizar conocimiento y adquirir nuevas herramientas, que favorezcan actividades de crecimiento y apoyo, que mantengan a los adultos mayores y el personal en constante motivación. Con el objetivo de:

¡Promover en todo momento su Adaptación!

Y si pensamos en la vida como un Libro, la Vejez sería el último capítulo y de cada uno de los involucrados depende como se cierre esta historia.

## Enfermedades más frecuentes en la etapa adulta

1. Enfermedades Cardiovasculares (cardiopatía coronaria).
2. Hipertensión arterial.
3. Accidente cerebrovascular.
4. Diabetes.
5. Cáncer.
6. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).
7. Enfermedades músculo esqueléticas (artritis y osteoporosis).
8. Enfermedades Mentales (principalmente demencia y depresión).
9. Ceguera y alteraciones visuales.

## Enfermedades crónicas degenerativas

- Diabetes Mellitas
- Hipertensión Arterial
- Cirrosis Hepática y
- los distintos tipos de Cáncer.

## Mortalidad en adultos mayores

Después de los 65 años de edad las tasas de mortalidad se incrementan de manera importante (4,697 por 100,000 habitantes). Las muertes en este grupo de edad se deben sobre todo a diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades hipertensivas y tumores. Aunque las causas de muerte son semejantes en hombres y mujeres, el riesgo de morir por diabetes es mayor en las mujeres, al igual que por enfermedades hipertensivas, mientras que el riesgo de morir por enfermedades isquémicas del corazón, EPOC y cirrosis es mayor en los hombres.

Es probable que estas diferencias se deban a diferencias en la prevalencia de consumo de alcohol y tabaquismo, mucho más marcadas en las generaciones que hoy tienen 65 años y más. En esta etapa de la vida vuelven a aparecer, dentro de las causas más comunes de muerte, las infecciones respiratorias agudas bajas, y desaparecen como una de las principales causas de defunción los accidentes y las lesiones.

#### Principales causas de muerte

En México hay tres tipos enfermedades que concentran más de 33% de las muertes en mujeres y más de 26% de las muertes en hombres: la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares (cuadros II y III). Estas enfermedades comparten algunos factores de riesgo que es importante atender. Destaca dentro de ellos el sobrepeso y la obesidad, que afecta a 70% de la población de 20 años o más.

El tabaquismo, el colesterol elevado y la hipertensión arterial también influyen en el desarrollo de las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares. Su prevalencia en adultos en México es de 21.5, 26.5 y 30.8%, respectivamente.

## Principales causas de muerte en mujeres, México 2005

CAUSA	DEFUNCIONES	%
Diabetes mellitus	36,280	16.3
Enfermedades isquémicas del corazón	23,570	10.6
Enfermedad cerebro-vascular	14,500	6.5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9,087	4.1
Cardiopatía hipertensiva	7,552	3.4
Infecciones respiratorias agudas bajas	7,076	3.2
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6,720	3
Nefritis y nefrosis	5,269	2.4
Desnutrición calórico-proteica	4,303	1.9
Tumor maligno del cuello del útero	4,273	1.9
Tumor maligno de la mama	4,234	1.9
Asfixia y trauma al nacimiento	4,209	1.9
Tumor maligno del hígado	2,545	1.1
Tumor maligno del estómago	2,524	1.1
Accidentes de vehículo de motor (ocupantes)	2,365	1.1

Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

## Principales causas de muerte en hombres, México 2005

CAUSAS	DEFUNCIONES	%
Diabetes mellitus	30,879	11.3
Enfermedades isquémicas del corazón	29,843	10.9
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	20,864	7.6
Enfermedad cerebro-vascular	12,896	4.7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11,183	4.1
Agresiones (homicidios)	8,610	3.2
Accidentes de vehículo de motor (ocupantes)	8,450	3.1
Infecciones respiratorias agudas bajas	7,912	2.9
Nefritis y nefrosis	6,135	2.2
Asfixia y trauma al nacimiento	5,560	2
Enfermedades hipertensivas	5,336	2
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4,817	1.8
Tumor maligno de la próstata	4,800	1.8
Desnutrición calórico-proteica	4,139	1.5
Peatón lesionado en accidente de vehículo de moto	3,998	1.5

Fuente: DGIS, Secretaría de Salud (datos propios no publicados)

## Diabetes Mellitus

### Historia

Enfermedad, que fue descrita por Areteo de Capadocia en el año 70 antes de Cristo, llamándola "diabetes" del griego "discurrir a través de" suponiendo que "la carne del cuerpo se eliminaba por la orina", literalmente no estaba tan errado, ya que este padecimiento si no es controlado produce alteraciones del metabolismo de proteínas y grasas al no poder utilizar los carbohidratos como fuente para producir energía.

Y aun cuando algunos textos de historia de la medicina relatan de varios médicos en Grecia que probaban la orina del diabético u observaban como ésta atraía a las moscas, no fue si no mucho tiempo después cuando Thomas Willis le agrego el término de "Mellitus" del latín "miel" por el sabor detectado en la orina.

Siendo hasta este siglo, con el descubrimiento de la insulina y los hipoglucemiantes orales (medicamentos para disminuir la concentración de glucosa en sangre) cuando se inicia el manejo científico y adecuado de la enfermedad.

En forma errónea, mucha gente se refiere a este padecimiento como "tengo azúcar (glucosa) en la sangre", cuando la realidad es que todos tenemos azúcar en la sangre, pero el metabolismo de la misma está controlado y en un nivel aceptado como normal.

## Epidemiología

La realidad además, es que la diabetes mellitus está considerada un problema de Salud Pública, no solo por sus complicaciones sino además por la alta incidencia, ya que en distintas series hacen mención que la padecen de un 3 a un 5% de la población en general, variando en las distintas zonas geográficas, en nuestro país, se menciona que la padecen casi 4 millones de personas, de las cuales un millón desconocen que la padecen, pero independientemente de ser la menor o mayor, se menciona que estas cifras muestran una tendencia a incrementarse.

Y lo más importante, es que el desconocimiento de quienes la padecen condiciona que una de las complicaciones agudas pueda ser la primera manifestación de la enfermedad con consecuencias impredecibles.

## Concepto

La diabetes mellitas es trastorno en el que los valores sanguíneos de glucosa (un azúcar simple) son anormalmente altos dado que el organismo no libera insulina o la utiliza inadecuadamente.

La diabetes mellitus es una enfermedad producida por una alteración del metabolismo (metabolismo es un conjunto de reacciones químicas que tienen lugar en las células del cuerpo), caracterizada por un aumento de la cantidad de glucosa en la sangre y por la aparición de complicaciones microvasculares (enfermedad de los vasos sanguíneos finos del cuerpo, incluyendo vasos capilares) y cardiovasculares (relativo al corazón y los vasos sanguíneos) que incrementan sustancialmente los daños en otros órganos (riñones, ojos, corazón, nervios periféricos) y la mortalidad asociada con la enfermedad y reduce la calidad de vida de las personas

Con frecuencia los médicos utilizan el nombre completo de diabetes mellitas para distinguir esta enfermedad de la diabetes insípida, más rara.

Las concentraciones de azúcar (glucosa) en sangre varían durante el día. Aumentan después de cada comida, recuperándose los valores normales al cabo de 2 horas. Éstos se sitúan entre 70 y 110 miligramos por decilitro (mg/dl) de sangre por la mañana después de una noche de ayuno normal, resultando menores de 120 a 140 mg/dl al cabo de 2 horas de la ingestión de alimentos o líquidos que contengan azúcar u otros hidratos de carbono. Los valores normales tienden a aumentar ligeramente y de modo progresivo después de los 50 años de edad, sobre todo en personas que llevan una vida sedentaria.

La insulina, una hormona producida por el páncreas, es la principal sustancia responsable del mantenimiento de los valores adecuados de azúcar en sangre. Permite que la glucosa sea transportada al interior de las células, de modo que éstas produzcan energía o almacenen la glucosa hasta que su utilización sea necesaria. La elevación de las concentraciones de azúcar en sangre después de comer o beber estimula el páncreas para producir la insulina, la cual evita un mayor aumento de los valores de azúcar y provoca su descenso gradual. Dado que los músculos utilizan glucosa para producir energía, los valores de azúcar en la sangre también disminuyen durante la actividad física.

En 1997 la American Diabetes Association (ADA) definió 4 tipos de diabetes mellitas (DM) cuyas principales características se describen a continuación:

- Diabetes mellitas tipo I (DMI). Destaca la completa destrucción de la célula beta pancreática por lo que la persona afectada presenta un déficit absoluto de insulina. Pueden distinguirse dos formas de diabetes mellitas tipo I:

-Autoinmune (tipo A)

-Idiopatía (tipo B)

- Diabetes mellitas tipo II (DMII). Destaca la resistencia insulínica acompañada frecuentemente de un déficit relativo de insulina.

La DMII supone el 80-90% de los casos de DM. Asimismo, una gran proporción de los pacientes con DMII son obesos.

- Metabolismo de la glucosa alterada. Consiste en un estado metabólico intermedio entre la normalidad y la diabetes. Se considera factor de riesgo para padecer diabetes y enfermedad cardiovascular. Se distinguen dos presentaciones:

-Glucemia basal alterada: glucemia plasmática basal por encima de los valores normales pero menor que el valor diagnóstico de diabetes.

-Tolerancia alterada a la glucosa: glucemia plasmática mayor que los valores normales pero menor que los diagnósticos de diabetes tras sobrecarga de 75 g de glucosa.

- Diabetes gestacional.
- Otros tipos. La forma de presentación de estos tipos de DM varía enormemente en función de la causa subyacente. Dichas causas están relacionadas fundamentalmente con defectos genéticos en la función de la célula beta o con otros síndromes genéticos. Aquí se incluye la diabetes tipo MODY (maturity onset diabetes of the young), una forma de diabetes parecida a la DMII que aparece en la población joven asociada a defectos de la célula, que limitan la secreción de insulina<sup>43</sup>.

## Causas

La diabetes se manifiesta cuando el cuerpo no produce la cantidad suficiente de insulina para que los valores sanguíneos de azúcar se mantengan normales, o cuando las células no responden adecuadamente a la insulina. En la denominada diabetes mellitas tipo I (diabetes insulino dependiente), la producción de insulina es escasa o nula. A pesar de tratarse de una enfermedad con una alta prevalencia, sólo el 10 por ciento de todos los diabéticos tiene la enfermedad tipo I.

---

<sup>43</sup> Villalba, M. *Sistema Endocrino*. En: Nuevo Manual de la ENFERMERÍA. España. OCEANO. pp.289 y 290

La mayoría de los pacientes padecen de diabetes tipo I desarrollan la enfermedad antes de los 30 años.

Los científicos creen que un factor ambiental (posiblemente una infección vírica o un factor nutricional en la infancia o en la adolescencia) provoca la destrucción, por el sistema inmunitario, de las células que producen la insulina en el páncreas. Es más probable que sea necesaria una predisposición genética para que esto ocurra. Sea como fuere, en la diabetes tipo I más del 90 por ciento de las células que producen la insulina en el páncreas (células beta) son destruidas de una forma irreversible. La deficiencia insulínica consiguiente es grave y, para sobrevivir, una persona con esta afección debe inyectarse insulina con regularidad.

En la diabetes mellitas tipo II (diabetes no insulino dependiente), el páncreas continúa produciendo insulina, incluso a valores más elevados que los normales. Sin embargo, el organismo desarrolla una resistencia a sus efectos y el resultado es un relativo déficit insulínico. La diabetes tipo II aparece en los niños y en los adolescentes, pero por lo general comienza después de los 30 años y es más frecuente a partir de esa edad. Alrededor del 15 por ciento de los pacientes mayores de 70 años padecen diabetes tipo II. La obesidad es un factor de riesgo para la diabetes tipo II, ya que los obesos se cuentan entre el 80 y el 90 por ciento de las personas que sufren esta enfermedad. Asimismo, ciertas etnias y algunos grupos culturales corren un mayor riesgo de desarrollar este trastorno, siendo frecuentes, entre quienes lo padecen, los antecedentes familiares.

Otras causas menos comunes de la diabetes son valores anormalmente altos de corticosteroides, el embarazo (diabetes gestacional) y los fármacos y sustancias tóxicas que interfieren con la producción o los efectos de la insulina, aumentando los valores de azúcar en sangre.

## Síntomas

Los primeros síntomas de la diabetes se relacionan con los factores directos de la alta concentración de azúcar en sangre. Cuando este valor aumenta por encima de los 160 a 180 mg/dl, la glucosa pasa a la orina. Cuando el valor es aún más alto, los riñones secretan una cantidad adicional de agua para diluir las grandes cantidades de glucosa perdida. Dado que producen orina excesiva, se eliminan grandes volúmenes de orina (poliuria) y, en consecuencia aparece una sensación anormal de sed (polidipsia). Asimismo, debido a que se pierden demasiadas calorías en la orina, se produce una pérdida de peso y, como modo de compensación, la persona siente a menudo un hambre exagerada (polifagia). Otros síntomas comprenden visión borrosa, somnolencia, náuseas y una disminución de la resistencia durante el ejercicio físico. Por otra parte, si la diabetes está mal controlada, los pacientes son más vulnerables a las infecciones. A causa de la gravedad del déficit insulínico, es frecuente que en los casos de diabetes tipo I se pierda peso antes del tratamiento. En cambio, no sucede lo mismo en la diabetes tipo II.

En los diabéticos tipo I los síntomas se inician de forma súbita y pueden evolucionar rápidamente a una afección llamada cetoacidosis diabética. A pesar de los elevados valores de azúcar en la sangre, la mayoría de las células no pueden utilizar el azúcar sin la insulina y, por tanto, recurren a otras fuentes de energía. Las células grasas comienzan a descomponerse y producen cuerpos cetónicos, unos compuestos químicos tóxicos que pueden producir acidez de la sangre (cetoacidosis). Los síntomas iniciales de la cetoacidosis diabética son: sed y micción excesiva, pérdida de peso, náuseas, vómitos, agotamiento y, sobre todo en niños, dolor abdominal. La respiración se vuelve profunda y rápida debido a que el organismo intenta corregir la acidez de la sangre. El aliento de la persona huele a quitaesmalte. Si no se aplica ningún tratamiento, la cetoacidosis diabética puede progresar y llevar a un coma, a veces en pocas horas.

Los pacientes que sufren de diabetes tipo I pueden mostrar los síntomas de la cetoacidosis, incluso después de iniciado el tratamiento con insulina, si se olvidan de una inyección o si sufre una infección, un accidente o una enfermedad grave. La diabetes tipo II puede no causar ningún síntoma durante años o décadas. Cuando la deficiencia insulínica progresa, los síntomas empiezan a manifestarse. Al principio, el aumento de la micción y de la sed son moderados, aunque empeoran gradualmente con el transcurso del tiempo. Si la concentración de azúcar en sangre es muy elevada (superior a 1000 mg/dl), en general por el estrés provocado por una infección o un fármaco, se produce deshidratación grave, confusión mental, somnolencia, convulsiones y una afección denominada coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico.

### Complicaciones

A medida que el trastorno se desarrolla, las concentraciones elevadas de azúcar en la sangre lesionan los vasos sanguíneos, los nervios y otras estructuras internas. Sustancias complejas derivadas del azúcar se acumulan en las paredes de los pequeños vasos sanguíneos, provocando su engrosamiento y rotura. Este aumento de grosor es la causa de que los vasos sanguíneos aporten cada vez menos sangre, sobre todo a la piel y a los nervios. Los valores de azúcar poco controlados tienden también a aumentar las concentraciones de sustancias grasas en sangre, y, en consecuencia, se produce una arteriosclerosis acelerada (formación de placas en los vasos sanguíneos). La arteriosclerosis es de dos a seis veces más frecuente en los diabéticos que en los no diabéticos y se produce tanto en los varones como en las mujeres. La disminución de la circulación sanguínea, tanto por los vasos grandes como por los pequeños, pueden provocar alteraciones fisiológicas en el corazón, el cerebro, las piernas, los ojos, los riñones, los nervios y la piel, demorando, además, la curación de las lesiones.

Por todas estas razones, la diabetes implica la aparición de muchas complicaciones graves durante un tiempo prolongado. Los ataques al corazón y los accidentes vasculares cerebrales son muy frecuentes. Los daños a los vasos sanguíneos del ojo pueden provocar la pérdida de la visión (retinopatía diabética).

La función que cumplen los riñones se altera y da como resultado una insuficiencia renal que requiere diálisis. Las lesiones nerviosas se manifiestan de varias maneras. Si un solo nervio funcional mal (mononeuropatía), aparece una debilidad característica en un brazo o una pierna. Si se dañan los nervios de las manos, las piernas y los pies (polineuropatía diabética), puede aparecer una sensación anómala en forma de hormigueo o dolor ardiente, y debilidad en los brazos y las piernas. Los daños a los nervios de la piel predisponen a las lesiones repetidas, porque la persona pierde la sensibilidad para recibir los cambios de presión o temperatura. Un aporte escaso de sangre a la piel también provoca úlceras e influye en que todas las heridas sanen muy lentamente. Las úlceras del pie pueden volverse tan profundas e infectadas y resultar tan difícil su curación, que puede incluso ser necesaria la amputación de una parte de la pierna.

Hay indicios recientes que demuestran que las complicaciones de la diabetes pueden evitarse, demorar o retrasar, mediante el control de los valores de azúcar en la sangre. Existen también otros factores desconocidos, incluyendo los genéticos, que determinan el curso de los acontecimientos.

### Diagnóstico

Se establece el diagnóstico de diabetes cuando una persona tiene valores anormalmente elevados de azúcar en la sangre. A menudo se controlan los valores de azúcar en la sangre durante un examen anual de rutina o durante una exploración clínica que se realiza antes de la incorporación a un nuevo empleo o de la práctica de un deporte. También pueden realizarse análisis para determinar la posible causa de síntomas como aumento de la sed, la micción o el hambre, o si existen factores de riesgo característicos como antecedentes familiares de diabetes, obesidad, infecciones frecuentes o cualquier otra complicación asociada con la diabetes.

Par medir la concentración de azúcar en la sangre se obtiene una muestra de sangre del paciente, quien deberá estar en ayunas por lo menos 8 horas antes de la prueba, pudiéndose también obtener después de comer. Es normal cierto grado de elevación de los valores de azúcar en la sangre después de comer, pero incluso entonces los valores no deberían ser muy elevados. En las personas mayores de 65 años es mejor realizar la prueba en ayunas, dado que los ancianos tienen un mayor incremento de las concentraciones de azúcar en la sangre después de comer.

Hay otra clase de análisis de sangre, llamado prueba de tolerancia oral a la glucosa, que se realiza en ciertos casos, como cuando se sospecha que una mujer embarazada tiene diabetes gestacional. En esta prueba se obtiene una muestra de sangre en ayunas para medir el valor de azúcar y se suministra a la paciente una solución especial para beber, la cual contiene una cantidad estándar de glucosa. Durante las 2 o 3 horas siguientes se obtienen varias muestras de sangre.

## Tratamiento

El objetivo principal del tratamiento de la diabetes es mantener los valores de azúcar en la sangre dentro de los valores normales tanto como sea posible. Aunque es difícil mantener valores completamente normales, se debe intentar que estén en lo posible cerca de la normalidad para que sea menor la probabilidad de complicaciones, ya sean temporales o largo plazo. El principal problema al tratar de controlar rigurosamente los valores de azúcar en la sangre, es que se produzca una disminución no deseada de los mismos (hipoglucemia).

Tanto en la diabetes tipo 1 como en la tipo 2, como en la gestacional, el objetivo del tratamiento es restaurar los niveles glucémicos normales, entre 70 y 105 mg/dl. En la diabetes tipo 1 y en la diabetes gestacional se aplica un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos de la insulina. En la diabetes tipo 2 puede aplicarse un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos, o bien, un tratamiento con antidiabéticos orales.

Para determinar si el tratamiento está dando resultados adecuados se realiza una prueba llamada hemoglobina glucosilada (HbA1c ó A1c). Una persona No-diabética tiene una HbA1c < 6 %. El tratamiento debería acercar los resultados de la A1c lo máximo posible a estos valores.

El tratamiento de la diabetes requiere el control de peso, ejercicios y dieta. En muchos casos de diabetes tipo II, la administración de fármacos no sería necesaria si los pacientes obesos perdieran peso e hicieran ejercicio con regularidad. Sin embargo, reducir el peso y aumentar los ejercicios es difícil para la mayoría de los diabéticos. Por consiguiente, con frecuencia es necesario recurrir a una terapia sustitutiva o bien a una medición oral con hipoglucemiantes. El ejercicio favorece el descenso directo de las concentraciones de azúcar en la sangre y reduce la cantidad necesaria de insulina.

La dieta es muy importante. En general, los diabéticos no deberían comer demasiados alimentos dulces y tendrían que regular sus comidas con un programa uniforme. Sin embargo, comer un bocadillo antes de ir a dormir o durante la tarde evita a veces la hipoglucemia en las personas que se inyectan una insulina de acción intermedia por la mañana o por la tarde. Dado que las personas con diabetes tienen también tendencia a presentar valores altos de colesterol, los dietistas generalmente recomiendan limitar la ingestión de grasas saturadas. No obstante, el mejor modo de reducir los valores del colesterol es controlar las concentraciones de azúcar en sangre y el peso corporal.

Otra estrategia a seguir es suministrar al diabético toda la información que se considere necesaria acerca de su enfermedad y qué puede ayudar a controlarla. A este respecto, se requiere personal de enfermería preparado en educación sobre la diabetes. Todos los diabéticos deben saber cómo la dieta y los ejercicios afectan a los valores de azúcar en la sangre y ser conscientes de cómo evitar las complicaciones, por ejemplo, controlando las ulceraciones de la piel. También deben tener especial cuidado en evitar las infecciones del pie.

Para ello sería útil recurrir a un podólogo para cortarse las uñas de los pies. Las revisiones oculares anuales son esenciales para controlar posibles alteraciones de los vasos sanguíneos, las cuales pueden ocasionar ceguera (retinopatía diabética).

En caso de lesiones o de aumento o descenso de las concentraciones de azúcar en la sangre, los diabéticos deberían llevar siempre consigo una tarjeta o usar una pulsera de alerta médica que identifique la enfermedad. Si los profesionales sanitarios conocen la presencia de diabetes, pueden iniciar rápidamente un tratamiento que salve la vida del afectado.

#### 4.6 Desarrollo del Proceso

Presentación de la persona sujeta a Proceso de Enfermería

Fecha de Valoración: 05 de Febrero del 2012

Nombre del paciente: R. L. M.

Domicilio: Santiago Tianguistenco Conocido como Pueblo de Ocotenco

Edad: 69 años

Fecha de Nacimiento: 13 de Abril de 1943

Lugar de Nacimiento: Santiago Tianguistenco

Sexo. Masculino

Ocupación: Campesino

Teléfono:

**SIGNOS VITALES**

T/A: 100 /60

Frecuencia Cardiaca: 72 x´

Frecuencia Respiratoria: 20 x´

Temperatura. 36 ° C

Talla: 1.60 cm.

Peso: 55 kg.

Glucemia capilar en ayunas: 301 mg/dl

## Historia Clínica

### Padecimiento Actual

Paciente masculino de 69 años de edad, refirió que lleva 38 años con la diabetes, que primero si llevo un control médico, pero después ya no lo llevó a cabo, comento que durante 8 años estuvo tomando sus orines y con eso se fue controlando, volvió a recaer y “acudí al médico empecé a tomar de nuevo sus pastillas”

### Antecedentes Hereditarios Familiares

Sin antecedentes de relevancia al interrogatorio.

### Antecedentes Personales no Patológicos

Paciente originario de Santiago Tianguistenco Estado de México Reside actualmente ahí mismo. En casa propia que cuenta con todos los recursos necesarios, tabaquismos y alcoholismo positivos.

### Antecedentes Patológicos y Quirúrgicos

Refiere que no es alérgico a ningún medicamento, comento que hace 3 años fue operado de una ulcera en el talón del pie porque se picó con una astilla cuando iba caminando.

### Inspección general

Paciente consciente, alerta, orientado, ubicado en sus tres esferas. Con adecuada coloración de piel y tegumentos.

## Caso clínico

M.R.L. Es un hombre de 69 años de edad originario de la comunidad Santiago Tianguistenco Conocido como Pueblo de Ocotenco, residente del mismo lugar, escolaridad primaria 2º año no terminado, actualmente se dedica al campo, lleva de casado 49 años.

Padres finados ambos por Diabetes. Padre de 2 hijos viven los dos y casados aparentemente sanos. Habita en casa propia cuenta con todos los servicios sin promiscuidad ni hacinamiento vive con su esposa.

Depende económicamente de renta de su comercio este dinero cubre los gastos de la casa. Pesa 55 kg. Talla 1.60 mts. Actualmente consume carnes, leguminosas, cereales, grasas, verduras, azúcares, lácteos de una a tres veces por semana, frutas de tres a cinco días por semana. Durante las dos primeras comidas y durante el transcurso del día (papaya, plátano, naranja) todos los días generalmente desayuna té o café, leche con un pan, sopa aguada, ya sea guisado de huevo en caldo de pollo, res, consume un litro de agua o a veces refresco, etc. Durante su comida consume sopa aguada y su guisado varia como caldo de res, pollo, espinacas, arroz, frijoles, Abas, lentejas, no es alérgico a ningún alimento, evacua de 2 a 3 veces por semana escaso en ocasiones heces liquidas, duras difícil de eliminar, orina de dos a tres veces al día, orina es clara amarilla.

Se baña cada tercer día y se cambia de ropa todos los días el cepillado de dientes no lo práctica, no realiza ejercicio, nadamas las labores del campo, Duerme entre 7 a 8 horas. Se encuentra alerta, consiente, orientado en tiempo y espacio con lenguaje fluido y coherente, le realizaron intervención quirúrgica hace 3 años de una úlcera en el talón del pie izquierdo porque se picó con una astilla a la hora de caminar, fuma, consume alcohol cursa con una glucosa descompensada ya que en ocasiones consume de todo alimentos como plátano, galletas, helados, refresco, este padecimiento tiene con él 38 años.

Se siente aceptado por los demás lo más importante para él son toda su familia dice estar satisfecho que tiene una familia numerosa le gusta con vivir con sus nietos, bisnietos y con las visitas, los cuales lleva muy buena relación. En ocasiones no toma el medicamento y a sentido que le ha ido disminuyendo la vista si a recibido orientación sobre su tratamiento, se siente conforme con su apariencia física ya que ha bajado de peso. Acude al médico en ocasiones cuando se siente mal.

#### Valoración por necesidades básicas de Virginia Henderson

Necesidad	Datos de Independencia	Datos de Dependencia
1. Necesidad de Oxigenación	Permeabilidad de las vías respiratorias, Signos vitales T/A 100/60, F.C 72x', FR. 20x', Temperatura 36° C, consiente, la coloración de la piel oscura reseca en los miembros inferiores.	Sabe que el fumar es malo pero no lo deja se fuma 4 cigarrillos al día, se expone al humo de leña con vive con aves
2.- Necesidad de Nutrición e Hidratación	Se palpa con piel reseca sensible en miembros superiores e inferiores membranas de mucosas hidratadas, con uñas en las manos amarillas, con dientes de coloración amarillos, caries, halitosis y sarro, dificulta para masticar.Ingiere bebidas alcohólicas	Come en casa realiza 2 comidas al día y durante el transcurso del día (papaya, plátano, naranja) todos los días generalmente desayuna té o café, leche con un pan, sopa aguada, ya sea guisado de huevo en caldo de pollo, res, consume un litro de agua o a veces refresco, etc. Durante su comida consume sopa aguada y su guisado varia como caldo de res, pollo, espinacas, arroz, frijoles, Abas, lentejas, ingiere líquidos de 1 a 2 litros al día

3. Necesidad de Eliminación	Palpación de vejiga con abdomen con poca grasa.	Orina de color amarilla, heces de color café oscuras de consistencia dura a veces líquidas, se estríñe cada 2 a 3 veces por semana por día utilizando como laxante la leche sin recomendación
4. Necesidad de Moverse y Mantener una buena postura	El sistema músculo esquelético sin malformaciones con poca fuerza con flexibilidad ayuda para guiarlo a caminar por presentar visión borrosa y utiliza adecuada postura para sentarse.	Camina máximo 30 cm. Pero refiere dolor en sus pies inferiores descansa 1 hora escucha la televisión va al campo, a trabajar como media hora. Se considera una persona activa
5. Necesidad de Descanso y Sueño	Bostezos si cuando tengo sueño si tiene concentración solo cuando se escuchan muchos ruidos fuertes, no presenta ojeras.	Descansa 1 hora por las tardes y duerme de 8pm a 7 a.m. horas. no necesita ayuda para dormir, duerme acompañado al levantarse dice que se siente descansado y relajado.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas	Viste de acuerdo a su edad con ropa completa dando combinación, con vestimenta adecuada a su edad.	No influye el estado de ánimo para vestirse, necesita ayuda para elegir y vestir su ropa por presentar visión borrosa.
7. Necesidad de termorregulación	Cuando hace calor transpira poco las condiciones del entorno físico está a temperatura ambiente.	Se adapta fácil a los cambios de temperatura le gusta más el clima templado y frío. La temperatura fría le produce sensación de bienestar, utiliza recursos cuando hace mucho frío consume té, se arropa.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel	Aspecto normal ya que se baña y se cambia diario de ropa todos los días, cuero cabelludo hidratado presenta calvicie y poco pelo, piel reseca oscura sensible. Presenta cicatrización de intervención quirúrgica desde hace 3 años	Se baña cada tercer día, se lava las manos antes y después de comer después de defecar, no se lava los dientes hay veces que nadamas se enjuaga la boca, no tiene necesidades religiosas que limiten sus hábitos higiénicos. Considera que son necesarios los hábitos higiénicos para mantener una buena salud.
9. Necesidad de evitar los peligros	No tiene deformidades congénitas las condiciones de su hogar son tranquilos  Utiliza el bastón	Su familia está conformada por nietos, bisnietos, hijos y nueras, conoce las medidas necesarias para evitar accidentes, consume sus medicamentos recetados por los médicos, realiza controles periódicos de salud, no lleva un control de su dieta, reducción del campo visual de ambos ojos. Canaliza los ratos de tensión con tranquilidad.
10.Necesidad de comunicación	Habla claro, tiene dificultad de visión. Vive en casa propia con todos los servicios básicos.	Estado civil casado desde hace 49 años vive con su esposa.

11. Necesidad de practicar su religión actuar de acuerdo a creencias y valores	No tiene hábitos por sus creencias ni valores, permite el contacto físico.	Es creyente de la religión católica y esta no le genera conflictos familiares, los principales valores es mantener unida a la familia
12. Necesidad de trabajo y realización	Su estado emocional al desempeñar su trabajo es tranquilo	Trabaja en el campo el riesgo de esto que se pueda caer por el cansancio que presenta en los pies.
13. Necesidad de juego y recreación	Sabe escribir, es una persona alegre, sociable, le gusta escuchar música y bailar.	No realiza actividades recreativas, recuerda con facilidad las cosas
14. Necesidad de aprendizaje	Estado del sistema nervioso tranquilo refiere que tiene afectada la vista por su glucosa. Su estado de ánimo es tranquilo	No presenta interés en el cuidado de su padecimiento.

## Análisis de resultados de valoración

Necesidades	Satisfechas	Insatisfechas		Grado de Dependencia		
		Real	Potencial	Independiente	Parcialmente independiente	Dependiente
1.Oxigenación			X		X	
2. Nutrición hidratación		X	X		X	
3. Eliminación		X			X	
4. Moverse y mantener una buena postura			X		X	
5. Descanso y sueño						
6. Usar prendas de vestir adecuadas		X			X	
7.Termorregulación						
8. Higiene y protección de la piel		X			X	
9. Evitar peligros		X	X		X	
10. Comunicarse						
11. Vivir según sus creencias y valores						
12. Trabajar y realizarse						
13. Jugar, participar en actividades recreativas						
14. Aprendizaje						

## Diagnósticos de enfermería y desarrollo de las etapas del proceso.

Tipo de diagnóstico:	Necesidad alterada:	Causa de dificultad:	Grado de dependencia/ independencia:
Real	Nutrición e Hidratación	Voluntad, Conocimiento y Fuerza	Parcialmente independiente

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Plan de intervenciones	Ejecución	Evaluación
Alteración de la nutrición e hidratación <b>Relacionado con</b> Malos hábitos alimentarios bajo consumo de fibra <b>Manifestado por</b> Estreñimiento y distensión abdominal.	Contribuir a mejorar los hábitos de alimentos del Sr. M.R.L.	<p>Aumentar el consumo de líquidos y alimentos que contengan fibra.</p> <p>Recomendar el ejercicio y acondicionamiento físico acorde a su edad.</p> <p>Referir al médico para administración de laxantes</p> <p>En caso necesario enema evacuante.</p> <p>Referir al Sr. M.R.L. con el gastroenterólogo.</p> <p>Iniciar en el paciente un plan de ingesta gradual de alimentos ricos en fibra.</p> <p>Recomendar asistir con la nutrióloga para que elabore una dieta acorde a su requerimiento y estado de salud.</p>	Se instruyó al usuario y familiares en la ingesta de alimentos ricos en fibra, líquidos y ejercicios de acorde a su edad.	<p>Con la información que se le proporciono al Sr. M.R.L. hubo mejoría y se sintió satisfecho.</p> <p>Estos Cuidados se realizaron junto con su esposa ya que es ella quien está más pendiente de él también porque al Sr. M.R.L. se le dificultad al momento de realizar sus cuidados y necesita ayuda de otra persona por presentar visión borrosa.</p>

Tipo de diagnóstico:	Necesidad alterada:	Causa de dificultad:	Grado de dependencia/ independencia:
Real	Nutrición e Hidratación	Voluntad, Conocimiento y Fuerza	Parcialmente independiente

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Plan de intervenciones	Ejecución	Evaluación
Alteración de la necesidad de nutrición e hidratación <b>Relacionado con</b> Adoncia parcial <b>Manifestado por</b> Dificultad de masticación y deglución.	Contribuir a mejorar la nutrición e hidratación del Sr. M.R.L.	Proporcionar alimentos suaves, blandos como sopa aguada, pan Bimbo.  Referencia con odontólogo.  Motivar al consumo de papillas.  Proporcionar un cubrepotector a la hora de sus comidas.  Orientar a la familia sobre la importancia del apoyo con el Sr. M.R.L. en los cambios alimentarios cuando son adultos mayores.	Se dio la información al usuario y a los familiares en la ingesta de alimentos ricos en papillas.	Con la información que se les proporciono al Sr. M.R.L. y sus familiares hubo mejoría y se sintió satisfecho.  Estos Cuidados se realizaron junto con su esposa ya que es ella quien está más pendiente de él también porque al Sr. M.R.L se le dificultad al momento de realizar sus cuidados y necesita ayuda de otra persona por presentar visión borrosa

Tipo de diagnóstico:	Necesidad alterada:	Causa de dificultad:	Grado de dependencia/ independencia:
Real	Eliminación Intestinal	Voluntad, Conocimiento y Fuerza	Parcialmente independiente

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Plan de intervenciones	Ejecución	Evaluación
Alteración de la eliminación intestinal <b>Relacionado con</b> Bajo consumo de fibra y agua <b>Manifestado por</b> Flatulencias, eliminación de heces duras, secas.	Contribuir a mejorar la eliminación intestinal del Sr. M.R.L.	<p>Aumentar el consumo de líquidos y alimentos que contengan fibra.</p> <p>Recomendar el ejercicio y acondicionamiento físico acorde a su edad.</p> <p>Referir al médico para administración de laxantes</p> <p>En caso necesario enema evacuante.</p> <p>Iniciar en el paciente un plan de ingesta gradual de alimentos ricos en fibra.</p>	Se instruyó al usuario y familiares en la ingesta de alimentos ricos en fibra, líquidos y ejercicios de acorde a su edad.	<p>Con la información que se le proporciono al Sr. M.R.L. hubo mejoría y se sintió satisfecho.</p> <p>Estos Cuidados se realizaron junto con su esposa ya que es ella quien esta mas al pendiente de él también porque al Sr.M.R.L. se le dificultad al momento de realizar sus cuidados y necesita ayuda de otra persona por presentar visión borrosa.</p>

Tipo de diagnóstico:	Necesidad alterada:	Causa de dificultad:	Grado de dependencia/ independencia:
Real	Usar prendas de vestir adecuadas	Voluntad, Conocimiento y Fuerza	Parcialmente independiente

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Plan de intervenciones	Ejecución	Evaluación
Alteración de usar prendas de vestir adecuadas <b>Relacionado con</b> Dificultad para escoger su ropa, colocarse los zapatos, visión borrosa <b>Manifestado por</b> desaliño y confundir los tipos y colores de prendas.	Contribuir a mejorar el uso de prendas de vestir del Sr. M.R.L.	<p>Asistir al Sr. M.R.L. durante su vestido.</p> <p>Orientar a los familiares como ayudar al Sr. M.R.L.</p> <p>Organizar su ropa de tal manera que la localice e identifique con mayor facilidad.</p> <p>Ayuda con los cuidados: de vestir arreglo personal.</p> <p>Ayuda con los cuidados: baño/higiene.</p>	Se dio la información a los familiares y se apoyó al Sr. M.R.L.	Estos Cuidados se realizaron junto con su esposa ya que es ella quien está más pendiente de él también porque el Sr. M.R.L. se le dificultad al momento de realizar sus cuidados y necesita ayuda de otra persona por presentar visión borrosa.

Tipo de diagnóstico:	Necesidad alterada:	Causa de dificultad:	Grado de dependencia/ independencia:
Real	Evitar peligros	Voluntad, conocimiento y Fuerza	Parcialmente independiente

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Plan de intervenciones	Ejecución	Evaluación
Alteración de la necesidad de evitar peligros <b>Relacionado con</b> Aumento de hiperglucemia y manejo inadecuado de medicamentos <b>Manifestado por</b> Negarse a tomar sus medicamentos, no seguir una dieta y visión borrosa	El Sr. M.R.L. mantendrá estable los niveles de glucosa para contribuir a mejorar su visión.	<p>Motivar al Sr. M.R.L. sobre la importancia del control médico.</p> <p>Explicar al Sr. M.R.L. sobre la importancia de llevar a cabo su tratamiento médico.</p> <p>Supervisar el apego a tratamiento médico.</p> <p>Monitorización del autocontrol de los niveles de glucosa en sangre.</p> <p>Facilitar el seguimiento de una dieta adecuada y ejercicio.</p>	Se dio la información a los familiares y se apoyó al Sr. M.R.L.	Estos Cuidados se realizaron junto con su esposa ya que es ella quien está más pendiente de él también porque el Sr. M.R.L. se le dificulta al momento de realizar sus cuidados y necesita ayuda de otra persona por presentar visión borrosa

Tipo de diagnóstico:	Necesidad alterada:	Causa de dificultad:	Grado de dependencia/ independencia:
Real	Higiene y protección de la piel	Voluntad, Conocimiento y Fuerza	Parcialmente independiente

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Plan de intervenciones	Ejecución	Evaluación
Alteración de higiene y protección de la piel <b>Relacionado con</b> Malos hábitos de higiene y protección de la piel <b>Manifestado por</b> Dientes sucios, con caries, halitosis y dientes flojos.	El Sr. M.R.L. mantendrá una adecuada higiene bucal.	Referencia al Sr. M.R.L. a odontólogo.  Orientar al familiar, Asistir y supervisar al Sr., M.R.L el lavado buco dental porque presenta visión borrosa.  Utilizar un cepillo de dientes con cerdas suaves y blandas.  Explicar al familiar la necesidad del cuidado bucal como rutina.	Se dio la información a los familiares del Sr. M.R.L y se le apoyo	Estos Cuidados se realizaron al igual junto con su esposa ya que es ella quien está más pendiente de él. porque al Sr. M.R.L. se le dificultad al momento de realizar sus cuidados y necesita ayuda de otra persona por presentar visión borrosa

Tipo de diagnóstico:	Necesidad alterada:	Causa de dificultad:	Grado de dependencia/ independencia:
Potencial	Oxigenación	Voluntad, Conocimiento y Fuerza	Independiente

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Plan de intervenciones	Ejecución	Evaluación
Riesgo de Alteración de la necesidad de Oxigenación <b>Relacionado con</b> Consumo de 4 cigarrillos al día.	Prevenir posibles enfermedades respiratorias asociadas con tabaquismo.	<p>Informar al Sr. M.R.L. sobre los efectos nocivos del cigarro.</p> <p>Informar sobre los riesgos de tabaquismo.</p> <p>Dar charlas educativas sobre cáncer de pulmón, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva).</p>	Se dio la plática, la información al Sr. M.R.L	No ha modificado el hábito de fumar.

Tipo de diagnóstico:	Necesidad alterada:	Causa de dificultad:	Grado de dependencia/ independencia:
Potencial	Nutrición e Hidratación	Voluntad, conocimiento y Fuerza	Parcialmente independiente

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Plan de intervenciones	Ejecución	Evaluación
Riesgo de Alteración de la nutrición <b>Relacionado con</b> No llevar en forma y tiempo su tratamiento dietético para diabético.	Contribuir a que el Sr. M.R.L. se apegue a su régimen dietético.	Referencia al Sr. M.R.L. con el nutriólogo.  Explicar el propósito de la dieta para diabético.  Asesorar y supervisar al Sr. M.R.L. sobre los alimentos permitidos y prohibidos.  Control de peso y talla.  Llevar un control médico adecuado.	Se le dio la información al Sr. M.R.L., asesoría y supervisión.	Al inicio de la plática sus dudas fueron encaminadas a lo que se le hablo sobre las complicaciones que puede llegar a presentar, si no llevas las medidas necesarias para su salud.  Estos Cuidados se realizaron junto con su esposa ya que es ella quien está más pendiente de él también porque el Sr. M.R.L. se le dificultad al momento de realizar sus cuidados y necesita ayuda de otra persona por presentar visión borrosa

Tipo de diagnóstico:	Necesidad alterada:	Causa de dificultad:	Grado de dependencia/ independencia:
Potencial	Moverse y mantener una buena postura	Voluntad, Conocimiento y Fuerza	Parcialmente independiente

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Plan de intervenciones	Ejecución	Evaluación
Riesgo de Alteración de la movilidad física <b>Relacionado con</b> Dolor de miembros inferiores, de los pies.	Contribuir al dolor del Sr. M.R.L. y fortalecer el movimiento a disminuir el dolor.	Referir al Sr. M.R.L. con el reumatólogo.  Motivación a la deambulacion.  Motivar a ejercicio según su acondicionamiento físico	El Sr. M.R.L específico que los especialistas que cuando acude con el médico no le recetan medicamentos para dolor de sus pies le dicen que tiene que manejar niveles de azúcar en sangre no más de 200 mg/dl.  Que el alto nivel de glucosa es el que le ocasiona el malestar.	El Sr. M.R.L. está consciente de su desaparición de dolor es lenta y esto dependiendo de las actividades que realice durante el día y sus niveles de glucosa  Estos Cuidados se realizaron junto con su esposa ya que es ella quien está más pendiente de él también porque al Sr. M.R.L. se le dificultad al momento de realizar sus cuidados y necesita ayuda de otra persona por presentar visión borrosa

Tipo de diagnóstico:	Necesidad alterada:	Causa de dificultad:	Grado de dependencia/ independencia:
Potencial	Evitar peligros	Voluntad, Conocimiento y Fuerza	Parcialmente independiente

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Plan de intervenciones	Ejecución	Evaluación
Riesgo de Alteración de la necesidad de evitar peligros <b>Relacionado con</b> Alcoholismo.	Contribuir a limitar el riesgo de daño metabólico por el consumo de alcohol.	Informar sobre los efectos nocivos del alcohol al Sr. M.R.L.  Seguimiento y control de glicemias.  Supervisión de asistencia a control médico.	Se dio la plática, la información al Sr. M.R.L	No ha modificado el hábito de alcoholismo.

Tipo de diagnóstico:	Necesidad alterada:	Causa de dificultad:	Grado de dependencia/ independencia:
Potencial	Evitar peligros	Voluntad, Conocimiento y Fuerza	Parcialmente independiente

Diagnóstico de enfermería	Objetivo	Plan de intervenciones	Ejecución	Evaluación
Riesgo de caídas <b>Relacionado con</b> la visión borrosa.	Evitar el Sr. M.R.L. no presente riesgos de caídas inesperadas por falta de conocimientos, dándole a conocer por medio de una conversación directa, identificando las posibilidades caídas en cambios ambientales.	<p>Instruir a los familiares que deben acompañarlo siempre y guiarlo.</p> <p>Motivar el uso del bastón ó andador.</p> <p>Acondicionar la casa con espacios más amplios, con barandales, pasamanos y rampas en los pasillos.</p> <p>Identificar los riesgos que puedan aumentar la posibilidad de caída en ambientes que suele trabajar, así como al realizar sus actividades cotidianas.</p>	<p>Mediante una charla que se dio se identificó los lugares que le pueden afectar para su de ambulación.</p> <p>El utilizar aparatos para caminar lo requiere</p>	<p>Se logró el objetivo ya que se identificaron los lugares que le afectan para realizar las labores cotidianas.</p> <p>Estos Cuidados se realizaron junto con su esposa ya que es ella quien está más pendiente de él también porque al Sr. M.R.L.se le dificultad al momento de realizar sus cuidados y necesita ayuda de otra persona por presentar visión borrosa</p>

#### 4.7 CONCLUSIONES

Los objetivos propuesto en cada uno de los Diagnósticos se cumplieron de manera parcial sobre todo aquellos que tienen que ver con cambio de estilos y hábitos de vida, dada el arraigo cultural de la persona a la que se le aplico el proceso, sin embargo el Proceso significo una herramienta importante para l planeación y ejecución de las intervenciones

El realizar el proceso atención de enfermería permite brindar cuidado integral, de calidad y de forma individualizada según las características de cada paciente, en cualquier etapa de la vida en que se encuentre.

La Enfermería es una carrera joven y un arte vieja, por tanto el nivel de exigencia del profesional que ejerce no es aún el suficiente como para que la mayor parte de la comunidad se actualice, hay una resistencia al cambio por parte de muchas y muchos colegas.

Hemos sido la sombra del médico, ya que la mayor parte del reconocimiento en la atención de un paciente se lo dan a ellos, si se salva el paciente “Gracias al médico que lo salvo”, desafortunadamente no hay esa cultura del propio profesional para valorar el trabajo propio que se realiza y hasta él mismo cae en el error de hacerlo menos.

Los egresados actuales de Enfermería estamos siendo testigos de las múltiples áreas de oportunidad que hay en la profesión y por tal motivo debemos estar comprometidos por hacernos ver como lo que somos. Futuros profesionales encargados de los cuidados de los pacientes con intervenciones propias e interdependientes, para ello es importante contar con lo indispensable en conocimientos generales y específicos para la atención de los pacientes.

## REFERENCIAS DE BIBLIOGRAFÍAS

- 1.- Sotomayor, S.S. *Dimensión teórico conceptual de la enfermería disciplinar*. En: Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. México: Manual Moderno. 2009.
- 2.- Rosales Barrera, S. y Reyes Gómez, E. *Intervención de enfermería en la atención primaria a la salud*. En: Fundamentos de enfermería. 3ª edición. México: Manual Moderno. 2004.
- 3.- Pintor Afanador, N. *El Cuidado Como Objeto del Conocimiento de Enfermería*, (Internet). Universidad Nacional de Colombia de [www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xx1\\_5pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xx1_5pdf)
- 4.- Durán Villalobos, M.M. *Marco Epistemológico de la Enfermería*, (Internet). Chía, Colombia: Universidad de la Sabana Recuperado Octubre del 2002, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/741/20203.pdf>
- 5.- Collière, M.F. *Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería*. En: Promover la Vida. México: McGraw-Hill. 2009.
- 6.- Cáceda Ñazco, MG. G.S. *Epistemología y El Problema del Conocimiento En Enfermería*. (Internet). Recuperado 11 de Diciembre del 2008. de [www.slideshare.net/.../epistemología-y-el-problema-del-conocimient...](http://www.slideshare.net/.../epistemología-y-el-problema-del-conocimient...)
- 7.- Cárdenas Becerril, L., Arana Gómez, B., Monroy Rojas, A. García Hernández M.L. *EL CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA COMO BASE EPISTEMOLÓGICA DE LA PROFESIÓN*. En: CUIDADO profesional de ENFERMERÍA FEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ENFERMERÍA.A.C. (FEMAFEE). México: 2010-2013.

8.- *El cuidado, un poco de historia*, (Internet). Recuperado Martes 25 de Julio del 2006, de [cuidadosenfermeros.blogspot.mx/2006/07/el-cuidado-un-poco-de-historia.html](http://cuidadosenfermeros.blogspot.mx/2006/07/el-cuidado-un-poco-de-historia.html)

9.- García Martín Caro, C. y Martínez Martín, M.L. *Etapas históricas del cuidado*. En: Historia de la Enfermería Evolución Histórica del cuidado enfermero. Madrid, España: Harcourt. 2001.

10.- Sotomayor, S.S. *Teoría de Enfermería*. En: Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. México: Manual Moderno. 2009.

11.- Durán Villalobos, M.M. *Marco Epistemológico de la Enfermería*, (Internet). Chía, Colombia: Universidad de la Sabana Recuperado Octubre del 2002, de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/741/20203.pdf>

12.- Ann Marriner Tomey. *Introducción al análisis de las teorías de enfermería*. En: MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA. 6ª edición. México: Elsevier España. 2007.

13.- *Teoría y Método en Enfermería*. [www.aniorte\\_nic.net/progr\\_asignat\\_teor\\_metodo5.htm](http://www.aniorte_nic.net/progr_asignat_teor_metodo5.htm)

14.- Raile Alligood, *Evolución de las teorías en enfermería*. En: Modelos y teorías en enfermería. 7ª edición. México: Elsevier España. 2011.

15.- Fernández Ferrín, C. y Novel Martí, G. *El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería*. En: El Proceso de Atención de Enfermería Estudios de Casos. Barcelona, España: MASSON. 1993.

16.- Rodríguez Sánchez, B.A. *Generalidades del proceso enfermero*. En: Proceso Enfermero. Cuellar. 2006.

17.- Velásquez Herrera, M. Situación de los adultos mayores *Taller Psicología del Envejecimiento*. 2009.

18.- Dennis-Hassol. *Aspectos de la Salud en los adultos de edad avanzada*. En: PSICOLOGÍA EVOLUTIVA. México: Interamericana. 1985.

19.- Villalba, M. *Sistema Endocrino*. En: Nuevo Manual de la ENFERMERÍA. España. OC

## ANEXOS

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1.- Nombre: R.L. Margarito  
2. Edad: 69  
3.- Fecha de Nac. 13- Abril-1943  
4. Sexo Masculino  
5.- Peso 55 kg.  
6. Talla 1.60  
7.- Escolaridad -  
8. Ocupación campesino  
9. Religión catolica  
10.- Lugar de Nac. Santiago Tianguistenco  
Estado de México  
11. Idioma Español  
12. Estadocivil Casado  
13.- Tipo de familia Extensa  
14. Domicilio Ocotenco  
15. Teléfono \_\_\_\_\_  
16.- Fuente de información:  
Directa Si (x) No ( ) Indirecta ( )  
Quién Paciente  
Cuál \_\_\_\_\_  
Dx. Médico \_\_\_\_\_  
Fecha de elaboración 5-Febrero-2012

### VALORACIÓN DE NECESIDADES

#### 1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

##### DATOS SUBJETIVOS

1.1 ¿Refiere dificultad para respirar?

Si ( ) No (X )

1.2 ¿Ha presentado sensación de falta de aire?

Si ( ) No (X )

1.3 ¿Ha presentado sensación de ahogo?

Si ( ) No ( X)

1.4 ¿Cómo es su respiración?

Rápida ( ) Lenta (X )

1.5 ¿Tiene dolor al respirar?

Si Inspiración ( ) No Espiración (X )

1.6 ¿Al realizar esfuerzo físico presenta dificultad para respirar?

Si ( ) No ( X)

Especificar \_\_\_\_\_

1.7 ¿Actualmente presenta "Tos"?

Si ( ) No (X ) Productiva ( ) Seca ( )

1.8 ¿Acostumbra fumar? Si (X ) No ( )

¿Cuántos cigarrillos al día? 4

¿Hace cuánto tiempo? Hace 1 año

1.9 ¿Presencia de varices en miembros inferiores?

Si ( ) No (X )

Características \_\_\_\_\_

##### DATOS OBJETIVOS

##### Toma de signos vitales:

FR 20 x' x min. FC. 65 x' x min.

T / A 100/60 Tª C 36º

##### Respiración espontanea

Tipo de apoyo Ventilatorio \_\_\_\_\_

##### Estado de conciencia:

Conciente (X ) Desorientado ( )

Somnoliento ( ) Estuporoso ( )

Inconciente ( )

##### Coloración de la piel:

Rosada ( X) Cianótica ( )

Palidez ( ) Marmórea ( )

**Coloración de los labios:**

Rosada (X ) Cianótica ( )  
 Palidez ( )

**Coloración de zona peribucal:**

Cianótica ( ) Palidez ( )

**Coloración de las uñas de las manos:**

Rosadas (X ) Cianóticas ( ) Palidez ( )

**Morfología de las uñas de las manos:**

Cuadradas, amarillas

**Patrón respiratorio uniforme**

Si ( X ) No ( )

**Dificultad al respirar:** Sin esfuerzo ( X )

Al esfuerzo físico ( ) Acostado ( )

Nocturna ( )

**Presenta Aleteo nasal:** Si ( ) No ( X )

Tiros intercostales Si ( ) No ( )

Depresión del Apéndice Xifoides

Si ( ) No ( X )

**Auscultación de pulmones** con paso libre de aire en ambos campos pulmonares

Si (X) No ( )

Sibilancias (ruido continuo agudo) ( )

Crepitaciones (estertores) durante la espiración ( )

Roncus (Sibilancias sonoras prolongado) ( )

Roces (secos y ásperos) ( )

**Uso de los músculos accesorios de la respiración:**

Si (X) No ( )

**Presencia de edema en miembros inferiores**

Si ( ) No (X )

Grado I ( ) II ( ) III ( )

**Palpación de pulsos periféricos:**

Carótida ( ) Braquial ( )

Radial ( X ) Femoral ( )

Popíteo ( ) Dorso / pie ( )

Tibial posterior ( )

**Latido cardiaco apical visible y palpable**

Si (X ) No ( )

Observaciones: Normal

**2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**

2.1 ¿Qué tipo de alimentos consume usualmente en 7 días?

ALIMENTO	1 - 3 DÍAS	3 - 5 DÍAS	5 - 7 DÍAS
CARNES	x		
LACTEOS		X	
FRUTAS		X	
VERDURAS		X	
LEGUMINOSAS	X		
CEREALES	X		
GRASAS	X		
AZÚCARES	x		

2.2 ¿Cuántas veces come al día?

Una ( ) Dos (x ) Tres ( ) Mas de tres ( )

2.3 ¿Su horario de alimentos es?

FIJO ( ) IRREGULAR (x)

2.4 ¿Come acompañado?

Si (x ) No ( )

2.5 ¿En un ambiente agradable?

Si (x ) No ( )

**2.6 ¿Ha presentado falta de apetito últimamente?**

Si (x ) No ( )

2.7 ¿A qué lo atribuye?

ninguno

**2.8 ¿Consumes en su dieta diaria alimento irritante?** (grasas, condimentos, café, té, picante, refresco)

Si ( ) No (X )

Especifique \_\_\_\_\_

**2.9 ¿Cuándo está enojado tiene preferencia por algún alimento en especial?**

Si ( X ) No ( )

Cuál Cigarro \_\_\_\_\_

**2.10 ¿Cuándo se encuentra triste que tipo de alimentos consume?** Refiere no comer \_\_\_\_\_

**2.11 ¿Sigue alguna dieta especial?**

Si ( ) No ( X )

TIPO DE DIETA \_\_\_\_\_

**2.12 ¿Ha tenido pérdida involuntaria de peso mayor a cuatro kilogramos en los últimos tres meses?**

Si ( X ) No ( )

**2.13 ¿Tiene periodos en los que le da mucha hambre?**

Si (X ) No ( )

**2.14 ¿Qué tipo de alimentos consume cuando le da mucha hambre?** De todo tipo de alimentos \_\_\_\_\_

**2.15 ¿Ha tenido trastornos digestivos en los últimos tres días?**

Si (X ) No ( )

Vómito Si ( ) No(X) Nauseas Si (X) No ( )

Distensión abdominal Si (X ) No ( )

Diarrea Si (X ) No ( )

Estreñimiento Si (X ) No ( )

Ardor Si ( ) No ( X )

Agruras Si ( ) No (X )

**2.16 ¿Tiene dificultad para masticar?**

Si ( X ) No ( )

A qué lo atribuye usted por sus dientes flojos \_\_\_\_\_

**.17 ¿Tiene dificultad para deglutir?**

Si ( ) No (X )

**2.18 ¿Utiliza dentadura postiza para comer?**

Si ( ) No (X )

**2.19 ¿Le lastima la dentadura al momento de consumir sus alimentos?**

Si ( ) No ( )

**2.20 ¿Asea su dentadura?**

Si ( ) No ( )

Cuantas veces al día \_\_\_\_\_

**2. 21 ¿Es alérgico a algún alimento?**

Si ( ) No ( X )

Especifique \_\_\_\_\_

**2.23 ¿Come fuera de casa?**

Si ( ) No (X )

**2.24 ¿Depende de otras personas para consumir sus alimentos?**

Si ( ) No ( X )

**2.25 ¿Cuánta agua consume al día?**

0 – 1 Vaso ( ) 2 – 3 Vasos ( )

3 – 4 Vasos ( ) 4 – 6 Vasos

6 – 8 Vasos + 8 Vasos (X )

**2.26 ¿Ingiere bebidas alcohólicas?**

Si ( X ) No ( )

¿Con que frecuencia? Debes en cuando \_\_\_\_\_

**2.27 ¿Padece alguna enfermedad?**

Si ( X ) No ( )

Cuál DIABETES MELLITUS TIPO II \_\_\_\_\_

**2.28 ¿Actualmente toma algún medicamento?**

Si (X ) No ( )

¿Cuál? GLUCOVANCE

Recetado (X ) Automedicado ( )

**2.29 ¿Realiza algún tipo de ejercicio?**

Si ( ) No ( X )

¿Especifique? \_\_\_\_\_

**2.30 ¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio?**

0 – 1 vez ( ) 2 – 3 veces ( ) 3 – 4 veces ( )  
4 – 5 veces ( ) 5 – 7 veces ( )

**ASPECTO GENERAL**

**CABELLO**

Abundante ( ) Con brillo (X) Sedoso ( )  
Gruoso ( ) Delgado (X) Opaco ( )  
Escaso ( X ) Quebradizo ( )  
Caída del cabello ( X )  
Signo de bandera ( )

**OJOS**

**Conjuntivas**

Rosadas Hidratadas (X ) Pálidas ( )  
Deshidratadas ( )

**PIEL**

Rosada ( X ) Hidratada ( ) Pálida ( )

Seca ( )

Otros \_\_\_\_\_

**MUCOSA ORAL**

Coloración ( ) Rojo Rosado (X )

Pálida ( ) Húmeda (X)

Otras \_\_\_\_\_

**DIENTES**

Caries Si ( X ) No ( ) Cuantas piezas en  
todo \_\_\_\_\_

Cuales \_\_\_\_\_

**UÑAS**

Duras (X ) Gruesas ( X ) Débiles ( )

Delgadas ( ) Quebradizas ( )

Rosadas ( ) Pálidas (X )

**INDICE DE MASA CORPORAL** (Peso kg / (Talla m)<sup>2</sup>)

Peso ideal 55 Peso Real \_\_\_\_\_

Talla 1.60

18 ( ) 22 – 24.9 ( ) 25 – 27 ( )

30 ( ) 40 ( X )

BAJO PESO (x ) NORMAL ( )

SOBREPESO ( ) OBESIDAD ( )

OBESIDAD MORBIDA ( )

**3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

**DATOS SUBJETIVOS**

**3.1 ¿Frecuencia de la evacuación?**

Diario ( ) 2 ó 3 veces por semana (X )

Otros ( )

Especifique \_\_\_\_\_

**3.2 ¿Cantidad aproximada?**

Escaso (X ) Abundante ( )

**3.3 ¿Consistencia de las heces?**

Blandas formadas ( ) Duras ( X )

Líquidas ( )

**3.4 ¿Color?**

Marrón ( ) Amarillas ( X ) Otros ( )

Especifique \_\_\_\_\_

**3.5 ¿Olor?**

Acre (Varía según alimento) ( X )

Desagradables ( )

**3.6 ¿Identifica elementos extraños en su defecación?**

Si ( ) No ( X )

Alimentos no digeridos ( ) Sangre ( )

Parásitos ( ) Otros ( )

Especifique \_\_\_\_\_

**3.7 ¿Requiere laxantes para evacuar?**

Si ( X ) No ( )

Natural ( ) Medicamento ( )

Especifique leche \_\_\_\_\_

**3.8 ¿Bajo tensión emocional hay cambio en su defecación?**

Si ( ) No ( X )

Diarrea ( ) Estreñimiento ( ) Otros ( )

Especifique \_\_\_\_\_

**3.9 ¿Consume medicamentos actualmente?**

Si ( X ) No ( )

Cuales Glucovance \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATOS OBJETIVOS**

**EXPLORE**

**ABDOMEN**

Peristaltismo aumentado ( )

Peristaltismo disminuido ( )

Blando depresible ( X )

Distendido Duro ( X )

Otros ( )

Especifique \_\_\_\_\_

**3.10 ¿Presenta flatulencias?**

Si ( X ) No ( )

**3.11 ¿Frecuencia de la micción?**

2 ó 3 Veces al día ( X )

4 a 6 Veces al día ( )

Otros ( )

Especifique \_\_\_\_\_

**3.12 ¿Color?**

Transparente Ámbar ( ) Otros ( X )

Especifique amarilla \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3.13 ¿Bajo estado emocional hay cambio en su eliminación urinaria?**

Si ( ) No ( X )

Aumenta el deseo de orinar ( ) Otros ( )

Especifique \_\_\_\_\_

**3.14 ¿Presenta alguna alteración urinaria?**

Si ( ) No ( X )

Ardor ( ) Disuria ( ) Incontinencia ( )

Otros ( )

Especifique \_\_\_\_\_

**DATOS OBJETIVOS**

**EXPLORE**

**Presencia de globo vesical**

Si ( ) No ( X )

Dolor en el bajo vientre ( )

Dolor en el ángulo costo vertebral ( )

Si ( ) No ( )

Especifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Identifique elementos extraños en la orina?**

Si ( ) No (X )

Sangre ( ) Sedimento ( ) Otros ( )

Especifique \_\_\_\_\_

**¿Ritmo de la menstruación?**

Cada 28 días ( ) Cada 30 días ( )

Otros ( )

Especifique \_\_\_\_\_

**¿Cuántas toallas sanitarias utiliza durante el día?**

Menos de 3 ( ) De 3 a 4 ( ) Otros ( )

Especifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Color?**

Rojo brillante ( ) Rojo oscuro ( ) Otros ( )

Especifique \_\_\_\_\_

**¿Presenta alguna alteración?**

Si ( ) No ( )

Dolor ( ) Sangrado Inter.- menstrual ( )

Otros ( )

**¿La tensión emocional altera su ciclo menstrual?**

Si ( ) No ( )

Como \_\_\_\_\_

**DATOS OBJETIVOS**

**EXPLORE**

Abdomen

Especifique características \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

**DATOS SUBJETIVOS**

**4.1 Antecedentes de Dolor:**

Cervical ( ) Lumbar ( ) Ciática ( )

De articulaciones de miembros superiores ( )

De articulaciones de miembros inferiores (X )

**4.2 Tipo de trabajo que realiza:**

Con esfuerzo físico ( )

Si esfuerzo físico (X )

**4.3 Actividad que realiza en el trabajo es:**

Sentado de 2 – 3 hrs. ( )

De 4 – 6 hrs. ( )

De 7 -8 hrs. ( )

De pie de 2 – 3 hrs. (X )

De 4 – 6 hrs. ( )

De 7 – 8 hrs. ( )

**De movimiento continuo**

**4.4 ¿Acostumbra tomarse algún tiempo de descanso durante el día?**

Si ( X ) No ( )

**4.5 ¿De cuánto tiempo?**

De 10 min. ( ) 15 min. ( ) 20 min. ( )

+ De 30 min. (X )

**4.6 ¿En qué postura?**

Sentado ( ) Recostado (X )

**4.7 ¿Se considera una persona?**

Activa (X ) Sedentaria ( )

Porque? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4.8 ¿Regularmente el calzado que usa es?**

De tipo común ( )  
De algún arreglo ortopédico ( )  
Otros ( X) Zapato de diabético

**4.9 Rol Social ¿Pertenece a algún grupo?**

Si ( ) No ( X)

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DATOS OBJETIVOS**

**4.10 De acuerdo a la observación, ¿La alineación ósea es la adecuada?**

Si (X ) No ( )

Describe \_\_\_\_\_

**4.11 De acuerdo a la exploración física el tono, la resistencia y la flexibilidad son las que corresponden a la edad del paciente?**

Si ( X ) No ( )

Porque? \_\_\_\_\_

**4.12 ¿El peso y la talla corresponden a la edad cronológica del paciente?**

Si ( ) No ( )

Porque? \_\_\_\_\_

**4.13 ¿La complexión física del paciente es?**

Delgado (X ) Robusto ( )  
Atlético ( )

**4.14 De acuerdo a la exploración física ¿Consideras que el Estado emocional del paciente afecta la postura anatómica?**

Si ( ) No ( )

Porque? \_\_\_\_\_

**4.15 Equilibrio sentado, ¿es firme y seguro?**

Si ( X ) No ( )

**4.16 ¿Al levantarse el paciente lo hace?**

Con impulso normal y sin ayuda ( X)  
Utiliza los brazos como ayuda ( )  
Con ayuda de otra persona ( )

**4.17 ¿Para la de ambulación observas si el paciente requiere de algún apoyo?**

Si ( ) No ( )

**¿Cuál?**

Bastón (X) Andadera ( ) Muletas ( )  
De otra persona ( )

**4.18 ¿Presenta alguna facie de dolor?**

Si ( ) No ( X)

Describe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4.19 En cuanto a la marcha, ¿ésta es?**

Con pasos continuos (X )  
Con pasos discontinuos ( )

**4.20 La marcha, ¿La inicia inmediatamente después de que se le pide que camine?**

Si (X ) No ( )

Porque? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

**DATOS SUBJETIVOS**

**5.1 ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?**

Si ( ) No (X )

**5.2 ¿Cuántas horas duerme durante la noche?**

Menos de 4 hrs. ( ) De 4 a 6 hrs. ( X)  
De 7 a 9 hrs. ( )  
Más de 9 hrs. ( )

**5.3 ¿Tiene dificultad para mantenerse dormido?**

Si ( ) No ( X )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

**5.4 ¿Cómo es su patrón de sueño?**

Continuo ( X ) Discontinuo ( )

Insomnio ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

**5.5 ¿Realiza alguna actividad para favorecer el sueño?**

Si ( ) No (X )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**5.6 ¿Toma algo para inducir el sueño?**

Si ( ) No ( X )

¿Qué? \_\_\_\_\_

**5.7 ¿Los medicamentos que toma lo mantienen despierto?**

Si (X ) No ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**5.8 ¿Su estado de ánimo le impide dormir?**

Si ( ) No (X )

**5.9 ¿Ronca o le han dicho que ronca mientras duerme?**

Si ( X ) No ( )

**5.10 ¿Le han dicho que cuando duerme deja de respirar por periodos cortos?**

Si ( ) No (X )

**5.11 ¿Padece dolor de cabeza tras despertarse?**

Si ( ) No (X )

**5.12 ¿Tiene dificultad para mantenerse despierta durante el día?**

Si ( ) No ( X )

**5.13 ¿Acostumbra a tomar una siesta?**

Si ( X ) No ( )

1 / 2 hora ( X ) Una hora ( )

Más de una hora ( )

**5.14 ¿Se queda dormido en momentos inapropiados?**

Si ( X ) No ( )

**5.15 ¿Durante el día se siente cansado?**

Si (X ) No ( )

**OBJETIVO**

1. ¿Presenta ojeras? Si ( ) No ( X )

2. ¿Cambia de posición varias veces?

Si ( X ) No ( )

3. ¿Bosteza frecuentemente?

Si ( ) No (X )

4. ¿Presenta visión borrosa?

Si ( X ) No ( )

**5. ¿Su tipo de respuesta es lenta?**

Si (X ) No ( )

**6. ¿Se observa fatigado?**

Si ( ) No ( X )

**7. ¿Se encuentra irritable?**

Si ( ) No ( X )

**8. ¿Se encuentra apático?**

Si ( ) No ( X )

**9. ¿Presenta somnolencia excesiva?**

Si ( ) No (X )

**6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS**

**DATOS SUBJETIVOS**

**6.1 ¿Su estado de ánimo es determinante para elegir las prendas de vestir que usará?**

Si ( ) No (X )

Cómo \_\_\_\_\_

**6.2 ¿Consideras que la manera de vestir marca diferencias personales, sociales, culturales, etc.?**

Si ( ) No (X )

Cómo \_\_\_\_\_

**6.3 ¿Puede decidir por sí solo (a) la ropa que se pone habitualmente?**

Si ( ) No ( X )

**6.4 ¿Necesita ayuda para vestirse o desvestirse?**

Si ( X ) No ( )

**6.5 ¿Tiene algún objeto accesorio del vestir que tenga significado especial para usted?**

Si ( ) No ( X )

**6.6 ¿Su modo de vestir está relacionado con sus valores y creencias?**

Si ( X ) No ( )

**6.7 ¿Se le dificulta vestirse y desvestirse en un sitio extraño ante personas o con ayuda de otra persona?**

Si ( X ) No ( )

## **7. NECESIDAD DE TERMORREGULACION**

### **DATOS SUBJETIVOS**

**7.1 ¿Experimenta frío frecuentemente?**

Si ( ) No ( X )

**7.2 ¿Experimenta mucho calor?**

Si ( ) No ( X )

**7.3 ¿Temperatura ambiental que le es agradable?**

Templado ( X ) Caluroso ( ) Frío ( )

### **DATOS OBJETIVOS**

**7.4 ¿Vestido adecuado a la estación?**

Si ( X ) No ( )

**7.5 ¿habitación y vivienda adecuada?**

Si ( X ) No ( )

### **Características de la piel**

Rubicunda ( ) Diaforesis ( )

Frialdad de la piel ( )

Transpiración normal ( X )

Escalofríos ( )

Palidez ( ) Pilo erección ( )

Enlentecimiento del llenado capilar ( X )

Palidez de los lechos unguiales ( X )

Piel caliente al tacto ( )

### **Temperatura**

Hipodérmica ( ) Febrícula ( )

Hipertermia ( ) Normo termia ( X )

## **8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL**

### **HIGIENE**

**8.1 ¿Cuenta con recursos públicos para practicar su higiene?**

Si ( X ) No ( )

**8.2 ¿Baño?**

Diario ( ) Cada tercer día ( X )

Una vez por semana ( )

Otro \_\_\_\_\_

**8.3 ¿Lavado de manos?**

Antes de comer ( X )

Antes de ir al baño ( )

Después de ir al baño ( X )

Otro \_\_\_\_\_

**8.4 ¿Cepillado de dientes y / o prótesis?**

Después de cada alimento ( )

2 veces al día ( ) 1 vez al día ( )

No lo practica ( X )

**8.5 ¿Necesita ayuda para practicar su higiene?**

Si (x ) No ( )  
Parcial ( x ) Total ( )

**8.6 Aspecto general?**

Correcto (X ) Incorrecto ( )

**ESTADO DE PIEL Y MUCOSAS**

**PIEL**

(X) Integra / Hidratada ( ) Heridas

Localización\_\_\_\_\_

( ) Deshidratada ( ) Ulceras

Localización\_\_\_\_\_

( ) Palidez ( ) Edema

Localización\_\_\_\_\_

( ) Ictericia ( ) Verrugas

Localización\_\_\_\_\_

( ) Cianosis (X) Lunares

Localización En el pecho, cara

( ) Otros\_\_\_\_\_ ( ) Manchas

Localización\_\_\_\_\_

Decoloración ( )

Localización\_\_\_\_\_

Exudados ( )

Localización\_\_\_\_\_

**CABELLO**

Fino ( ) Grueso ( ) Brillante ( )

Seco (X )

**¿Presencia de parásitos**

Si ( ) No ( X)

**Especifique**\_\_\_\_\_

Si ( ) No ( )

Localización\_\_\_\_\_

**UÑAS**

**ASPECTO**

Cuidadas ( ) Descuidadas ( ) Mordidas ( )

Lisas (X) Limpias ( X) Duras ( ) Micosis ( )

**COLOR**

Rosa (X) Amarillas (X ) Verdoso-negruzco ( )

Otro\_\_\_\_\_

**NARIZ**

**MUCOSA NASAL**

**COLORACION**

Rosa intenso (X) Otro \_\_\_\_\_

**Secreción**

Transparente (X ) Amarilla ( ) Verdosa ( )

Otra\_\_\_\_\_

**Presencia de:**

Sangre ( ) Costras ( )

Perforaciones ( )

Otros\_\_\_\_\_

**BOCA Y OROFARINGE**

**LABIOS**

**ASPECTO:**

Secos (X ) Grietas ( ) Edema ( )

Otro \_\_\_\_\_

**COLORACIÓN:**

Rozados ( X ) Palidez ( ) Cianosis ( )

Otra \_\_\_\_\_

**MUCOSA BUCAL**

**COLOR:**

Rojo rosado (X) Otro \_\_\_\_\_

Húmeda ( X ) Otro \_\_\_\_\_

**Presencia de:**

Manchas ( ) Lesiones ( ) Ulceras ( )

Otras \_\_\_\_\_

**DIENTES**

Completos ( ) Incompletos (X )

**Prótesis:**

Si ( ) No ( X )

**Presencia de:**

Caries (X) Sarro (X)

Localización \_\_\_\_\_

**CAVIDAD ORAL**

(X) Halitosis ( ) Lesiones

Localización \_\_\_\_\_

( ) Ulceras

Localización \_\_\_\_\_

( ) Manchas

Localización \_\_\_\_\_

( ) Sangrado

Localización \_\_\_\_\_

( ) Dolor

Localización \_\_\_\_\_

( ) Criptas

Localización \_\_\_\_\_

( ) Inflamación

Localización \_\_\_\_\_

( ) Induraciones

Localización \_\_\_\_\_

**OIDOS:**

Dolor Si ( ) No (X )

Inflamación Si ( ) No ( X )

Cerumen Si ( ) No (X )

Derrames Si ( ) No (X )

Cuerpos Extraños Si ( ) No (X )

Presencia de Nódulos ( )

Localización \_\_\_\_\_

( ) Lesiones

Localización \_\_\_\_\_

**9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS**

**DATOS SUBJETIVOS**

**9.1 ¿Con que periodicidad lleva su control médico?**

Cada año ( ) Sólo cuando se enferma (X )  
Otros ( )

**9.2 ¿Se enferma frecuentemente?**

De vacunación ( ) De salud ( X )

**9.3 ¿Cuenta con cartilla?**

Si ( X ) No ( )

**9.4 ¿Cuenta con otras vacunas?**

Si ( ) No (X )

Cuales \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9.5 ¿Conoce las medidas para prevenir enfermedades?**

Si ( X ) No ( )

Cuales lavado frecuente de manos, consumir frutas y verduras

**9.6 ¿Ha padecido alguna alteración? NO**

Física ( ) Psicológica ( ) Social ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Este padecimiento altera su autoconcepto o su imagen

Porque \_\_\_\_\_

**9.7 ¿Actualmente requiere de algún tipo de ayuda?**

Si ( X ) No ( )

¿Cuál? Bastón

La utiliza Si ( X ) No ( )

Porque No ve bien.

**9.8 ¿Cómo reacciona ante una situación de peligro?**

Se estresa Si ( ) No (X )

Pierde el control Si ( ) No ( )

Porque \_\_\_\_\_

Como lo manifiesta \_\_\_\_\_

La familia le apoya Si ( X ) No ( )

Porque \_\_\_\_\_

**9.9 ¿Asiste a algún centro de ayuda para manejar sus emociones?**

Si ( ) No ( X )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**9.10 ¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su casa?**

Si ( X ) No ( )

¿Cuáles? cerrar las llaves del gas.

**9.11 ¿Actualmente identifica riesgos de accidentes en su casa?**

Si ( X ) No ( )

¿Cuáles? escaleras

**9.12 ¿Conoce las medidas de prevención en su trabajo**

Si ( ) No ( )

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**9.13 ¿En su trabajo identifica áreas o factores de riesgo de accidente?**

Si ( ) No ( )

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**9.14 Suele consumir**

Alcohol ( X ) Tabaco ( )

Medicamentos no prescritos o alguna droga

Especifique \_\_\_\_\_

**9.15 ¿Conoce los efectos del consumo de estas sustancias?**

Si ( x ) No ( )

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**DATOS OBJETIVO**

¿Escucha bien? Si ( X ) No ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

Tipo de apoyo que utiliza \_\_\_\_\_

¿Ve bien? Si ( ) No ( X )

¿Por qué? AUMENTO DE SU  
GLUCOSA

Que apoyo utiliza \_\_\_\_\_

Lenguaje claro Si ( X ) No ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

**¿Presenta sensibilidad en su cuerpo?**

Si ( X ) No ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Se le dificultad caminar? Si ( ) No ( X )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Se fija metas para el futuro? Si ( ) No ( X )

En cuanto tiempo \_\_\_\_\_

**¿Toma previsiones económicas?**

Si ( X ) No ( )

Le apoya algún familiar Si ( X ) No ( )

¿Quién? \_\_\_\_\_

**10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN**

**DATOS SUBJETIVOS**

**10.1 ¿Tiene relaciones armónicas con su familia?**

Si ( X ) No ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

**10.2 ¿Pertenece o asiste a algún grupo de ayuda?**

Si ( ) No ( X )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**10.3 ¿Utiliza mecanismos de defensa al comunicarse cómo?**

Sentimientos de negación ( )

Inhibiciones ( )

Agresividad ( )

Hostilidad ( X )

Desplazamiento ( )

**10.4 ¿Tiene alguna limitación física que le impide comunicarse?**

Si ( ) No ( X )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**10.5 ¿Habla con alguien de su familia cuando tiene problemas?**

Si ( X ) No ( )

¿Con quien? CON SU  
ESPOSA

**10.6 ¿Cuánto tiempo pasa solo (a)?**

2 HORAS

**10.7 ¿Tiene contactos sociales satisfactorios?**

Si (  ) No (  )

¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10.8 ¿Se siente a gusto con su forma de comunicarse con los demás?**

Si (  ) No (  )

¿Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10.9 ¿Se considera de buen humor?**

Si (  ) No (  )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

**10.10 ¿Cuándo esta estresado s ele dificultad comunicarse con los demás?**

Si (  ) No (  )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

**10. 11 En su núcleo familiar o grupo cree que tiene que competir con otra persona?**

Si (  ) No (  )

¿Con quien? \_\_\_\_\_

**10.12 Cree que sus necesidades sexuales están cubiertas en forma satisfactoria?**

Si (  ) No (  )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

## DATOS OBJETIVOS

### Estado de conciencia

Consciente (  ) Inconsciente (  )

Estuporoso (  )

Soporosa (  )

Somnoliento (  )

### Según edad está orientado

Persona (  ) Espacio (  ) Lugar (  )

Tiempo (  )

### ¿Tiene dificultades para hablar?

Si (  ) No (  )

Especificar \_\_\_\_\_

### ¿Al hablar establece contacto visual?

Si (  ) No (  )

Especificar \_\_\_\_\_

### ¿Se relaciona con su familia?

Si (  ) No (  )

Especificar \_\_\_\_\_

### ¿Qué persona de su familia es más importante para usted?

\_\_\_\_\_ ESPOSA \_\_\_\_\_

### ¿Cómo lo consideran a usted dentro del núcleo familiar?

\_\_\_\_\_ BUENA PERSONA \_\_\_\_\_

### ¿Recibe visitas de su familia?

Si (  ) No (  )

¿De quién? \_\_\_\_\_

### ¿En su hogar cuenta con un área específica para comunicarse?

Si (  ) No (  )

Especificar \_\_\_\_\_

### ¿Utiliza alguna prótesis para escuchar?

Si (  ) No (  )

Especificar \_\_\_\_\_

## 11. NECESIDAD PRACTICAR SU RELIGIÓN. ACTUAR DE ACUERDO A CREENCIAS Y VALORES

**11.1 ¿Religión? CATOLICA** \_\_\_\_\_

### 11.2 ¿Practica su religión?

Si (  ) No (  )

### 11.3 ¿Su religión le prohíbe? **NO**

Alimentos (  ) Practicas higiénicas (  )

Tratamiento médico (  )

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11.4 ¿Necesita de algún objeto, imagen religiosa que le ayude en su tratamiento médico?**

Si (X ) No ( ) LA FE DE DIOS

**11.5 ¿De acuerdo a sus creencias y valores como responde a la enfermedad?**

Angustia (X) Temor ( ) Ansiedad (X )

Depresión (X ) Enojo (X ) Culpa ( X)

Vergüenza (X) Desesperanza (X )

Resignación (X )

**11.6 ¿Requiere de servicios religiosos?**

Si ( ) No ( X )

Observaciones \_\_\_\_\_

## 12. NECESIDAD DE TRABAJO Y REALIZACIÓN

### DATOS OBJETIVOS

**12.1 ¿Tiene actividad remunerada?**

Si ( ) No ( X )

**12.2 ¿Tipo de trabajo?**

Eventual ( ) Permanente ( )

**12.3 ¿Sus ingresos económicos cubren sus necesidades básicas personales y las de su familia?**

Si ( ) No ( )

**12.4 ¿Le resulta difícil cubrir sus ingresos?**

Si ( ) No ( )

**12.5 ¿Está usted satisfecho con su trabajo?**

Si ( ) No ( )

**12.6 ¿Está usted molesto por su trabajo y no lo puede cambiar por otro?**

Si ( ) No ( )

**12.7 ¿Su trabajo lo realiza de buen humor la mayor parte del tiempo?**

Si ( ) No ( )

**12.8 ¿Se molesta con frecuencia por casos sin importancia en el trabajo?**

Si ( ) No ( )

### DATOS SUBJETIVOS

Estado Emocional ( ) Inquieto ( )

Tranquilo ( ) Eufórico ( )

Ansioso ( )

Decepcionado de su trabajo ( )

Irritable ( ) Deprimido ( )

**12.9 ¿Expresiones de desesperanza e inutilidad?**

Si ( ) No ( )

## 13. NECESIDAD DE JUEGO Y RECREACIÓN

### DATOS SUBJETIVOS

**13.1 ¿Dedica tiempo para realizar actividades deportivas, recreativas o ocio?**

Si ( ) No (X )

Tipo\_\_\_\_\_

**13.2 ¿Las situaciones de estrés y emociones intensas le impiden realizar actividades recreativas y deportivas?**

Si ( ) No ( X)

De qué modo\_\_\_\_\_

**13.3 ¿Considera que el tiempo que usted dedica a la recreación es suficiente en proporción al tiempo y energía que dedica a su trabajo?**

Si ( ) No ( X )

**13.4 ¿Conoce los lugares de recreación que tiene a su alcance en la comunidad?**

Si ( ) No (X)

**13.5 ¿Cuenta con los recursos económicos para poder realizar actividades recreativas?**

Si (X ) No ( )

**DATOS OBJETIVOS**

**13.6 Integridad del Sistema Neuro muscular**

Elasticidad ( X )

Flexión ( X )

Extensión ( X )

**14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

**DATOS SUBJETIVOS**

**14.1 ¿Sabe escribir?**

Si ( X ) No ( )

**14.2 ¿Sabe leer?**

Si ( X ) No ( )

**14.3 ¿Le cuesta trabajo aprender?**

Mucho ( ) Poco ( )

No me cuesta trabajo ( X )

**14.4 ¿Considera que su memoria es buena?**

Si ( X ) No ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14.5 ¿Usted considera que necesita adquirir nuevos conocimientos?**

Si ( X ) No ( )

¿Por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14.6 ¿Conoce el motivo de su ingreso?**

Si ( ) No ( )

**14.7 ¿Le gusta aumentar sus conocimientos respecto a su salud?**

Si ( ) No ( )

**14.8 ¿De qué fuente adquiere sus conocimientos?**

Lecturas ( ) De sus semejantes ( X )

Televisión ( X ) Radio ( )

Cursos ( ) Otros ( )

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14.9 ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud?**

Si ( X ) No ( )

¿Cómo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATOS OBJETIVOS**

**IDENTIFICA ALGUNA ALTERACIÓN EN:**

**VISTA** ( X ) Si ( X ) No ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**OIDO** ( ) Si ( ) No ( X )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**El paciente recuerda con facilidad hechos del día anterior**

Si ( X ) No ( )

**Recuerda con facilidad números telefónicos importantes**

Si ( X ) No ( )

**Recuerda con facilidad hechos de la infancia**

Si ( X ) No ( )

**Manifiesta interés por aprender**

Si ( X ) No ( )

9

**Se muestra receptivo**

Si ( ) No ( X )

