



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

T E S I S

**CAUSAS DE CONSULTA DEL PACIENTE GERIÁTRICO EN EL SERVICIO
DEL TRIAGE, EN UN HOSPITAL PÚBLICO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

ERIKA YASMIN HERNÁNDEZ SANTILLÁN

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. EN ED. LUCILA CÁRDENAS BECERRIL

REVISORA DE TESIS

DRA. EN ENF. BEATRIZ ARANA GÓMEZ



Toluca, México, Noviembre de 2012

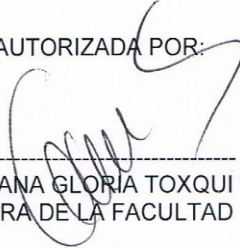
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS

**CAUSAS DE CONSULTA DEL PACIENTE GERIÁTRICO EN EL SERVICIO DEL
TRIAGE, EN UN HOSPITAL PÚBLICO**

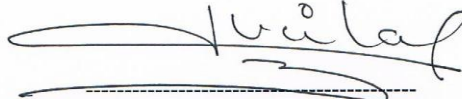
AUTORIZADA POR:




M. A. S. S. MARÍA JUANA GLORIA TOXQUI TLACHINO
DIRECTORA DE LA FACULTAD



M. EN ECOL. MICAELA OLIVOS RUBIO
JEFA DEL DEPTO. DE TITULACIÓN



DRA. EN ED. LUCILA CÁRDENAS BECERRIL
DIRECTORA DE TESIS



DRA. EN ENF. BEATRIZ ARANA GÓMEZ
REVISORA DE TESIS

Toluca, México, Noviembre de 2012

DEDICATORIAS

A DIOS

Por ser quien siempre confía en mí
y me da la fuerza necesaria para seguir adelante,
porque no pude elegir mejor profesión para mí.

GRACIAS

A MIS PADRES

Gracias: por la oportunidad de existir,
por su sacrificio en todo el tiempo incomprometido,
por su ejemplo de superación inalcanzable,
por su comprensión y confianza,
por su amor y amistad incondicional,
porque sin su apoyo no hubiera sido posible
la culminación de mi carrera profesional.

Por lo que ha sido y será.....**GRACIAS**

lo hemos logrado

A TÍ

No es fácil llegar, se necesita perseverancia,
lucha y deseo, pero sobre todo apoyo
como el que me has brindado durante este tiempo.

GRACIAS

GRACIAS:

A TODOS AQUELLOS QUE CON SU AYUDA, APOYO Y COMPRENSION ME
ALENTARON A LOGRAR ESTA HERMOSA REALIDAD, CON AMOR Y CARIÑO

ERIKA

ÍNDICE

| | Página |
|--|--------|
| Introducción | 6 |
| Planteamiento del problema | 7 |
| Justificación | 9 |
| Objetivos | 11 |
| Diseño metodológico | 12 |
| | |
| Capítulo 1 | |
| ADULTO MAYOR | |
| 1.1 Conceptos generales | 15 |
| 1.2 Envejecimiento a través de la historia | 17 |
| 1.3 Demografía | 18 |
| 1.4 Cambios físicos en el adulto mayor | 20 |
| 1.5 Aspectos psicológicos y emocionales en el adulto mayor | 21 |
| 1.6 Aspectos sociales en el adulto mayor | 28 |
| 1.6.1 Bienestar en el adulto mayor | 28 |
| 1.6.2 El bienestar psicológico en la vejez | 29 |
| 1.6.3 La autoestima en el adulto mayor | 30 |
| 1.7 La autoeficacia en el adulto mayor | 31 |
| 1.8 El adulto mayor y la familia | 32 |
| 1.9 El adulto mayor y la sociedad | 34 |
| 1.9.1 Apoyo social | 35 |
| 2 Derechos del adulto mayor | 36 |

Capítulo 2

CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR

| | | |
|-----|--|----|
| 2.1 | Conceptos Generales | 38 |
| 2.2 | Teoría del cuidado | 40 |
| 2.3 | Teoría del cuidado humano de Jean Watson | 41 |
| 2.4 | El Campo de acción de los cuidados de enfermería | 43 |
| 2.5 | Cuidado de enfermería y ética del cuidado | 44 |
| 2.6 | Contribución de enfermería al bienestar en los adultos mayores | 45 |

Capítulo 3

TRIAGE

| | | |
|-----|---|----|
| 3.1 | Antecedentes Históricos | 49 |
| 3.2 | Código Internacional de Colores | 50 |
| 3.3 | Etapas del TRIAGE | 51 |
| 3.4 | Tipos de Sistemas de Selección y Clasificación de Pacientes | 52 |
| 3.5 | Tarjeta del TRIAGE | 59 |
| | Análisis e interpretación de resultados | 64 |
| | Conclusiones | 77 |
| | Sugerencias | 79 |
| | Fuentes de información | 81 |

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación, se describen los elementos necesarios, para que el personal de enfermería, logre mejorar el cuidado que brinda a los adultos mayores, en específico en el TRIAGE. Esta investigación está integrada por un marco teórico que consta de tres capítulos. En el primero se describe el proceso de envejecimiento y cómo ha sido la historia del envejecimiento, así mismo la demografía, y su impacto en el aumento de los adultos mayores, un punto muy importante que se menciona en este capítulo son los cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales en el adulto mayor, cómo se desenvuelve y los cambios que van surgiendo en la familia y la comunidad, también se hace énfasis en los derechos del adulto mayor, que con el paso del tiempo se han ido olvidando por la sociedad, incluso, por la familia del mismo adulto mayor.

En el segundo capítulo encontraremos los cuidados de enfermería en el adulto mayor, se va desglosando desde los conceptos de cuidado, y finalmente la contribución de enfermería al bienestar en los adultos mayores que es muy importante, ya que el personal de enfermería tiene la posibilidad de ayudar mediante la promoción de la salud en el individuo, la familia y comunidad.

En cuanto a la metodología, se describe el campo de investigación, en qué consiste el TRIAGE, el servicio donde se encontró la problemática y la inquietud por realizar este trabajo. Para la recopilación de datos se tomó como instrumento el formato del TRIAGE y a éste se le agregaron algunas preguntas más; se aplicó a un total de 556 personas que formaron el universo de estudio, posteriormente se tabularon los resultados que se representan por medio de cuadros y gráficas, finalmente, se elaboraron las conclusiones y sugerencias en las que se da a conocer como mejorar el cuidado en el adulto mayor que acude al TRIAGE.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Llegar a la tercera edad puede ser sinónimo de soledad, maltrato y abandono. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), 36 millones de adultos mayores en el planeta sufren maltrato. Actualmente, no existen datos estadísticos fiables, pero los estudios realizados sobre el tema revelan que los malos tratos, así como los casos de negligencias o abandono han aumentado de forma considerable en los últimos tiempos, sobre todo, en los países desarrollados (INEI, 2005).

Hace poco más de 500 años, en la ciudad de México los adultos mayores eran los más respetados y sabios, los que curaban con sus remedios y se comunicaban con los dioses. Ahora son discriminados de múltiples formas empezando desde el hogar, donde su propia familia les grita. Hoy la tendencia es verlos como improductivos, ineficientes, enfermos y decadentes, de acuerdo con el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONPRED). El futuro para los adultos mayores de la ciudad de México es poco alentador, la mayoría viven en condiciones de pobreza, abandono e imposibilitados para valerse por sí mismos y no hay suficientes asilos para atenderlos (Salazar, 2000: 82).

El ser humano al llegar a los 65 años y más, empieza a notar varios cambios en su persona, entre ellos, y el más notorio, es la pérdida de habilidades motoras y cognitivas, en donde el núcleo familiar por falta de tiempo y de paciencia comienza a causar daño físico, psicológico y social de manera consciente e inconsciente, es por eso que surge una mayor demanda en la atención de los servicios de salud, de Enfermería y acude al servicio de TRIAGE. En este servicio se observa que las condiciones de salud y enfermedad de la población mayor de 65 años son motivo de intranquilidad e incertidumbre constante en las familias y para los propios adultos mayores. Es común que la presencia de enfermedad o discapacidad, acompañada de soledad, abandono, inestabilidad económica, ubique a las familias

en situaciones críticas, pues en la mayoría de los casos, se trata de pacientes con más de un padecimiento y la atención médica significa egresos altos en la economía familiar, que termina por agotar la paciencia y la reserva monetaria en la mayoría de ellas. Esto es una causa muy notoria por la cual muchas familias deciden desistir y renuncian a sus ancianos abandonándolos en casa, en asilos u hospitales, donde sólo esperan su hora de morir. Muchas de las ocasiones acuden al servicio de TRIAGE cuando el paciente geriátrico ya tiene una enfermedad muy avanzada y a su ingreso al servicio observamos el abandono por parte de su familia, ya que llega en condiciones inadecuadas de higiene personal, desaliño, desnutrición, entre otros.

Es importante mencionar que en los últimos años ha aumentado de forma considerable la población geriátrica en los servicios hospitalarios y el profesional de la salud no le dedica el tiempo suficiente para su atención y cuidado, y en su valoración se observa la impaciencia por parte del familiar que lo acompaña e incluso del personal que lo atiende, la mayoría de las veces van solos; el adulto mayor requiere de paciencia y comprensión, tiene la necesidad de comunicarse con los demás, es por eso que el personal de enfermería debe tener en cuenta y hacer énfasis en este aspecto, por tal motivo surge la inquietud de conocer: ¿Cuáles son las causas de consulta del paciente geriátrico en el servicio del **TRIAGE**, en un hospital público?

JUSTIFICACIÓN

Las sociedades se valoran por la forma en que cuidan de sus adultos mayores, por ello la enfermera tiene mucho que ofrecer en este grupo etario, a través de los cuidados caracterizados por la calidad y calidez, teniendo en cuenta sus cuatro dimensiones (física, emocional, social y espiritual), dado que la responsabilidad de enfermería implica mucho más que la realización de indicaciones médicas, procedimientos, técnicas, la administración segura de medicamentos y la comprensión de los efectos de la patología en la persona humana, entre otros (<http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/ao2.pdf>).

La elección del tema “causas de consulta del paciente geriátrico, en el TRIAGE, en un hospital público de mayo-agosto 2011”, surge a partir de observar las conductas del adulto mayor y los familiares que lo acompañan, dentro y fuera del Hospital, ya sea en la sala de espera, en la consulta, después de consulta, pero principalmente a la hora de ser canalizado al servicio del TRIAGE, que es el momento adecuado para indagar aspectos relacionados con la vida cotidiana de las personas.

En el servicio del TRIAGE de un Hospital Público la asistencia del adulto mayor ha ido en aumento, y así mismo es notoria la poca calidad de vida a la que están sujetos, ya que se puede observar el descuido y el abandono del que es objeto y hasta la forma de expresarse muestra inseguridad y timidez.

Los cuidados de enfermería se logran desde el primer momento que se da la interacción adulto mayor-enfermera, a través de una adecuada comunicación, satisfaciendo las necesidades biopsicosociales y espirituales. La necesidad principal que requiere un adulto mayor, es “la comunicación, que es el resultado de la sensación de no tener el afecto necesario y deseado, por ello buscan siempre el dialogo con los demás, la segunda necesidad considerada importante

es la movilidad, producto no sólo de los cambios fisiológicos, sino también de degeneraciones propias de la edad, ocasionando dependencia progresiva en sus actividades de la vida diaria, y como tercera necesidad importante se considera la recreación, en donde la familia representa un rol importante a través de la comprensión, apoyo emocional y trato humano, por la susceptibilidad emocional, propio de la edad y vulnerabilidad a sufrir trastornos en su organismo”(Jiménez, 2000:63).

En la medida que se satisfagan mínimo estas necesidades, el Adulto Mayor se sentirá comprendido y aceptado, y es probable que demande menos el servicio médico, se hagan gastos innecesarios y disminuyan los tiempos de espera en los hospitales.

OBJETIVO GENERAL

- Identificar las principales causas de consulta del paciente geriátrico, en el TRIAGE, en un hospital público.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los aspectos demográficos del paciente geriátrico que acude al TRIAGE en un hospital público.
- Identificar los factores que generaron mayor demanda en el servicio de TRIAGE en un hospital público.
- Describir la autopercepción de salud del paciente geriátrico en el TRIAGE en un hospital público.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

CUANTITATIVO.- es aquel que permite examinar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la Estadística. Se requiere que entre los elementos del problema de investigación exista una relación cuya Naturaleza sea lineal. Es decir, que haya claridad entre los elementos del problema de investigación que conforman el problema, que sea posible definirlo, limitarlos y saber exactamente dónde se inicia el problema, en cuál dirección va y qué tipo de incidencia existe entre sus elementos. El trabajo fue un estudio exploratorio y transversal.

FASES DE INVESTIGACIÓN

I. FASE TEÓRICA

Se recopilaron, revisaron y seleccionaron diversas fuentes de información sobre el proceso de envejecimiento, cuidador familiar e intervenciones de enfermería, a través de libros, revistas, artículos y fuentes electrónicas, los cuales apoyaron el desarrollo de la investigación, particularmente el marco de referencia, que está constituido por tres capítulos.

POBLACIÓN: 556 adultos mayores de 65 años, de las cuales 291 fueron mujeres y 265 hombres,

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Adultos mayores de 65 años y más, de ambos sexos, que asistieran al servicio de TRIAGE, en un Hospital General de Segundo Nivel de Atención.

INSTRUMENTO: Se tomó como instrumento el formato que se aplica en el TRIAGE y a éste se le agregaron algunas preguntas, las cuales contenían una afirmación relacionada con las condiciones de vida del paciente geriátrico.

PROCEDIMIENTO.- Se retomó información de expedientes de pacientes con características de acuerdo a población mayor de 65 años, así también se aplicó el formato del servicio del TRIAGE, anexándole algunas otras preguntas de importancia para la elaboración del presente trabajo.

II. FASE EMPÍRICA

Esta fase se establece a través de la estancia en el servicio del TRIAGE de un hospital público, en donde acuden con mucha frecuencia adultos mayores acompañados de algún familiar o que llegan solos y se observa la necesidad de que alguien les brinde un poco de atención, para complementar se elaboró un cuestionario y se aplicó a esta población.

III. FASE ANALÍTICA

Una vez obtenidos los datos se organizaron y se realizó la tabulación correspondiente, el análisis e interpretación de los mismos son presentados por medio de cuadros y gráficas, finalmente se realiza el informe de los resultados de la investigación.

ASPECTOS ÉTICOS.

De acuerdo a la Ley General de Salud Mexicana, en relación a “los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, el artículo 13 propone que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Esta investigación no puso en riesgo la integridad de los adultos encuestados. Se consideran sin riesgo “a los estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participen en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros”.

También el artículo 14, fracción V, indica que se tiene que contar con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.

Capítulo 1

ADULTO MAYOR

A través de la historia nuestros abuelos han tenido diferentes denominaciones, unos prefieren llamarle ancianos, viejos, otros adultos mayores y actualmente se abre paso a un nuevo término; persona mayor, pero en todos estos casos la denominación con la cual se identifica este grupo no realza por si solo la condición de esta población, que merece todo nuestro respeto, afecto y protección.

1.1 Conceptos generales

Adulto.- individuo totalmente maduro y desarrollado, que ha alcanzado la capacidad intelectual y la estabilidad emocional y psíquica características de la madurez (Diccionario de medicina, Mosby: 31).

Para referirse a las personas mayores de 65 años ha existido un sin número de conceptos, que se han establecido muchas veces de forma arbitraria o en función de aspectos económicos y políticos, como por ejemplo:

Anciano.- personas en la última etapa de la vida; entre la madurez y la edad senil (Stanley, 2009: 142.).

Longevidad.- Se considera longeva a aquella persona mayor de 80 años (Krassovietch, 1993).

Envejecimiento.- Se entiende como un proceso de deterioro biológico y disminución de la capacidad funcional, que se evidencia en enfermedades tanto biológicas como mentales (Uribe y Buela-Casal, 2006). El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y, hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades (Leiton y Ordoñez, 2003: 28).

Así mismo y de acuerdo con lo planteado por Botero y Pico (2007), en el proceso de envejecimiento se evidencian cambios en el estilo de vida de la población y algunas repercusiones significativas de la carga social de la enfermedad en la calidad de vida. Los viejos se configuran como una categoría independiente del resto de la sociedad, separados como grupos con características propias. La vejez separa más del resto de la sociedad que otros atributos cronológicos o sociales, suscita reacciones negativas y no resulta sólo una variable descriptiva de la condición personal del sujeto, como la apariencia física, el estado de salud, el sexo, entre otros.

- a) VEJEZ CRONOLÓGICA.- Viene definida por el hecho de haber cumplido los 65 años. Se basa en las edades de retiro tradicionales cuyo primer precedente aparece con las medidas sociales. Científicamente está comprobado que el hombre sufre una pérdida de neuronas y una claudicación progresiva de la memoria a partir de los 20 años, pero tampoco cabe olvidar que una misma edad ofrece resultados desiguales en salud, aptitud funcional, inteligencia, educación; e individuos de diferentes características físicas y psíquicas semejantes.
- b) VEJEZ FUNCIONAL.- Corresponde a la utilización del término “viejo” como sinónimo de incapaz o limitado, y refleja la asimilación tradicional de vejez y limitación. Se trata de un concepto erróneo, pues la vejez no representa necesariamente incapacidad; por consiguiente hay que luchar contra la idea de que el viejo es funcionalmente limitado.
- c) VEJEZ O ETAPA VITAL.- Esta concepción de la vejez resulta la más equilibrada y moderna, y se basa en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra a una etapa distinta a las vidas previamente. Plantea ciertas limitaciones para el sujeto, que con el paso del tiempo se van agudizando, especialmente en los últimos años de vida pero tiene, por otra parte, unos potenciales únicos y distintivos:

serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social, que pueden compensar, si se utiliza adecuadamente, las limitaciones de esta etapa de vida (Millan Calenti, 2006: 54-57).

Es importante señalar que el envejecimiento o vejez no es una enfermedad, sino un proceso biológico natural, corolario obligatorio de toda forma de vida. El ser humano simplemente ha estado interesado en saber por qué envejece.

1.2 Envejecimiento a través de la historia

Si nos remontamos a las culturas primitivas, el envejecimiento se relaciona con conceptos mágicos y religiosos. En la antigüedad, Aristóteles defendía que el organismo envejece debido a la pérdida progresiva de calor. Posteriormente, Leonardo Da Vinci concluyó en sus estudios anatómicos (realizados por medio de necropsias), que el origen de envejecimiento está en la pérdida de flexibilidad de los tejidos orgánicos y el endurecimiento del colágeno. Actualmente hay diversas teorías, unas basadas en los procesos orgánicos y otras en la genética, que intentan explicar satisfactoriamente el envejecimiento.

Desde el punto de vista biológico, una de ellas sugiere que la vejez se produce por acumulación de productos de deshecho, tanto en el interior de todas y cada una de las células, como en el organismo globalmente considerado; otra define que envejecemos porque con los años disminuye la capacidad de defensa del organismo frente a las agresiones que recibe.

Sabemos que el ser humano pasa en su vida por distintas etapas evolutivas: la infancia, la adolescencia, la madurez y la vejez. En todas estas etapas hay células que nacen y células que mueren; por tanto, podríamos decir que empezamos a envejecer en la infancia o incluso en la vida intrauterina, y podríamos afirmar que envejecemos desde el mismo momento de la concepción. En resumen, la vida es en todo momento un proceso dinámico.

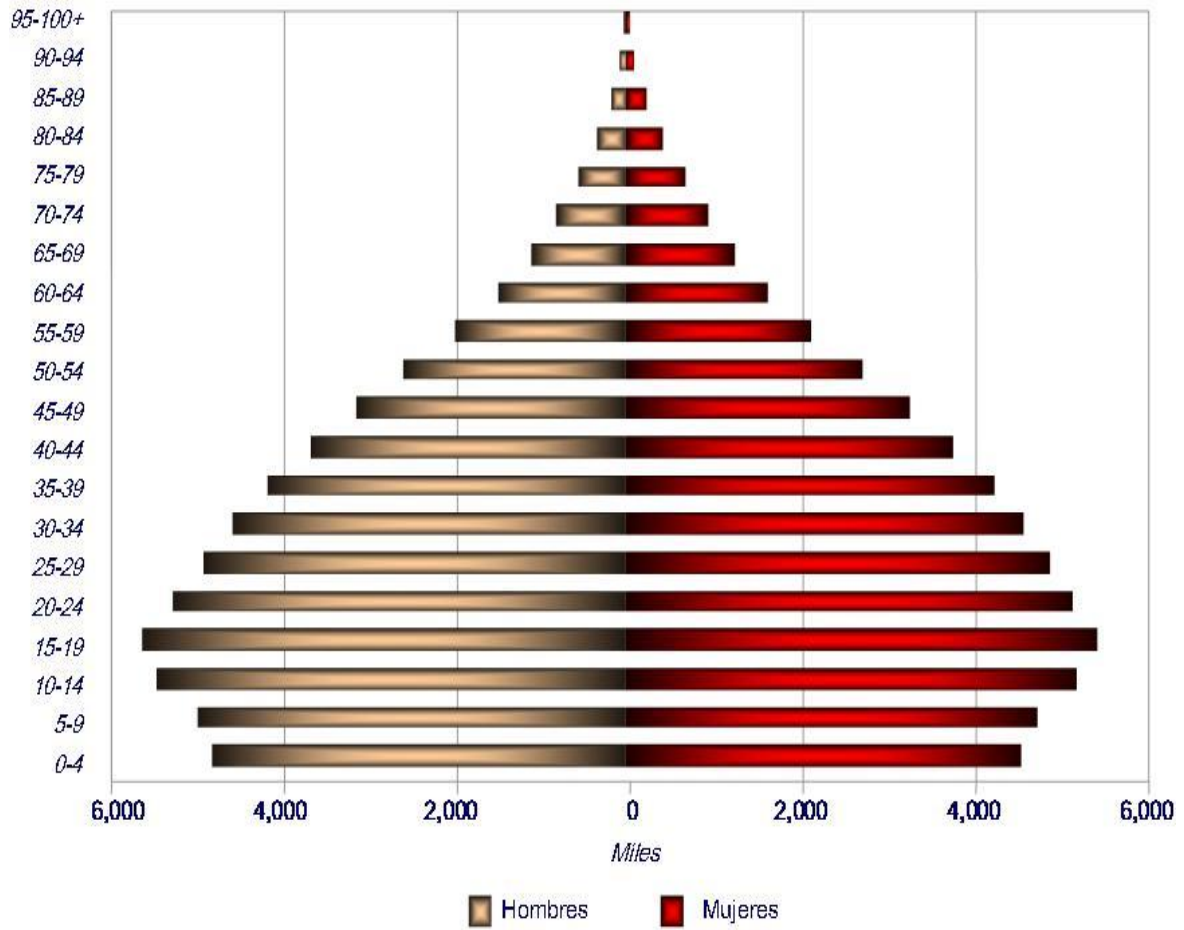
En la vejez hay un desequilibrio de signo negativo entre los procesos de anabolismo y catabolismo y, por consiguiente, la reconstrucción del organismo es cada vez más deficitaria. La imagen de un cuerpo de un Adulto Mayor es la de un cuerpo cansado, deteriorado, más lento, más torpe y menos bonito del que desearíamos conservar toda la vida. Pero un cuerpo envejecido es también un cuerpo lleno de sensaciones, emociones, sentimientos y necesidades (Burke M. Mary, 2005: 51-55).

1.3 Demografía

En México la vejez dejó de ser la experiencia de unos cuantos para convertirse en la cotidianidad de millones. Hoy la población mayor de 65 años asciende a poco más de cinco millones de personas. En 2050 los adultos mayores serán 32 millones y representarán 24.6% de la población. A diferencia de lo que ocurre con otros grupos de edad, la población de 65 años de edad y más está creciendo a una tasa anual de 2% y, de manera sorprendente, el ritmo de crecimiento de los mayores de 85 años se ubica entre 3 y 5% (Programa Nacional de Salud, 2007-2012).

Población 2010

Grupo de edad (años)



Fuente: Estimaciones CONAPO.

Programa Nacional de Salud, 2007-2012.

1.4 Cambios físicos en el adulto mayor

| HUELLAS DEL TIEMPO | |
|---------------------------|--|
| PELO | Se encanece y/o pierde |
| VISTA | Disminuye la agudeza visual y la habilidad de los ojos para enfoque a objetos. El cristalino se vuelve opaco y pueden aparecer las cataratas. |
| OIDO Y OLFATO | El oído pierde parte de su agudeza y se pierde el olfato. |
| DIENTES | Los dientes se desinsertan y caen, las encías disminuyen. |
| CEREBRO | Su peso disminuye en un 15% debido a la pérdida y desgaste neuronal, se reduce la memoria y producen alteraciones en las secreciones hormonales. En algunos casos aparecen demencias seniles causadas por una pérdida neuronal masiva o se daña un neurotransmisor, como la dopamina, y aparece la enfermedad del Parkinson. |
| PULMONES | El volumen de llenado pulmonar se reduce en un 45%. En el caso de los fumadores, se presenta disnea y problemas bronquiales. |
| CORAZÓN | El ritmo cardiaco disminuye un 35%. Los síntomas de cansancio son más acusados en edades más tempranas de la vida. |
| SISTEMA INMUNE | Se produce una especie de inmunodeficiencia latente, por lo que se reduce la capacidad para combatir las infecciones. |
| HÍGADO | Su peso disminuye un 37%. Los niveles de cortisol, regulador de la glucosa, aumentan provocando trastornos endocrinos como la diabetes. |
| RIÑONES | Su masa se reduce en un 35%. |
| FLUJO SANGUÍNEO | Las arterias coronarias se endurecen y presentan resistencia al flujo sanguíneo, por lo que éste se reduce en un 50%. |
| GÓNADAS | Los niveles de andrógenos y estrógenos disminuyen. A su vez, se reduce la libido sexual y se alarga el tiempo necesario para alcanzar el orgasmo. |
| MÚSCULOS | La masa muscular reduce del 20 al 50%. La pérdida de masa ósea, sobre todo en mujeres, puede llevar a la osteoporosis. Los huesos se vuelven más frágiles, por lo que son frecuentes las fracturas vertebrales y de cadera. Surgen también problemas en las articulaciones. |
| REFLEJOS | Disminuye un 15%. Se produce una reducción en la conducción y velocidad de los mensajes de SNC, con lentitud en los movimientos y en las reacciones a estímulos. |

| | |
|---------------|---|
| PIEL | Se arruga por una pérdida masiva de colágeno en su capa media. También se hace más fina y sensible a las agresiones externas, por ello es frecuente que sufra dermatitis. |
| ALTURA | Se reduce la talla en un promedio de 7.5 cm. y los hombros tienden a encorvarse |

FUENTE: Quintana, 2004:54-55

1.5 Aspectos psicológicos y emocionales en el adulto mayor.

Los cambios psicológicos los podemos dividir en dos grandes áreas:

1. Cognitivos: los que afectan la manera de pensar, así como las capacidades de tipo intelectual.

La atención es una función neuropsicológica que sirve de mecanismo de activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje, mediante operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica (Palliat J. 2002:94-96).

En su clasificación podemos distinguir 4 componentes: alerta, atención selectiva, atención sostenida y atención dividida.

- ✓ *Alerta:* es la capacidad de vigilancia que tiene el organismo para poder adaptarse y sobrevivir en un ambiente cambiante. Existen 2 tipos:
 - Alerta tónica: es la capacidad de sobresalto que se encarga del encendido cortical de manera involuntaria, cuando existe un estímulo potencialmente agresor, permite una respuesta fisiológica inmediata, y pone las demás capacidades intelectuales en marcha cuando el organismo las precisa.
 - Alerta física: es la capacidad de activación que se encarga de prepararnos psicológicamente para la acción. Nos predispone para orientarnos mediante un control voluntario.

- ✓ *Atención selectiva:* es la capacidad que nos permite seleccionar voluntariamente e integrar estímulos específicos o imágenes mentales concretas. Es el componente que consiste en categorizar las cosas y realizar un adecuado tratamiento de la información.
- ✓ *Atención sostenida:* es la capacidad de concentración que nos permite mantener el foco de la atención, resistiendo el incremento de fatiga a pesar del esfuerzo y de las condiciones de interferencia y distracción. Es un mecanismo complejo que implica la interacción de aspectos motivacionales más que cognitivos.
- ✓ *Atención dividida:* es la capacidad que nos permite alternar entre 2 o más focos de atención. Puede ser entre 2 estímulos diferentes, o entre un estímulo y una imagen mental.

En los adultos mayores la atención, sobretodo debe ser mantenida voluntariamente, disminuye. El comportamiento de la atención presenta cambios con la edad que se manifiestan en un declive en la tasa de exactitud en la detección de señales, que podría interpretarse como una disminución progresiva en el grado de vigilancia, manifestada en tareas que requieran atención mantenida.

El déficit en la atención selectiva se ha explicado por la dificultad de discriminación entre estímulos relevantes e irrelevantes, lo que significaría que se trata de un problema perceptivo.

Resulta muy importante prestar atención a las quejas subjetivas de los adultos mayores o sus familiares, referentes a problemas en la concentración, porque, usualmente, incluso entre el personal de la salud, se comparte el mito del declive intelectual en el adulto mayor, lo cual impide muchas veces una correcta valoración que podría permitir acciones de prevención o de rehabilitación temprana del deterioro cognitivo.

En los adultos mayores sanos el ejercicio de la atención tendrá un propósito preventivo, y bastará con pedirles que mantengan su atención de manera

voluntaria en las actividades que realizan, en su entorno, en señales simultáneas, que practiquen la lectura, el cálculo, estudien, escuchen música o realicen ejercicios físicos.

La percepción se encarga de la integración, del reconocimiento y de la interpretación de sensaciones que pueden venir de diferentes estímulos, y en dependencia del lugar del que provengan dichas sensaciones se clasifican en:

- Exterocepción: sensaciones que provienen del ambiente externo.
- Interocepción: sensaciones que provienen del ambiente interno.
- Propiocepción: sensaciones del propio cuerpo.

2. Los afectivos y de personalidad: los que afectan a la forma de sentir y expresar afecto y la forma de interpretar los hechos de la realidad. Hay procesos superficiales de comportamiento y otros vuelven a incidir como eco de lo que se denomina fondo de la personalidad:

Adaptación al medio, a la vejez: el niño y el adulto joven buscan una adaptación al medio, no la adaptación a ser niño o ser adulto joven, porque están en fase de crecimiento; en el caso del adulto mayor, la alternativa es morir prematuramente o envejecer, lo que supone doble esfuerzo: adaptarse al medio más hostil y con menor número de posibilidades para sus capacidades personales y vitales; y, un esfuerzo para adaptarse a la vejez como situación estable, con el cambio o desaparición del sentido de la vida propia.

- Cambios en la relación con los objetos anteriores: no se entiende por objeto lo inanimado, también a las personas; la persona que llega a este nivel de madurez, tiene que aceptar las realidades deficitarias: disminución de la memoria reciente y aumento de la memoria de evocación o nostalgia; reducción de la curiosidad intelectual, fatiga en el trabajo, disminución sensorial, motriz; todo esto perturba la vida habitual, y ahora tiene que crear una nueva comunicación y valoración para adaptarse a la nueva realidad; ha de dar a los objetos otro valor, otra dimensión; ha de buscar la

gratificación o salida a sus tensiones o encontrar otras formas o renunciar a ello.

Sus reacciones y conductas pueden ser variadas, pueden regresar a épocas anteriores (infantilismo) o superar lastres y lograr un nuevo equilibrio de fuerzas contrapuestas, cambió el compás, el baile también. Esto es claro en los cambios de carácter, de conducta, en las necesidades de dominio y auto-afirmación.

En la etapa anterior daba plenitud a sus necesidades afectivas, emocionales e instintivas; en la nueva etapa, las necesidades cambiaron y no le es posible hacer un mundo adecuado a sus necesidades y como los instintos y apetito siguen vivos, sólo le queda buscar o elegir nuevas reacciones a nivel profundo, ya sea limitando sus posibilidades o regresando a épocas infantiles.

- Rasgos psicológicos: se manifiestan rasgos que habían estado ocultos tras los mecanismos de una actividad creadora o de defensa, en ambos sexos, y la personalidad se vuelve frágil, vulnerable por los agentes físicos y por el medio social; las resistencias son menos enérgicas y los sentimientos pueden centrarse en el temor.

El esfuerzo del organismo es mayor para mantener el equilibrio, además internamente se puede sentir angustia de no ser capaz de realizar los esfuerzos impuestos por la vida, de no poder soportarlos, de no recuperar el equilibrio; en consecuencia, los rasgos de conducta y carácter pueden manifestarse negativamente.

Algunas manifestaciones negativas son:

- Aislamiento: se adopta actitud de ausencia con todo lo que sucede alrededor, solamente se adentra en la situación cuando algo afecta a sus intereses personales.
- Apegamiento a sus bienes: conserva todo, en la postura permanente de retener, ese comportamiento en el fondo es una regresión a etapas

infantiles, entrando así los mecanismos emotivos de la autoridad, poder, dominio, sentir que se es; es tratar de mantener la propia identidad; una explicación de por qué algunos padres no son capaces de compartir con sus hijos aun cuando sea conveniente. La fuerza del deseo de poseer es más fuerte que la lógica.

- Refugio en el pasado: al disminuir el proceso fisiológico y ser menor la memoria de fijación y aumentar la de evocación, la vida se llena de recuerdos; es una forma de revalorizar el pasado en el presente, el protagonista se siente joven al revisar hechos que le permiten acaparar la atención de los demás.
- Reducción de sus intereses: la vida le enseñó a ser realista y esto unido a la dificultad de asumir la complejidad de las nuevas opciones posibles, hacen que se limite el mundo al ámbito de lo que puede controlar; al tiempo que disminuye la capacidad de agresión, conserva los intereses que puede manejar y que suponen una fuente de satisfacción.
- Negarse al cambio: al enfrentarse con los esfuerzos de adaptación, aparece un temor consciente de rechazo al cambio y traslado a una nueva situación, lo que lleva a una depresión profunda porque los mecanismos de defensa para sobreponerse son limitados.
- Agresividad y hostilidad: cuando se presenta la necesidad de reacomodar a las personas y cosas, aparece como recurso y puede ser la única posibilidad de refugio para mantener intocable y estable el “yo”.

Tres emociones presiden la vida del ser humano: el miedo, la ira y la ternura; que en cada etapa de la vida adquieren diferentes matices, que se modifican en función del objetivo de la tendencia de cada una en el momento concreto.

En la infancia es egocéntrica, en la adolescencia es social y en la madurez es práctica. Lo importante para el equilibrio interno es armonizar la fuerza de la emoción con la compensación de la tendencia para una canalización adecuada.

Y esto se complica en la etapa de la adultez mayor porque existe:

- Miedo: como emoción es algo que se impone al adulto mayor, sin necesidad de planteamientos racionales que den explicación lógica a lo que siente, miedo a todo lo que pueda dañar la integridad física, tras años de lucha profesional para conseguir una estabilidad económica. Esto explica la previsión, ahorra cuanto puede, para protegerse a sí mismo o a su descendencia; además desea conservar el prestigio.

El adulto mayor teme que le quede poco tiempo: debe crear, debe proyectar realidades, ha de trascender y dejar huella; suele aparecer el temor al daño físico, como hipocondría que le hace estar atento a cualquier trastorno, teme excederse y no resistir un ritmo fatigante y reaparecen los temores adolescentes de hacer el ridículo, se afecta en su narcisismo.

- Ira: emoción básica, poco estudiada y muy mal tratada, adentra sus raíces en el conjunto de las emociones que la filosofía tradicional ha denominado virtudes o pulsiones irascibles que se vinculan a la agresividad.

En el adulto mayor la ira aparece cuando el mundo “lógico y ordenado”, que se ha construido tras años de lucha, se ve alterado por “algo” que no encaja; difícil de controlar porque nace en capas hondas del ser humano. Lo que la desata es aquello que le resulta ilógico, inesperado y carente de sentido, no es el dato objetivo lo que le molesta, sino el torbellino emotivo que remueve tal dato. La emotividad queda como desamparada, con peligro de desencadenar –otra vez- la agresión física o la verbal, porque son los modos aprendidos.

Es la explicación a conductas de crisis agresivas, protestas colectivas verbales, en una sociedad afectivamente mediocre y emotivamente envejecida; la cólera del adulto mayor se acrecienta ante su propio sentimiento de impotencia, frente a la gran máquina que impide sus sueños. No encuentra la salida en la creatividad y la originalidad, entonces vivirá en permanente cólera.

- Ternura: es la emoción más compleja y en la edad adulta se hace práctica, identificando lo práctico con lo pragmático, lo rentable, que da beneficio o

reporta una ventaja sin ser “interesada”, es más sosegada, agrisulce, como dar sin apenas esperar, lo que no le quita emotividad.

Aparece un amor incondicional, que sabe dar, quiere dar, que sabe renunciar sin angustia ni ira, éste es el carácter práctico; no es ternura sexualizada y erotizada, sino una ternura madura y coherente, precedida por el principio de la realidad y no por el del placer y del interés. No es puro egoísmo, tampoco altruismo total; no pocas veces buscará ser atendido, escuchado, comprendido y en otras demostrará que sabe atender, escuchar y comprender; resulta que está buscando, sin saber, un modo “práctico” de llenar su necesidad de ternura.

La ternura está implicada con el miedo, el adulto mayor ama y es tierno, aunque teme dominar y desea conquistar con la misma ternura. Puede canalizar su afecto hacia quienes le aseguren corresponder a su ternura.

Es un juego misterioso y enigmático que puede plantear tensiones conflictivas en el interior de la persona, al adentrarse en las zonas de identidad del “yo”. Y que si las supera, enriquecerá enormemente a la personalidad de quien la vive, será encontrar una nueva adaptación, un reajuste vital que logre un impulso más maduro, hondo y tierno.

Es cierto que la madurez proporciona estabilidad, como también aparecen tensiones al buscar una nueva forma de vida y que tienen raíces profundas con tres manifestaciones psicológicas: tensión por frustración, agresividad compensatoria y adaptación progresiva.

La tensión por frustración se refiere a que todo ser humano está en crecimiento continuo y cualquier interrupción en este proceso lleva a una tensión, o un desajuste; esta interrupción puede ser por la presencia de un obstáculo físico, psíquico o social, o puede ser un conflicto derivado de la presencia de varios deseos de incentivos que no se alcanzan al mismo tiempo; esa tensión lleva a la frustración por no conseguir lo buscado.

La presencia de obstáculos obliga a buscar caminos de superación: el transitorio uso de mecanismos como defensas inconscientes, la aceptación más o menos soportada o el más sano, el de la adaptación equilibrada y eficaz.

1.6 Aspectos sociales en el adulto mayor.

1.6.1 Bienestar en el adulto mayor.

Ryan y Deci (2006) han propuesto una organización de los diferentes estudios del bienestar en dos grandes tradiciones, una relacionada fundamentalmente con la felicidad, la tradición hedónica, y otra ligada al desarrollo del potencial humano y la realización de aquello que podemos ser, definida como la tradición eudaimónica. Otros autores han extendido los límites de esta clasificación y han utilizado el constructo bienestar subjetivo (que corresponde a la tradición hedónica) y el constructo bienestar psicológico como representante de la tradición eudaimónica.

Estos mismos autores refieren que estas corrientes de investigación se relacionan conceptualmente, pero son empíricamente distintas. La visión que tiene más tradición dentro del estudio científico es la tradición hedonista, desde la cual se asocia al bienestar a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas. Respecto a la tradición eudaimónica, cuyo representante es el bienestar psicológico, se trata de una tradición más reciente, a la cual le interesa investigar el desarrollo y crecimiento personal, los estilos y maneras como las personas enfrentan los retos vitales y el esfuerzo e interés por conseguir lo que deseamos.

Desde una perspectiva más amplia y por ser una de las autoras que más ha trabajado el tema, Carol Ryff se refiere al bienestar psicológico como el esfuerzo por perfeccionar el propio potencial, de este modo tendría que ver con que la vida adquiriera un significado para uno mismo, con ciertos esfuerzos de superación y conseguir metas valiosas; la tarea central de las personas en su vida es reconocer y realizar al máximo todos sus talentos. Subrayó la responsabilidad del individuo de encontrar el significado de su existencia, incluso frente a realidades ásperas o adversas.

Para explicar el bienestar psicológico, Ryff formula un modelo multidimensional del desarrollo personal donde especifica seis dimensiones:

Auto aceptación.- es uno de los criterios centrales del bienestar y se relaciona con experimentar una actitud positiva hacia sí mismo y hacia la vida pasada.

Relaciones positivas con otros: se define como la capacidad de mantener relaciones estrechas con otras personas, basadas en la confianza y empatía.

Autonomía: necesaria para poder mantener su propia individualidad y autonomía personal, relacionada con la autodeterminación, las personas con autonomía saben enfrentar de mejor manera la presión social.

Dominio del entorno: capacidad individual para crear o elegir ambientes favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias.

Propósito en la vida: las personas necesitan marcarse metas, definir sus objetivos, que le permitan dotar a su vida de un cierto sentido.

Crecimiento personal: se relaciona con el desarrollo de las potencialidades, seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus potencialidades.

1.6.2 El bienestar psicológico en la vejez

Lo que interesa es conocer la trayectoria evolutiva del bienestar psicológico, con especial atención en los últimos años de vida, los cuales se saben difíciles para las personas mayores, por estar caracterizados por pérdidas, amenazas y adaptación a nuevos estados psicosociales y físicos; estos acontecimientos pueden limitar la vida en términos cuantitativos y cualitativos. A pesar de estos impedimentos los Adultos Mayores se adaptan a todos estos cambios, replanteándose sus metas y desafíos, adaptándolas a sus nuevas capacidades sociales, psicológicas y físicas; es por esta razón que muchos de ellos informan altos niveles de bienestar, pues sus metas ya no son las mismas de hace diez años, lo que disminuye la frustración al fracaso cuando no se pueden llegar a concretar las metas propuestas a esta edad.

1.6.3 La autoestima en el adulto mayor.

La autoestima es un importante indicador de salud y bienestar, se define generalmente como una actitud o sentimiento positivo o negativo hacia la persona, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo.

La importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida. En algunas investigaciones se afirma que ésta va disminuyendo durante la edad madura y la vejez.

Para los adultos mayores, la autoestima es clave, debido a que la persona debe valorar sus habilidades y características, las que han presentado cambios objetivos en comparación con años atrás. La dificultad radica principalmente en el contexto en el cual se realiza esta evaluación, ya que el anciano se encuentra en una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la ancianidad (Moragas, 2004:115-119).

Se sabe que entre los aspectos más importantes de la autoestima se encuentran todas aquellas conductas promotoras de salud, las que actuarían por medio de un efecto directo a través del enfrentamiento a retos y amenazas, o indirectos a través del afrontamiento al estrés, por tal motivo, es trascendental mantenerlos y promocionarlos para lograr niveles de bienestar adecuados, con adultos mayores participando activamente en la consecución de tareas relacionadas principalmente con su estado de bienestar y salud.

En resumen, la autoestima es uno de los elementos psicológicos más importantes en la valoración del adulto mayor, sobre la cual se requiere especial atención y fortalecimiento en el trabajo diario con el anciano. Además se debe estimular la

investigación al respecto para conocer cuál es la realidad en nuestro país y de acuerdo a nuestras características socioculturales (Moragas, 2004: 120).

1.7 La autoeficacia en el adulto mayor

Autoeficacia.- es el conjunto de creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros o resultados.

La importancia de la autoeficacia radica en que hace referencia a la confianza que tiene la persona en sus capacidades al lograr los cursos de acción necesarios, a fin de alcanzar los resultados deseados y determinará la cantidad de esfuerzo para realizar una conducta.

Para los adultos mayores la autoeficacia conlleva un significado mucho más allá de la superación de tareas del orden físico, su importancia se asocia al sentimiento de poder ser capaces de participar en la solución de conflictos que surgen en la vida cotidiana, aportando soluciones, todo esto les permite crear estrategias de afrontamiento necesarias para hacer frente a las adversidades.

Los adultos mayores que no perciben niveles adecuados de autoeficacia tienden a mostrar una baja autoestima y sentimientos negativos sobre sus capacidades, ya que no son capaces de solucionar aquellos estresores propios de la ancianidad; es más difícil para ellos motivarse con las capacidades que ahora poseen y así lograr sus metas. En consecuencia, realizan una valoración negativa de su vida, de modo opuesto las personas mayores con percepción de autoeficacia facilitan la cognición de las habilidades propias, actuando con pensamientos motivadores de la acción (Pérez, 2000: 509-513).

1.8 El adulto mayor y la familia

Se considera una familia cuando dos o más personas están unidas por lazos consanguíneos o por vínculos legales, como el matrimonio o la adopción, que interactúan y cada una cumple su papel. Existen dos tipos de familia:

Familia nuclear.- constituida por padres e hijos.

Familia ampliada.- Está constituida por una familia nuclear e incluye a los abuelos y un número variable de parientes.

La familia es una institución que cumple una importante función social como transmisora de valores éticos, culturales e igualmente juega un decisivo papel en el desarrollo psicosocial de sus integrantes.

Actualmente la familia es una de las instituciones que más cambios ha presentado en los últimos años a diferentes niveles: en la imagen, en los aspectos legales, en relaciones de pareja, en relaciones de padres e hijos y entre otras generaciones, en la dinámica familiar y en los diferentes papeles que asume cada individuo.

En otros tiempos, la familia (padre, abuelos e hijos) vivían bajo el mismo techo y este motivo proporcionaba un ambiente de crianza que duraba toda la vida, en el que destacaban los sentimientos de unión y solidaridad entre sus integrantes, y el respeto y la defensa del adulto mayor. En este modelo el hombre tenía el rol de sustentador de la familia y la mujer era la responsable del hogar, de la formación de los hijos y del cuidado de los adultos mayores, niños y enfermos.

Ciertamente este modelo tradicional está cambiando, el adulto mayor no suele convivir bajo el mismo techo que sus hijos y nietos, porque actualmente existen diferentes motivos que separan a las diferentes generaciones familiares:

- El sentido de unión familiar y apoyo se está transformando y está dando paso a la ruptura e independencia familiar.
- Los cambios en la dinámica familiar, en los roles de los integrantes y en las relaciones entre familiares.
- Los problemas de espacio en las viviendas, sobre todo en las grandes ciudades.

Cada vez más, el ambiente familiar cercano está desapareciendo y están aumentando las distancias entre los diferentes miembros.

La familia es el sistema o unidad ambiental que da sentido de pertenencia al individuo desde el momento de su nacimiento; es el ambiente inmediato del sujeto con el cual tiene sus primeras transacciones desde el inicio de la vida. Así como todos los seres humanos forman parte de una familia e influyen en ella, ésta también influye en la percepción que la persona desarrolla de sí misma y de su entorno. Este grupo social desempeña una función determinante en el proceso salud-enfermedad de la mayoría de las personas. Por otra parte, la familia tiene que desempeñar dos tareas esenciales, apoyar el desarrollo del individuo y proporcionar un sentimiento de pertenencia constructiva. Además, debe ser el lugar donde sus integrantes encuentren amor, comprensión y apoyo.

En referencia al rol determinante de la familia para el desarrollo social y el bienestar de sus miembros, se plantea que: “la familia es la que proporciona los aportes afectivos y sobretodo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus integrantes”. Ella desempeña un rol decisivo en la educación formal e informal, es en su espacio donde son absorbidos los valores éticos y humanísticos y donde se profundizan los lazos de solidaridad.

El envejecimiento es uno de los fenómenos que afectan al modelo familiar. La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que

con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos (Rodríguez, 2011: 42-47).

1.9 El adulto mayor y la sociedad.

Todo parece indicar que a su paso por las diferentes edades, el ser humano va cambiando de papeles; en la vejez, el status que juega dentro de su círculo social varía de acuerdo a sus condiciones sociales, psicológicas, físicas y económicas.

Sin embargo, el status del adulto mayor varía conforme a lo que la sociedad le exija o esté dispuesta a darle, como el jubilarse a cierta edad, aún cuando su condición física y mental sea buena, o disfrutar de oportunidades y privilegios por el simple hecho de tener cierta edad valorada como avanzada.

El papel social sólo existe cuando se cumplen los deberes y derechos que implica. Cuando la persona alcanza el derecho de jubilación, pareciera lógico que tuviera el deber de seguir produciendo en la medida de sus capacidades o, por lo menos, el de transmitir su experiencia a los más jóvenes. Pero en realidad no sucede así, lo usual es que al dejar el trabajo el adulto mayor entre en desventaja ya que pierde status laboral. Este tipo de status declina aún más, a la vez que afecta otros status, porque con bastante frecuencia el monto de las pensiones es imperceptible y no se tienen en cuenta procesos inflacionarios ni el aumento en el costo de vida. El envejecimiento hace que el individuo dependa otra vez tanto de la familia como de la sociedad. La situación social y familiar interaccionan y dependen una de otra. Recursos, jerarquía, función social, estado físico, son determinantes. En la decadencia de la estructura familiar y la estructura social, los viejos sufren buena parte de las consecuencias. En palabras de Vázquez: "(...) los ancianos se encuentran en una búsqueda de una alternativa cultural que revierta los efectos que la sociedad y ellos mismos, intencionadamente o no, han creado, descalificando, discriminando, marginando". Para lograr este urgente y necesario cambio es preciso atender a Neugarten, cuando señala que no se trata

de negar el envejecimiento, sino de conseguir la libertad de oportunidades *devolviendo la sociedad a los viejos y los viejos a la sociedad* (Rodríguez, 2011: 42-44).

1.9.1 Apoyo social

Aunque con inclinaciones políticas, muchos programas sociales se dirigen a personas de edad avanzada; no obstante, pese a que hay algunas ventajas, como la pensión a las personas mayores, las credenciales preferenciales y algunas otras en las áreas urbanas, la gran mayoría de los servicios sociales discrimina a los adultos mayores.

Si el adulto mayor sólo recibe la asistencia social que necesita y no tiene la oportunidad de compensar la ayuda de algún modo, esto genera el sentimiento de ser una carga para la sociedad o para un ser querido. Por lo regular la primera fuente de apoyo es un familiar, como el cónyuge, hijos, hermanos y nietos. Sin embargo, la estructura familiar cambia al morir algunos de sus integrantes, o cuando se mudan a otro país o enferman. En consecuencia, otras fuentes de apoyo son importantes. Pueden ser vecinos, amigos cercanos, compañeros, así como miembros de los grupos de adultos mayores en las iglesias.

Con frecuencia, la participación religiosa se incrementa al aumentar la edad. La iglesia se convierte en la fuente primaria de apoyo social para algunos adultos mayores. Este medio puede buscarlo un clérigo, voluntarios capacitados, o bien una enfermera voluntaria que trabaje en la parroquia además de dar enseñanza y apoyo, coordinar voluntarios y enviar pacientes a agencias comunitarias, una de las principales funciones de las enfermeras parroquiales es asegurarse de que sean atendidas las necesidades de cada paciente (Rodríguez, 2011: 46-49).

2 Derechos del adulto mayor

Los derechos del adulto mayor se crearon para mejorar su calidad de vida y rescatar lo importante que son nuestros ancianos en la sociedad, de los cuales se puede aprender de su experiencia de vida.

En México, existe la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores y los aspectos que aborda son:

- Una vida libre sin violencia.
- Respeto a su integridad física, psicoemocional y sexual.
- Protección contra toda forma de explotación.
- Recibir protección.
- Vivir en entornos seguros, dignos y decorosos, que cumplan con sus necesidades y requerimientos y en donde puedan ejercer libremente sus derechos.
- Recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial que los involucre, ya sea en calidad de agraviados, indiciados o sentenciados.
- Recibir el apoyo de las instituciones federales, estatales y municipales en el ejercicio y respeto de sus derechos.
- Recibir asesoría jurídica en forma gratuita en los procedimientos administrativos o judiciales en que sea parte, y contar con un representante legal cuando lo considere necesario.
- Protección de su patrimonio personal y familiar y, cuando sea el caso, testar sin presiones ni violencia.
- Tener acceso a los satisfactores necesarios: alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.
- Tener acceso preferente a los servicios de salud.
- Recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como todo aquello que favorezca su cuidado personal.
- Recibir de manera preferente el derecho a la educación.

- Gozar de igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o de otras opciones, que les permitan un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva, tanto tiempo como lo deseen.
- Recibir protección de las disposiciones de la Ley Federal de Trabajo.
- Participar en la vida cultural, deportiva y recreativa de su comunidad.
- Ser sujetos de programas de asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia.
- Ser sujetos de programas para contar con una vivienda digna y adaptada a sus necesidades.
- Tener acceso a una casa hogar, albergue y otras alternativas de atención integral, si se encuentra en situación de riesgo o desamparo.
- Participar en la planeación integral del desarrollo social, a través de la formulación y aplicación de las decisiones que afectan directamente a su bienestar, barrio, calle, colonia, delegación o municipio.
- Asociarse y conformar organizaciones de personas adultas.
- Participar en procesos productivos, de educación y capacitación de su comunidad.
- Formar parte de los diversos órganos de representación y consulta ciudadana.

Por lo tanto, es muy importante dar a conocer estos derechos, y que la gente esté conciente que deben respetarlos y aplicarlos para que los adultos mayores tengan una mejor calidad de vida.

Capítulo 2

CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR

Los seres humanos, como todos los seres vivos, han tenido siempre la necesidad de cuidados, por lo cual cuidar es y será siempre indispensable no sólo para la vida de los individuos, sino también para la subsistencia de todo grupo social.

2.1 CONCEPTOS GENERALES

CUIDAR.-son las acciones de supervivencia común a todas las especies del reino animal (Diccionario de medicina, Mosby: 98).

CUIDAR.- es un acto de vida, en el sentido de que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta continúe y se reproduzca (Cárdenas, et al., 2010:85).

CUIDADO.- está dirigido a satisfacer necesidades de supervivencia (comer, beber, respirar, eliminar, descansar, proteger, entre otras).

El cuidado es crucial en la experiencia humana. Cada persona cuida de sí misma y apoya a quien depende de ella. La capacidad de cuidar es natural, los cuidados existen desde el comienzo de la vida, ya que es necesario “ocuparse” de la vida para que ésta pueda persistir.

Los seres humanos, como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, dado que es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que ésta continúe y se desarrolle y, de ese modo luchar contra la muerte: la muerte del individuo, del grupo, de la especie. Es decir que, durante millares de años, los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra para

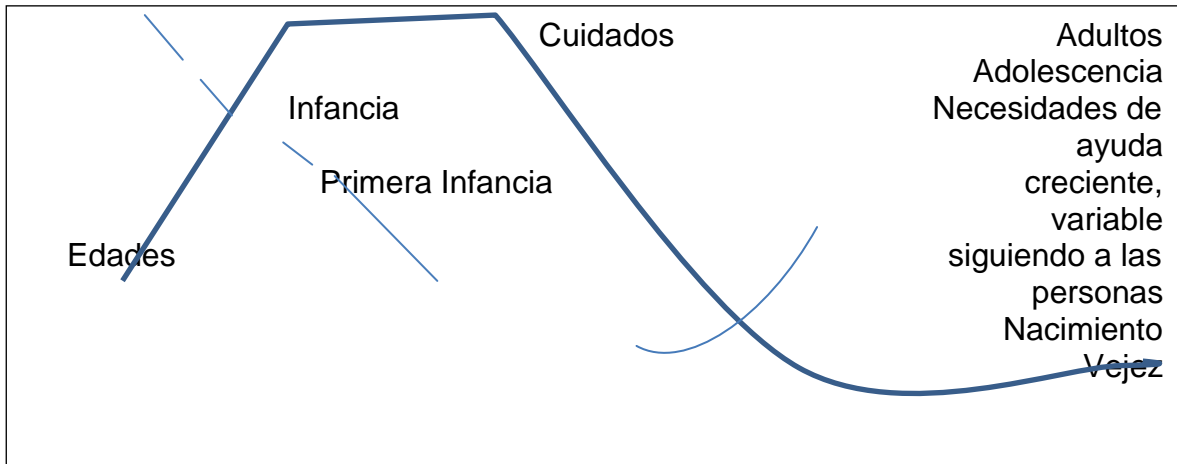
asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la supervivencia del grupo. Por lo cual es en la familia en donde se inicia el cuidado mutuo, este grupo social desempeña una función determinante en el proceso salud-enfermedad de la mayoría de las personas. Por otra parte la familia tiene que desempeñar dos tareas esenciales, apoyar el desarrollo del individuo y proporcionar un sentimiento de pertenencia constructiva. Además, debe ser el lugar donde sus integrantes encuentren amor, comprensión y apoyo.

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.

Cuidar es un acto individual que uno se da a si mismo cuando adquiere autonomía, pero del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona, temporal o definitivamente y ayuda para asumir sus necesidades vitales. Esto ocurre en todas aquellas circunstancias donde la insuficiencia, la disminución, la pérdida de autonomía están ligadas a la edad. La curva de los cuidados, necesariamente proporcionados por otra persona que no sea uno mismo, es inversamente proporcional a la curva de la edad, disminuyendo las necesidades de cuidados desde el nacimiento a la primera infancia, y luego a ésta y a la adolescencia.

En la edad adulta se pueden llegar a recibir cuidados en determinadas circunstancias, pero estas mismas personas serán proveedoras de cuidados, aportarán su contribución por medio de la familia y del ejercicio profesional, y todo esto ocurre no sólo en las profesiones del ámbito de la salud. Esta curva varía según las personas y los medios:

CURVA DE EVOLUCION DE LA NECESIDAD DE CUIDADOS EN FUNCION DE LA EDAD.



Fuente: Colliere, 2009: 212.

Esto ocurre todavía en algunos acontecimientos de la vida como la maternidad o el nacimiento, que requieren una ayuda concreta; también cuando una persona o un grupo se encuentran en crisis. Estos acontecimientos tendrán por sí mismos consecuencias y persecuciones según el periodo de edad en el que ocurran.

2.2 Teoría del cuidado.

Desde el siglo XIX, la profesión de enfermería comienza a tener una interrelación con la práctica médica; desde este punto de la historia el cuerpo del ser humano pasó a ser objeto del médico y el ambiente del enfermo a la práctica de enfermería. A partir de allí se desarrollaron los *conceptos dominantes* de la disciplina: persona, entorno, salud y la disciplina de la enfermería. Es cuando las teóricas en enfermería proponen el concepto de cuidado como aquella relación existente entre el cuidador – como la persona que entrega cuidado- y la persona cuidada, componentes claves de esta interacción (Quintero, 2000:184).

2.3 Teoría del cuidado humano de Jean Watson

Jean Watson, destacada teórica contemporánea de enfermería, inició su carrera de enfermería en la Escuela de Enfermería Lewis Gale y finalizó sus estudios de pregrado en 1961. Continuó su formación y obtuvo un *Bachelor of Science* en Enfermería en 1964 en el *Campus* de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 en el *Campus* de Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973 en la Graduate School del *Campus* de Boulder.

La teoría de Watson está respaldada en el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow (Existential advocacy & philosophical foundations of nursing, 1980) y Yalom (Ten curative factors, 1975); Walker atribuye el énfasis de la Teoría en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto, a la postura de Carl Rogers (1961) (On Becoming a person an A way of Being, 1980), Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

La doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”

(http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson).

El cuidado, entendido por algunas autoras, es la acción encaminada a hacer algo por alguien, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar

dificultades propias de la vida”, es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar, tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio.

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker (http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson).

Premisa 1. “El cuidado y la enfermería han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión se ha logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales – transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico (Quintero, 2000:184).

2.4 El campo de acción de los cuidados de enfermería.

Hace más de 100 años Florence Nightingale demostró, en las enfermeras militares de Scutari, y más tarde en el hospital de St. Thomas en Londres, que distribuir medicamentos y curar heridas no basta para asegurar la supervivencia de los enfermos, sino que hay que poner en marcha todo aquello que mueve su energía, su potencial de vida. Por lo cual Florence Nightingale determina el campo de competencias del cuidado de enfermería, tanto a domicilio como en el hospital. La acción de enfermería se centra por una parte en todo aquello que mejora las condiciones que favorecen el desarrollo de la salud para prevenir y limitar la

enfermedad, y por otra, todo aquello que revitaliza al ser humano cuando está enfermo.

El campo de acción de la enfermería está situado en el punto de unión de todo lo que moviliza las capacidades de vida en relación con las incidencias de la enfermedad. Las competencias de enfermería tienen como finalidad movilizar las capacidades de la persona y de su entorno para compensar los daños ocasionados por la enfermedad, y suplirlas si estas capacidades son insuficientes.

La competencia de la enfermería se basa en diferenciar todo aquello que parece indispensable para mantener y movilizar la vida de alguien, buscando los medios más adecuados para conseguirlo. Cuando no hay enfermedad, defecto físico o accidente, pero existen acontecimientos o dificultades que exigen recurrir a una ayuda exterior, el campo de acción de la enfermera se centra en desarrollar y movilizar las capacidades de la persona, de la familia y de su entorno, para hacer frente al acontecimiento, resolver la dificultad intentando que sea competente, que sepa utilizar los recursos afectivos, físicos, sociales y económicos de los cuales se dispone (Colliere, 2009: 260-269).

2.5 Cuidado de enfermería y ética del cuidado.

En enfermería, el término cuidado se ha empleado de manera creciente desde la década de los sesenta del siglo pasado hasta nuestros días. Existen diferentes connotaciones en relación con el cuidado.

El cuidado de enfermería tiene como fin dar respuesta definitiva a los problemas de la persona, utilizando procedimientos comunicativos y participativos que permitan interactuar en condiciones de realidad. La participación de la enfermera en todas las etapas del cuidado 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.

El personal de enfermería es hábil en reconocer y afirmar el cuidado en sí mismo y en los demás, por tanto, brinda conocimientos expertos sobre el significado del ser humano, su respuesta es única y total dentro de cada situación, cada vez que expresa 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.

2.6 Contribución de enfermería al bienestar en los adultos mayores

Para nuestra profesión es importante conocer la percepción del bienestar en las personas mayores, ya que conociendo la situación real que viven, se puede intervenir en la relación de este grupo de la sociedad en forma integral, con el propósito de tener adultos mayores con una alta autoestima, con aspiraciones de vivir, con un alto índice de responsabilidad de su cuidado, grados de independencia elevados, siendo personas mayores activas y participativas dentro de la sociedad. Razón por la cual, Enfermería enfrenta un nuevo escenario donde se resta importancia a la cantidad, para favorecer la calidad de vida humana: aliviar síntomas, mejorar el índice de funcionalidad, conseguir mejores relaciones sociales, mantener la autonomía del paciente, promover motivación, entre otros.

De este modo, los profesionales de la salud deben fortalecer y fomentar, a través del cuidado y la educación, todas aquellas acciones dirigidas al fortalecimiento de las actividades de autonomía e independencia en el anciano.

El personal de enfermería está constantemente satisfaciendo y restableciendo el bienestar de las personas sanas y enfermas, a través del cuidado, que es lo que caracteriza a la disciplina de enfermería. Para Leininger el cuidar es la esencia de enfermería y es el modo de lograr salud y bienestar. No debemos olvidar a Peplau, quien se refiere a enfermería como un proceso altamente significativo, terapéutico e interpersonal, tanto para el paciente como para la enfermera. Ella hizo hincapié en la importancia que tiene la enfermera dentro del equipo de salud, pues somos nosotras las que pasamos mayor parte del tiempo con los pacientes, en una interacción recíproca entre el paciente y la enfermera.

El cuidado del adulto mayor requiere incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende; entonces la intervención de enfermería va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de éstos.

Todo lo anterior obliga a reflexionar sobre el papel que juega enfermería en torno a la percepción del sentirse bien y al desarrollo de las potencialidades humanas, ya que todas nuestras actividades (educativa, administrativa, asistencial y de investigación) van dirigidas a favorecer, desarrollar y restablecer el bienestar del individuo, sin olvidar la capacitación continua que deben realizar las enfermeras que trabajan con adultos mayores.

Cuidados de Enfermería en el TRIAGE a pacientes adultos mayores.

Como personal encargado del servicio del TRIAGE estamos obligados a brindar una atención de calidad a todo paciente que solicite los servicios.

Para señalar el papel de enfermería en el TRIAGE es necesario considerar la articulación de varios elementos y definir las competencias profesionales con que debe contar en términos de saber conocer, saber hacer y saber ser, conocimientos, habilidades, experiencia y actitudes.

En cuanto a conocimientos, la enfermera debe TENER EN CUENTA la organización y funcionamiento del servicio de urgencias, su plataforma estratégica, la ubicación del área del TRIAGE, el recurso humano, equipos y materiales, las áreas que lo conforman, la distribución de los turnos, los registros, los servicios de apoyo, así como las normas, manuales y protocolos del servicio de urgencias.

Es indispensable que el personal de enfermería tenga conocimientos claros y actualizados del perfil epidemiológico de los pacientes que ingresan o solicitan

atención en el servicio de urgencias, así como la fisiología y patología de las alteraciones más frecuentes para dar atención o cuidado específico, de calidad y calidez.

La enfermera RESPONSABLE del TRIAGE, a la llegada del paciente deberá tener la paciencia necesaria para que el usuario se incorpore, ya que como se mencionó anteriormente, el adulto mayor requiere de tiempo y espacio para poder desarrollar alguna actividad por mínima que sea, hay que brindar confianza para poder realizar la recolección de datos y el motivo por el cual asiste al servicio, todo paciente debe ser tratado con respeto, una vez que queda claro el motivo se decide el destino del paciente.

Como resultado de nuestras intervenciones tendremos un mayor número de adultos mayores CONFIADOS, con las herramientas necesarias para enfrentar acontecimientos estresantes propios de la edad, ACEPTANDO Y adhiriéndose a sus tratamientos, mostrando actitudes de cuidado y estrategias de afrontamientos necesarias para aquellos cambios físicos o psicológicos propios de la edad. Los adultos mayores promocionarán conductas positivas entre sus pares, hecho que los hará vivir con el sentimiento de que son capaces de contribuir al desarrollo y al fortalecimiento de la familia y la sociedad (Staab, 1998: 28-30).

Capítulo 3

TRIAGE

En la atención de pacientes múltiples, el personal de salud tiene que enfrentarse a decisiones inherentes a la prioridad de cuidados y transportación de pacientes. En este capítulo se revisan los orígenes de los sistemas de clasificación y algunos de los sistemas actualmente en uso para optimizar el cuidado de víctimas múltiples.

TRIAGE.- es el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado; el paciente es clasificado de acuerdo con prioridades (Cook S, 2003: 889-894).

TRIAGE.- es el método de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Esta definición contempla el triage como un proceso dinámico, con capacidad de adaptación a factores cambiantes, incluso dentro de una misma institución (número de pacientes, hora del día, disponibilidad de recursos, etc.) (American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support. 2007: 23-26).

La palabra "*triage*" proviene del vocablo francés "*trier*", cuyo significado es clasificación o selección y se utilizaba básicamente para el área agrícola. Su uso en la terminología médica es relativamente reciente y hoy día, es aceptada a nivel mundial.

Desde el inicio de los sistemas de atención de urgencias y más aún, desde los albores de la civilización moderna, se presenta la necesidad de calificar a los pacientes para elegir el tipo de atención médica que necesitan y el medio de transporte para llevarlos a las instalaciones de salud.

La atención masiva de víctimas, impone a los sistemas de salud un reto difícil de enfrentar, por la complejidad de factores de índole social, político, económico y ético, implicados en la toma de decisiones relacionadas con la óptima y oportuna

atención médica que cada paciente requiere. Ante interrogantes como: ¿Qué paciente debe recibir primeramente auxilio?, ¿Cuál paciente no tiene que ser reanimado?, ¿En qué hospital debe recibir atención cada paciente? y otras igualmente delicadas, surge como una necesidad establecer previamente, criterios para dar la mejor respuesta a eventos que ponen en jaque la capacidad resolutive inmediata de los sistemas de salud.

Para lograr un aprovechamiento óptimo de los recursos humanos, materiales y financieros de un sistema coordinado de atención de urgencias, es necesario que el personal tenga un alto grado de responsabilidad en la evaluación, selección y clasificación de pacientes, de lo cual depende la prioridad de atención, el medio de transporte a utilizar y el hospital receptor.

3.1 Antecedentes históricos

Las guerras napoleónicas, básicamente la de Speyer en 1867, sientan las bases de los sistemas de selección y clasificación de pacientes. El barón Dominique Jean Larrey, jefe médico de las tropas, recibe del Emperador Napoleón Bonaparte una orden simple, pero controvertida: *"Los soldados que no tengan capacidad de recuperarse, deben dejarse en el frente de batalla, sólo deben llevarse al hospital aquellos que puedan restablecerse"*.

Para lograr este propósito entrena al personal militar sanitario en la identificación de lesiones y les proporciona carrozas tiradas con caballos, recubiertas de pelo de crin de caballo, lo que reduce la incomodidad, favoreciendo el traslado de los soldados con potencial de recuperación al puesto médico para recibir los cuidados por parte de los médicos. En la actualidad los sistemas de selección y clasificación son muy variados y en ocasiones, complejos en su aplicación.

3.2 Código internacional de colores

Todos los sistemas de clasificación que han sido desarrollados, tienen como fundamento categorizar a los pacientes para decidir su prioridad de atención médica prehospitalaria, transportación, tipo de unidad hospitalaria receptora y atención médica definitiva. Con la finalidad de hacer más objetivos los sistemas, internacionalmente se ha adoptado un código de colores que, independientemente del sistema que utilicemos, dividirá a los pacientes en cuatro categorías:

| CODIGO INTERNACIONAL DE COLORES | | |
|---------------------------------|-----------|---|
| COLOR | PRIORIDAD | DEFINICIÓN |
| ROJO | UNO | Pacientes críticos, potencialmente recuperables, que requieren atención médica inmediata |
| AMARILLO | DOS | Pacientes graves que requieren atención médica mediata |
| VERDE | TRES | Pacientes con lesiones leves, que puede postergarse su atención médica sin poner en riesgo su integridad física |
| NEGRO | CERO | Pacientes con lesiones mortales por necesidad o fallecidos en el lugar |

Fuente: American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support. 2007: 23-26.

Se ha estudiado la posibilidad de incluir un color azul, que se aplicaría a los pacientes potencialmente contaminados con radiaciones, materiales químicos o biológicos y acompañaría como una subcategoría a cada color, de la siguiente manera: rojo-azul, amarillo-azul, verde-azul, negro-azul. Esta propuesta aún se está analizando y por el momento no es de aplicación internacional.

3.3 Etapas del triage

Una pregunta constante de los sistemas de atención de urgencias es ¿Dónde se debe hacer TRIAGE?, la respuesta es contundente: en todos los escalones o enlaces de la atención médica, tantas veces como sea necesario. Es preciso establecer que el TRIAGE es un proceso dinámico y por ello, los responsables de efectuarlo deben estar alerta ante las condiciones cambiantes de los pacientes y de la propia emergencia que puede sustancialmente modificar la respuesta final. En una forma esquemática, podemos establecer las siguientes etapas de TRIAGE:

- **Triage de campo:** que se realiza en la propia escena de la emergencia, en el lugar designado para este fin por el responsable del sistema de comando en incidentes. En este puesto de triage, un técnico en urgencias médicas nivel avanzado, seleccionará y clasificará a los pacientes, efectuando el etiquetado de cada uno, de acuerdo al código de colores. En este lugar se inicia la estabilización del paciente y se le prepara para su transporte, sobre la base de su prioridad, a sus lesiones, a los medios disponibles y a la unidad hospitalaria receptora.
- **Triage en la sala de urgencias:** en algunos casos se sugiere incluso, se destine un área previa a la entrada de urgencias para regular el flujo de pacientes. El responsable del TRIAGE en este sitio debe ser un médico cirujano ampliamente capacitado y con experiencia en el manejo masivo de víctimas. En esta etapa, además de priorizar las lesiones, se debe decidir a qué área hospitalaria se destina al paciente; quirófano, terapia intensiva, observación, etc.
- **Triage hospitalario por áreas:** esta etapa nuevamente reclasifica los pacientes que han sido asignados a un área para optimizar los recursos. La responsabilidad del TRIAGE en cada área del hospital debe ser el médico responsable de cada una de ellas. Por ejemplo, los destinados a cirugía deben ser evaluados por el jefe de cirugía quien decide por prioridad quién o quiénes ingresan al quirófano. De la misma forma se hace selección en otras áreas hospitalarias.

3.4 Tipos de sistemas de selección y clasificación de pacientes

Dado lo complejo que es establecer prioridades en el sistema coordinado de atención médica de urgencias, los criterios de selección y clasificación de pacientes los hemos dividido en dos grandes grupos:

- ✓ **De aplicación prehospitalaria**, que se fundamentan en juicios clínicos y en diagnósticos de probabilidad.
- ✓ **De aplicación hospitalaria**, en los cuales podemos tener apoyo de gabinete y laboratorio en la toma de decisiones.

Esta división arbitraria ofrece, sin embargo, la posibilidad de encontrar el sistema que mejor se adapte a las necesidades de cada sistema integral de atención de urgencias médicas.

Sistemas de aplicación prehospitalaria

En México y Latinoamérica se ha hecho necesario preparar al personal prehospitalario para efectuar la primera etapa del TRIAGE a fin de optimizar los recursos humanos disponibles en los hospitales. Por esta razón los sistemas de TRIAGE prehospitalario deben tener como característica su facilidad de aplicación y un alto grado de objetividad.

Por razones históricas se explican dos de ellos: *el índice de triage* y *el índice de trauma*, conociendo de antemano que ya no se encuentran en uso.

Posteriormente se presenta el sistema START que se considera el más objetivo para su aplicación prehospitalaria.

- ✓ **Índice de TRIAGE**

El sistema desarrollado por el Dr. Robert Adams Cowley y sus colaboradores en la Unidad de CHOQUE.

Trauma de Baltimore puede ser fácilmente aplicado por personal prehospitalario, porque no requiere de una valoración clínica subjetiva. Puede ser utilizado para evaluar pacientes traumáticos y consta de diez parámetros para cuatro categorías. Su principal inconveniente es la gran cantidad de parámetros que utiliza.

✓ **Índice de trauma**

Fue desarrollado en el año de 1971 por Kirkpatrick y Youmans y aplicado en medicina prehospitalaria por Ogawa y Sugimoto en 1974. En él se establecen cinco parámetros:

| ÍNDICE DE TRAUMA | |
|--|-------------------|
| PARÁMETRO | AFECTACION |
| REGION CORPORAL AFECTADA | Muy severa |
| | Severa |
| | Grave |
| | Leve |
| TIPO DE LESION | Muy severa |
| | Severa |
| | Grave |
| | Leve |
| ESTADO CARDIOVASCULAR | Muy severa |
| | Severa |
| | Grave |
| | Leve |
| ESTADO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL | Muy severa |
| | Severa |
| | Grave |
| | Leve |
| ESTADO RESPIRATORIO | Muy severa |
| | Severa |
| | Grave |
| | Leve |

FUENTE: American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support. 2007: 23-26

✓ **Sistema START**

START son las siglas en inglés de Simple Triage And Rapid Treatment. Este sistema es el más aplicado hoy en día por los servicios prehospitalarios por su facilidad de uso. Fue desarrollado para que los primeros respondientes y técnicos en urgencias médicas pudiesen evaluar en menos de 60 segundos a múltiples víctimas.

El sistema START está diseñado para que el personal prehospitalario valore rápidamente, y en forma simple, a cada paciente a fin de trasladar en forma inmediata a los pacientes que tengan comprometidas sus funciones vitales. Este sistema permite también que los lesionados sean reevaluados constantemente a fin de evaluar la respuesta a las maniobras de estabilización y manejo.

✓ **Sistemas de aplicación hospitalaria**

Las unidades hospitalarias deben estar preparadas para recibir el flujo de un gran número de pacientes que, si bien ya han sido clasificados por el personal prehospitalario, requieren de una nueva valoración que establezca la evolución del paciente desde el sitio del siniestro hasta su arribo a la unidad hospitalaria. Para ello se han diseñado varios sistemas, que describiremos brevemente a continuación:

➤ **Sistema cronológico**

Este sistema prioriza a los pacientes de acuerdo al orden cronológico de arribo al hospital. Parece ser un sistema objetivo, pero en realidad está viciado por circunstancias ajenas a la prioridad médica del paciente y por otra parte no toma en cuenta el trabajo de clasificación prehospitalario. Dentro de los factores que influyen negativamente el orden de arribo están las condiciones de camino, la habilidad de los conductores de ambulancia para encontrar rutas rápidas a los

hospitales, la distancia entre el sitio del incidente y el hospital, etc. La gran desventaja es que atendiendo en orden de llegada podemos consumir los recursos disponibles en el hospital con una gran cantidad de lesionados no graves, en detrimento de aquellos que pudiesen llegar posteriormente con lesiones críticas potencialmente recuperables. Por esta razón hoy en día es un sistema en *total desuso*.

➤ **Sistema de lotería**

Es muy similar al anterior pero el factor orden de arribo se cambia sustancialmente por una selección basándose en sorteo. A todas luces es un sistema poco científico y ético. Fue utilizado muy poco y sólo en fase experimental y por supuesto *ya no se utiliza*.

➤ **Sistema por criterio**

Este sistema valora una serie de normas previamente elaboradas para la selección del paciente. Es importante destacar que en la selección interviene el juicio humano, sobre la base de sus normas y valores, dejando la responsabilidad final de decidir entre el derecho a vivir y la muerte del sujeto. Dicho de otra manera, la selección del paciente se hace sobre la base de estatutos y normas de ética médica como son:

- **Criterio médico:** se basa en el estado actual de la ciencia médica con relación a las lesiones o padecimientos del individuo, y a la destreza y conocimientos del médico tratante. Obviamente intervienen en la decisión las indicaciones y contraindicaciones de medicamentos, estudios y procedimientos de manejo, la presencia de padecimientos concomitantes, la probabilidad de recuperación, etc. Idealmente se deben valorar objetivamente los hechos y tomar decisiones sobre la base de ellos.

- **Edad:** este elemento no ha sido aceptado como criterio de selección, quizá porque la existencia humana no depende totalmente de la edad biológica.
- **Criterio personal directamente relacionado con el tratamiento:** no debe ser aceptado un juicio individual para seleccionar a un paciente, sin embargo, es importante destacar que la respuesta emocional y psicológica del paciente puede repercutir desde el punto de vista de la cooperación y motivación para salir adelante.
- **Desarrollo y comportamiento social:** este factor tiene fuertes componentes morales, por lo cual es imposible aplicarlo como criterio de selección.
- **Respuesta diaria del paciente al tratamiento:** se evalúa la evolución del paciente desde el punto de vista de la recuperación post-lesión. Es importante considerar como tratamiento, no sólo la medicación y las curaciones que reciba el paciente, sino también los apoyos psicológicos y emocionales que se le proporcionen.

Por lo anteriormente expuesto queda claro que la utilización de factores con alto grado de subjetividad es inaceptable para un sistema de selección y clasificación de pacientes.

✓ **Sistema de puntuación de la severidad de las lesiones**

Un Comité de la Asociación Médica Americana diseña la Escala Abreviada de Lesiones en un intento por establecer parámetros objetivos para evaluar la gravedad de un paciente. Baker en 1974 elabora una puntuación para describir numéricamente las lesiones que coexisten en un individuo. Para ello divide al cuerpo humano en cinco regiones anatómicas.

| REGIONES ANATÓMICAS |
|----------------------------------|
| 1.-Cabeza y/o cuello |
| 2.-Tórax |
| 3.- Abdomen y/u órganos pélvicos |
| 4.-Extremidades y/o pelvis ósea |
| 5.-Tegumentos |

FUENTE: Cirerol J. Medicina de desastres, atención masiva de lesionados y manejo del concepto triage. *Documento del centro de documentación en desastres de la Organización Panamericana de la Salud.* Dirección General de Defensa Civil de Carabobo.

Así mismo clasifica las lesiones en cinco categorías de acuerdo a la gravedad.

| GRAVEDAD DE LAS LESIONES | |
|-----------------------------------|--------|
| GRAVEDAD | PUNTOS |
| Leve | 1 |
| Moderada | 2 |
| Severa (sin amenaza para la vida) | 3 |
| Severa (con amenaza para la vida) | 4 |
| Critica (sobrevida incierta) | 5 |

FUENTE: Cirerol J. Medicina de desastres, atención masiva de lesionados y manejo del concepto triage. *Documento del centro de documentación en desastres de la Organización Panamericana de la Salud.* Dirección General de Defensa Civil de Carabobo. 1997.

Posteriormente se suman los cuadrados de las calificaciones más altas de las tres regiones corporales mayormente afectadas, obteniendo así un índice. Moyland, en 1976, señala la cifra de 30 como índice para recibir atención médica de máximo nivel.

En 1977, Bull sugiere se modifique este índice determinando la dosis letal 50 en diversos grupos de edad. La aplicación de este índice es precisa y permite clasificar adecuadamente a los pacientes, por lo que se puede asignar el nivel de atención médica que cada paciente requiere, Por otro lado, puede servir como índice pronóstico, sin embargo, en la evaluación de múltiples víctimas puede ser

poco práctica ya que para tener un criterio uniforme, un solo médico debe valorar a todos los pacientes.

✓ **Sistema de servicio de espera**

Este sistema selecciona a los pacientes sobre la base de criterios médicos, de acuerdo a la gravedad del caso y clasificando a cada paciente en una categoría determinada. El sistema propone cuatro categorías:

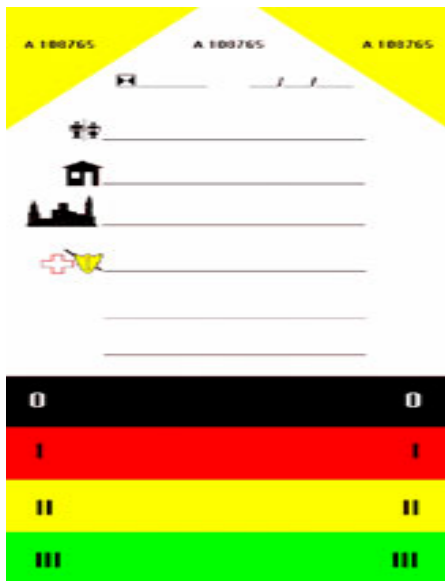
- Pacientes con lesiones mínimas que se pueden atender en el sitio mismo de la emergencia o bien, postergar su atención por lo menos 24 horas sin detrimento de su integridad física.
- Pacientes con lesiones más serias, aunque no extraordinariamente graves y que requieren atención médica, pero no cuidados intensivos.
- Pacientes que requieren atención médica de urgencia. Este grupo se divide a su vez en:
 - 1.-Pacientes que requieren cirugía: mediata o inmediata.
 - 2.-Pacientes que no requieren cirugía o aquéllos en que la cirugía se hará posteriormente.

En principio este sistema se considera más satisfactorio que los anteriores, pero su desventaja real estriba en que un paciente previamente clasificado en una categoría, por efecto del tratamiento o por deterioro de su condición, cambia súbitamente de nivel de clasificación. Su principal ventaja es que fácilmente se adapta al sistema START prehospitalario y conjuntamente tiene gran eficiencia. Para acrecentar sus ventajas, lo único que requiere es una reevaluación frecuente de los pacientes, para mantener la clasificación apropiada.

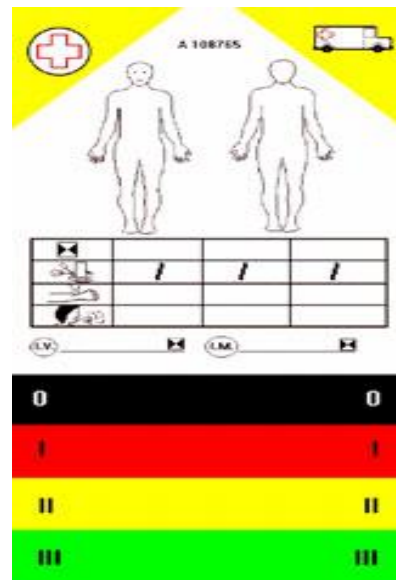
3.5 LA TARJETA DE TRIAGE.

Un paso importante para el manejo de información objetiva, al clasificar a los pacientes, es la identificación. Dado el gran número de víctimas se vuelve prácticamente imposible transmitir la información médica, obtenida en la evaluación prehospitalaria, en la forma cotidiana.

Por ello se han diseñado diferentes formas de identificar a los pacientes que permitan su rápida entrega sin perder información vital. Uno de los sistemas que han demostrado ventajas es el **sistema MET TAG**. Para identificar a los pacientes se utiliza una tarjeta colocada en el cuello (*Figuras I y II*) y que lo acompaña hasta la unidad hospitalaria.



(Figura I)



(Figura II)

FUENTE: Cicerol J. Medicina de desastres, atención masiva de lesionados y manejo del concepto triage. *Documento del centro de documentación en desastres de la Organización Panamericana de la Salud*. Dirección General de Defensa Civil de Carabobo.

El llenado de la tarjeta se hace en el puesto de triaje de campo, siguiendo unas pequeñas reglas:

Anverso de la tarjeta (*Figura I*)

- En el cuerpo de la tarjeta y en los triángulos amarillos de la parte superior, aparece el número de folio correspondiente, que permite el registro y control de pacientes.
- En la figura del reloj de arena se coloca la hora en sistema de 24 horas, es decir si son las seis de la mañana se anotan las 06:00 horas, por el contrario si fueran las seis de la tarde se anotan las 18:00 horas.
- En la línea cruzada por tres diagonales se anota la fecha con números arábigos, en el siguiente orden día, mes y año.
- Las siluetas de hombre y mujer, permiten la anotación del sexo.
- La figura de la casita, sirve para anotar la población o municipio en donde se produjo la urgencia.
- La figura de ciudad, nos permite anotar la ciudad o población a donde pertenece el municipio citado arriba.
- La figura de la cruz y el escudo, sirve para anotar antecedentes médicos de importancia.
- En la parte de abajo aparecen cuatro franjas con los colores negro, rojo, amarillo y verde respectivamente, que permiten marcar la prioridad del paciente, simplemente desprendiendo las franjas requeridas hasta que quede aquella que corresponde al paciente.

Reverso de la tarjeta (*Figura II*)

- Los triángulos amarillos de la parte superior son desprendibles y se entregan, el del lado izquierdo al responsable del control de pacientes en el puesto de triage y el derecho al operador de la ambulancia que efectúa el traslado al hospital.
- En las figuras humanas, de frente y de dorso, se marcan las áreas que tienen lesiones de importancia.
- En el cuadro que está por debajo de las figuras humanas se anotan los signos vitales y su evolución, de la siguiente manera:

En los casilleros que tienen el reloj de arena se anota la hora en sistema de 24 horas, en que se tomaron los signos vitales o se aplicó algún medicamento.

- Donde aparece el esfigmomanómetro se anota la tensión arterial sistólica seguida de la diastólica (en mm de Hg).
- Donde se encuentra la mano tomando el pulso, se anota el número de pulsaciones por minuto.
- Donde aparece la figura humana soplando, se anota la frecuencia respiratoria, en número de ventilaciones por minuto.
- Las letras I.V. encerradas en un círculo permiten anotar los medicamentos, y dosis, que se administraron por vía intravenosa.
- Las letras I.M. encerradas en un círculo permiten anotar los medicamentos, y dosis, que se administraron por vía intramuscular.

La tarjeta debe fijarse al lesionado en lugar visible para facilitar el proceso de reevaluación y la recepción hospitalaria. El único inconveniente que tiene la tarjeta es que no se puede reclasificar al paciente por mejoría, es decir, si durante el proceso de estabilización, manejo y transportación el paciente mejora, no es posible reflejarlo en la tarjeta previamente colocada.

La enfermera del TRIAGE es el primer miembro del personal de salud que establece contacto con el paciente, debe identificarse ante él, explicarle el proceso al que va a ser sometido y lo que se derivará del mismo. También debe explicarle algunas normas básicas del servicio: dónde esperar, ingreso de familiares al interior, etc.

En esta etapa la enfermera también puede decir qué pacientes no necesitan esperar un TRIAGE debido a lo evidente de su enfermedad.

Esta parte del proceso se realizará de ser posible en un ambiente de discreción y seguridad para el paciente entrevistado, un área independiente del servicio de urgencias. La enfermera que realiza la jerarquización del TRIAGE debe:

- Poseer conocimientos sobre toma de decisiones, los cuales puede conseguir en cursos proporcionados por el hospital.
- Ser hábil para comunicarse, a fin de que el proceso funcione con fluidez.
- Ser capaz de conservar la calma en cualquier situación, a la vez que continúe con el proceso de tomar las decisiones adecuadas durante periodos de gran tensión.

La enfermera asignada a la unidad del TRIAGE y encargada de la jerarquización de necesidades, es el primer profesional de salud que entrevista al paciente a su llegada al hospital, está al corriente en todo momento de su llegada y evalúa si un paciente puede esperar a ser sometido al TRIAGE o si necesita una atención inmediata pasando por delante de todos los que están en la sala de espera. Después de identificar al paciente mediante el formato que contiene todos sus datos y que es proporcionado por el servicio de admisión, hace una valoración inicial de los signos y/o síntomas, motivo de consulta. El tiempo empleado en la valoración estará en función de la gravedad del paciente. En el Hospital General en donde se realizó la presente investigación se maneja el siguiente formato:

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO
23185 HOSPITAL GENERAL ATLACOMULCO

LEEM
SP1810000121

Consulta de Urgencia
22/02/2011 14:16:49

UNIDAD MÉDICA: EXPEDIENTE:

FECHA DE ELABORACIÓN: HORA DE ELABORACIÓN: TIPO DE INTERROGATORIO: DIRECTO INDIRECTO

ELIJO CRUZ ESTEBAN DIVORCIADO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S))... ESTADO CIVIL: GÉNERO: MASC FEM

FECHA DE NACIMIENTO: DOMICILIO: OCUPACIÓN DEL PACIENTE: (EN SU CASO, LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE):

PROCESO: ANAYELI CRUZ FUENTES (EN SU CASO, LUGAR DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE):

NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL ACCIDENTE: LAZARO CARDENAS COL LA MORA ATLACOMULCO PARENTESCO CON EL PACIENTE:

DOMICILIO: TELÉFONO:

II. ANTECEDENTES RELACIONADOS CON LA URGENCIA

III. PADECIMIENTO ACTUAL

IV. SIGNOS VITALES

| | | | | | |
|-----|--------|----------|----------|------|-------|
| T/A | TEMP | FREC. C. | FREC. R. | PESO | TALLA |
| 78x | 36.8°C | 72 | 20 | | |

V. EXPLORACIÓN FÍSICA

VI. RESULTADOS DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS

VII. DIAGNÓSTICO (S) PRESUNCIONAL (ES) (PRINCIPAL Y OTROS)

VIII. TRATAMIENTO REALIZADO

IX. URGENCIA CALIFICADA SI NO

X. CASO MÉDICO LEGAL SI NO

XI. SE NOTIFICÓ AL MINISTERIO PÚBLICO SI NO

DESTINO: OBSERVACIÓN HOSPITALIZACIÓN CONSULTA EXTERNA ALTA REFERENCIA TRANSFERENCIA PASILADO FUNCIÓN

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE EN CASO DE ALTA VOLUNTARIA:

NOMBRE Y FIRMA MÉDICO TRATANTE:

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

LEEM

Hoja de TRIAGE FOLIO:

UNIDAD MÉDICA: HOSPITAL GENERAL ATLACOMULCO

FECHA: 22/02/11 HORA: 14:20

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S)): ELIJO CRUZ ESTEBAN

EDAD: 93 años GÉNERO: MASCULINO FEMENINO

FC: 78x TA: 70x TEMP: 36.8°C

I. Antecedentes:

- Diabetes Mellitus
- Hipertensión arterial
- Enfermedades cardíacas
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Otros:

II. Urgencia Inmediata (Choque) ROJO

- Alteración de signos vitales importante
- Sangrado activo
- Dolor intenso torácico
- Dificultad respiratoria severa
- Alteración del estado de conciencia y/o Glasgow igual o menor a 8
- Traumatismo grave
- Estado convulsivo

III. Urgencia Calificada (Observación) AMARILLO

- Signos vitales ligera alteración
- Traumatismo craneoencefálico (Glasgow de 9 a 13)
- Cefalea intensa
- Dolor abdominal agudo
- Parálisis
- Dolor agudo
- Dolor de extremidad intenso
- Dificultad respiratoria moderada
- Síndromes confusionales
- Sangrado de tubo digestivo
- Traumatismos moderados (fracturas, luxaciones)
- Deshidratación

IV. Urgencia Sentida (Consulta) VERDE

- Signos Vitales ligera alteración
- Traumatismo menor (contusión, abrasión)
- Traumatismo ocular (leve)
- Traumatismo craneoencefálico (Glasgow de 14 a 15)
- Dolor osteomuscular
- Dolor dental
- Sinusitis
- Cuadro gripal o faríngeo
- Dolor abdominal leve
- Cefalea
- Lumbalgia crónica
- Vómito y/o diarrea sin deshidratación

REALIZO: *Estela Acosta*

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA: *Estela Acosta*

21/820000-202-08

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente apartado está conformado por los resultados obtenidos en la encuesta realizada a 556 adultos mayores de 65 años que asistieron al TRIAGE de un Hospital General. Con la obtención de información necesaria que cumpliera con los objetivos del trabajo.

Estos aspectos son fundamentales para proceder a realizar el análisis: los datos de las encuestas, la información teórica contenida en el marco de referencia, resultados de investigaciones que se asemejen a esta investigación, así como las observaciones y experiencias obtenidas dentro del servicio. Estos elementos se relacionaron con el propósito de brindar resultados que permitieron obtener un acercamiento en relación a enfermería en el TRIAGE y el paciente geriátrico, en un hospital público.

La interpretación de datos, está representada por medio de tablas y gráficas, donde se muestran resultados cuantitativos de esta investigación.

CUADRO No. 1

**ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL
SERVICIO DEL TRIAGE DE UN HOSPITAL GENERAL.**

| ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS | SEXO | | | | | |
|-------------------------------|----------|-------|-----------|-------|-------|------|
| | FEMENINO | | MASCULINO | | TOTAL | |
| | Fx | % | Fx | % | Fx | % |
| Total de personas | 265 | 48% | 291 | 52% | 556 | 100% |
| Rango de Edad | | | | | | |
| 65-69 | 107 | 19% | 87 | 16% | 194 | 35% |
| 70-74 | 24 | 4% | 84 | 15% | 108 | 19% |
| 75-79 | 45 | 8% | 38 | 7% | 83 | 15% |
| 80-84 | 44 | 8% | 38 | 7% | 82 | 15% |
| 85-89 | 19 | 3% | 28 | 5% | 47 | 8% |
| 90-94 | 26 | 5% | 16 | 3% | 42 | 8% |
| Estado civil | | | | | | |
| Soltero | 48 | 9% | 25 | 4% | 73 | 13% |
| Casado | 102 | 18% | 186 | 34% | 288 | 52% |
| Viudo | 79 | 14% | 116 | 21% | 195 | 35% |
| Ocupación | | | | | | |
| Hogar | 128 | 23% | 97 | 17% | 225 | 40% |
| Comerciante | 39 | 7% | 53 | 10% | 92 | 17% |
| Campesino | 93 | 17% | 108 | 19% | 201 | 36% |
| Chofer | - | - | 38 | 7% | 38 | 7% |
| Vive con: | | | | | | |
| Pareja | 84 | 15% | 108 | 20% | 192 | 35% |
| Hijo (A) | 69 | 12% | 43 | 8% | 112 | 20% |
| Solo | 72 | 13% | 96 | 17% | 168 | 30% |
| Otro | 45 | 8% | 39 | 7% | 84 | 15% |
| Familiar responsable | | | | | | |
| Mamá | 5 | 0.80% | 7 | 1.20% | 12 | 2% |
| Pareja | 41 | 7% | 63 | 12% | 104 | 19% |
| Hijo | 111 | 20% | 98 | 18% | 209 | 38% |
| Hermano | 37 | 7% | 35 | 6% | 72 | 13% |
| Nieto | 16 | 3% | 8 | 1% | 24 | 4% |
| Nuera | 32 | 6% | 26 | 4% | 58 | 10% |
| Sobrino | 17 | 3% | 11 | 2% | 28 | 5% |
| Sin Familiar | 16 | 3% | 33 | 6% | 49 | 9% |

FUENTE: Cuestionario aplicado Mayo – Agosto 2011.

En el cuadro No. 1 se pueden observar los datos que se obtuvieron en las encuestas aplicadas a un total de 556 (100%) en relación a los aspectos demográficos, se encuentran de la siguiente manera: de acuerdo al sexo de los adultos mayores que acudieron al servicio del TRIAGE de un Hospital General, en un periodo comprendido de Mayo–Agosto 2012, encontramos que 265 son mujeres, representando el 48% y 291 son hombres siendo el 52%. A diferencia de otros trabajos de investigación, en éste se encontró una diferencia entre mujeres y hombres predominando estos últimos, probablemente porque los hombres son quienes se preocupan más por su salud o tienen mayor necesidad de conversar con alguien.

La edad es un signo del paso del tiempo y entonces se habla del proceso de envejecimiento de cada persona, este proceso se considera universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y, hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades (Leiton y Ordoñez, 2003: 28), que transcurre en un tiempo llamado años y engloba a las personas de más de 65 años, considerados adultos mayores.

En cuanto al rango de edad de la población encuestada, el 35% son personas de 65 a 69 años de edad, de 70 a 74 años el 19%, seguido de 15% de 75 a 79 años y el mismo porcentaje para las personas de 80 a 84 años, con un 8% de 85 a 89 años y otro 8% está conformado por personas de 90 a 94 años. Estos resultados muestran que la población que acudió al TRIAGE por problemas de salud en su mayoría son los que están entre 65 y 74 años de edad, pero también encontramos un número significativo de personas mayores de 85 años. Y como se menciona en la literatura, la población de México y en específico de Estado de México está envejeciendo y se demuestra claramente el incremento en la expectativa de vida; la población mayor de 65 años asciende a poco más de cinco millones de personas. En 2050 los adultos mayores serán 32 millones y representarán 24.6% de la población.

Es importante resaltar que a diferencia de lo que ocurre con otros grupos de edad, la población de 65 años de edad y más está creciendo a una tasa anual de 2% y, de manera sorprendente, el ritmo de crecimiento de los mayores de 85 años se ubica entre 3 y 5% (Programa Nacional de Salud, 2007-2012).

En relación al estado civil, el 52% del total de la población de estudio son casados, el 35% viudos, y también un número importante de encuestados son solteros, lo que representa el 13%. Es importante señalar que un número importante son personas que se encuentran activas, observando que la mayoría de las mujeres se dedican a las labores del hogar y en un menor porcentaje los varones, representando el 40%, mientras que el 36% es campesino, teniendo en cuenta que muchos de ellos viven en el campo, y un 17% es comerciante, en tanto, un menor porcentaje que representa el 7% de personas adultas de entre 65 y 69 años son choferes. El término viejo suele ser sinónimo de incapaz o limitado, y refleja la asimilación tradicional de vejez y limitación, pero se trata de un concepto erróneo, pues la vejez no representa necesariamente incapacidad, por consiguiente hay que luchar contra la idea de que el viejo es funcionalmente limitado (Millan Calenti, 2006: 54-57).

En cuanto a con quién viven los Adultos mayores, el 35% viven con su cónyuge, mientras que el 30% desafortunadamente viven solos, un 20% los hijos viven con el adulto mayor, pero también forman un 15% los que viven con otros familiares como: nietos, hermanos e inclusive padres o algún conocido, los individuos con quien vive el adulto se relacionan con el tipo de familia que tengan, con valores y aspectos culturales propios de los integrantes de la misma.

Como se puede observar, la mayoría de población encuestada vive con su pareja, ya que mencionan que sus hijos ya son casados y deciden separarse del núcleo familiar, en el caso de los que viven solos es porque no cuentan con un familiar cercano a ellos, o por el abandono de los mismos familiares que evitan su responsabilidad de cuidar a sus adultos mayores; también se puede observar que los que viven con nietos, hermanos, padres o con personas conocidas, estas son

personas que en su mayoría no realizaron un matrimonio, sin embargo, viven con los familiares, lo que les permite que alguna persona “se preocupe por ellos”, en tanto los adultos que viven solos tienen más probabilidad de padecer soledad, aislamiento y depresión, y muchas veces acuden al TRIAGE no porque tuviesen alguna enfermedad física, sino más bien solo buscan a alguien con quien platicar o desahogarse para sentirse importantes y poder sobrellevar su vida, por lo cual se debe tener una mayor atención y cuidado de los adultos mayores y no sólo pensar que deben estar enfermos para atenderlos.

Teniendo en cuenta lo anterior, también se les pregunto que si tenían algún familiar que se hiciera responsable de ellos y se encontró que el 38% de adultos mayores son los hijos los encargados, en tanto el 19% se apoyan con la pareja, el 13% son los hermanos del adulto los responsables, el 10% manifestó que es la nuera quien se hace responsable. Es lamentable decir que se identificó a un 9% de Adultos mayores que no cuentan con persona alguna que los cuide, el 5% es responsable algún sobrino, mientras que el 4% son los nietos y con un 2% el familiar responsable es la mamá, lo cual indica la longevidad de la mujer madre y es quien cuida en lugar de que fuera a la inversa.

CUADRO No. 2.

ENFERMEDADES QUE PRESENTAN Y HÁBITOS NOCIVOS PARA LA SALUD DE LOS ADULTO MAYORES QUE ACUDEN AL SERVICIO DEL TRIAGE DE UN HOSPITAL GENERAL.

| ANTECEDENTES PATOLÓGICOS | SEXO | | | | | |
|--------------------------|----------|-----|-----------|-----|-------|-----|
| | FEMENINO | | MASCULINO | | TOTAL | |
| | FX | % | FX | % | FX | % |
| DIABETES MELLITUS | 182 | 33% | 167 | 30% | 348 | 63% |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | 59 | 11% | 62 | 11% | 121 | 22% |
| ENFERMEDADES CARDIACAS | 11 | 2% | 36 | 6% | 47 | 8% |
| ALCOHOLISMO | 4 | 2% | 14 | 3% | 28 | 5% |
| TABAQUISMO | 0 | 0% | 12 | 2% | 12 | 2% |

FUENTE: Cuestionario aplicado Mayo – Agosto 2011.

En cuanto al estado de salud de los adultos mayores, se detectó que la principal causa de consulta es por diabetes mellitus con un 63%, sabemos que la diabetes mellitus es una enfermedad metabólica de base genética que afecta a diferentes órganos y tejidos, pero que dura toda la vida. Al finalizar el siglo pasado se estimó que para el año 2000, alrededor de 171 millones de personas serían diabéticas en el mundo y que llegarán a 370 millones en 2030 (Secretaría de Salud. Compendio Histórico. Estadísticas Vitales 1993-1995.). Las principales causas del aumento de la prevalencia de diabetes se relacionan estrechamente con el incremento de la obesidad, así como al crecimiento y envejecimiento de la población.

(Estadísticas Nacionales <http://www.invdes.com.mx/antiores/febrero2002/htm/impacto.html>).

Posteriormente, encontramos como segunda causa de consulta a la hipertensión arterial con el 22%, siendo las más afectadas en mayor número las mujeres, al igual que la diabetes mellitus; la hipertensión arterial sistémica (definida como la elevación crónica de la presión arterial sistólica y/o diastólica), es una de las enfermedades crónicas más frecuentes, afectando aproximadamente a 1 billón de personas en el mundo, y su importancia clínica es que indica un riesgo futuro de enfermedad vascular (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and**

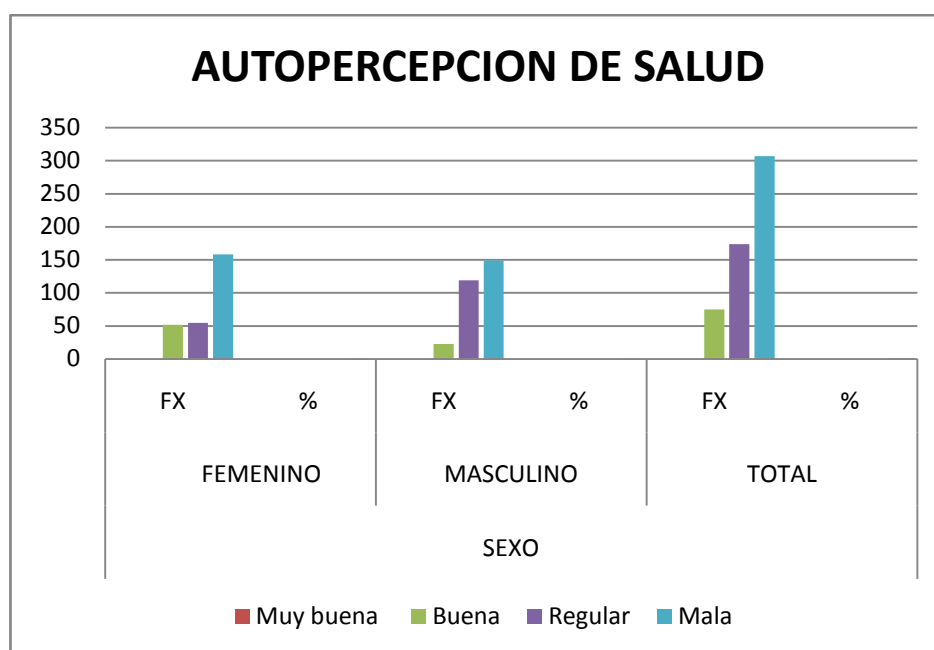
Treatment of High Blood Pressure. JAMA 2003; 289 (19): 2560-72). Y en menor frecuencia están las enfermedades cardiacas, presentando el 8%, en este caso son los varones quienes tienen mayor problema. Otro dato importante a pesar de su edad y condiciones de vida, encontramos a un 5% de los adultos mayores que asistieron por alcoholismo y 2% ingresan por antecedente importante de tabaquismo.

CUADRO No. 3.

AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD DE LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DEL TRIAGE DE UN HOSPITAL GENERAL.

| Autopercepción de salud | SEXO | | | | | |
|-------------------------|----------|-----|-----------|-----|-------|-----|
| | FEMENINO | | MASCULINO | | TOTAL | |
| | FX | % | FX | % | FX | % |
| Muy buena | - | -% | - | -% | - | -% |
| Buena | 52 | 10% | 23 | 4% | 75 | 14% |
| Regular | 55 | 10% | 119 | 21% | 174 | 31% |
| Mala | 158 | 28% | 149 | 27% | 307 | 55% |

FUENTE: Cuestionario aplicado Mayo – Agosto 2011.



FUENTE: Cuadro No.3.

La autopercepción de salud en los adultos mayores es muy importante ya que depende de ésta su estado emocional, es uno de los criterios centrales del bienestar y se relaciona con experimentar una actitud positiva hacia sí mismo y hacia la vida pasada. En este apartado observamos que más de la mitad del total de la población encuestada, que representa el 55%, considera que su salud es mala y que por eso acudía al hospital para resolver sus problemas. En tanto el 31% manifestó que su salud es regular, en los adultos mayores es muy importante mantener la autoestima, ya que para las personas, la autoestima es clave, debido a que el adulto mayor debe valorar sus habilidades y características, las que han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás.

Es importante resaltar que de acuerdo a los resultados obtenidos no se identificaron a adultos mayores que consideraran su salud como muy buena, dado que la entrevista fue en el hospital y por alguna razón acudían al mismo, sólo el 14% consideró su salud como buena.

La dificultad radica principalmente en el contexto en el cual se realiza esta evaluación, dado que el adulto mayor se encuentra en una situación física, social y emocionalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los valores asociados a la belleza y juventud, por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la ancianidad (Moragas, 2004:115-119).

Estos datos demuestran de alguna forma la trayectoria evolutiva del estado físico y el bienestar psicológico, con especial atención en los últimos años de vida, los cuales se saben difíciles para las personas mayores por estar caracterizados por pérdidas, amenazas y adaptación a nuevos estados psicosociales y físicos; estos acontecimientos pueden limitar la vida en términos cuantitativos y cualitativos.

A pesar de estos impedimentos, generalmente los adultos mayores se adaptan a todos los cambios, replanteándose sus metas y desafíos, adaptándolas a sus nuevas capacidades sociales, psicológicas y físicas; es por esta razón que

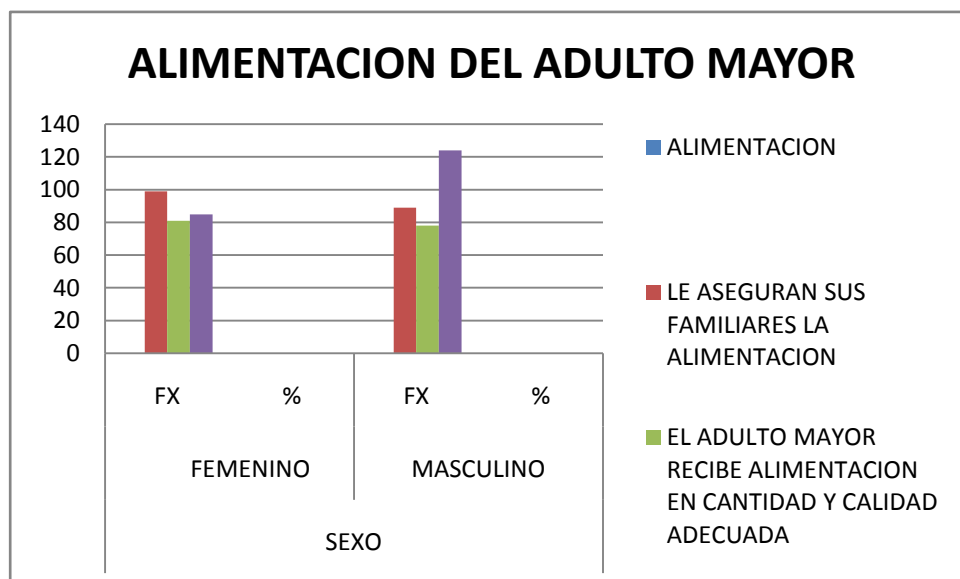
muchos de ellos informan altos niveles de bienestar, pues sus metas ya no son las mismas de hace 10 años, lo que disminuye la frustración al fracaso cuando no se puede llegar a concretar las metas propuestas a esta edad.

CUADRO No. 4

ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL SERVICIO DEL TRIAGE DE UN HOSPITAL GENERAL.

| ALIMENTACIÓN | SEXO | | | | | |
|--|----------|-----|-----------|-----|-------|-----|
| | FEMENINO | | MASCULINO | | TOTAL | |
| | FX | % | FX | % | FX | % |
| Le aseguran sus familiares la alimentación | 99 | 17% | 89 | 16% | 188 | 33% |
| El adulto mayor recibe alimentación en cantidad y calidad adecuada | 81 | 16% | 78 | 14% | 159 | 30% |
| El adulto mayor cocina por sus propios medios | 85 | 15% | 124 | 22% | 209 | 37% |

FUENTE: Cuestionario aplicado Mayo – Agosto 2011.



FUENTE: Cuadro No. 4.

En el cuadro No. 4, en relación a la alimentación de los adultos mayores que acuden al servicio del TRIAGE de un hospital general, en su mayoría con un 37%, cocina sus alimentos y por sus propios medios a pesar de su deficiencia motriz que se presenta con el paso de los años. El 33% tiene segura su comida por parte de familiares, pero sólo el 30% dice recibir su alimentación en calidad y cantidad adecuada.

Para la población encuestada la autoeficacia es muy importante ya que conlleva un significado mucho más allá de la superación de tareas del orden físico y de la vida cotidiana, su importancia se asocia al sentimiento de poder ser capaces de participar en la solución de conflictos que surgen en la vida cotidiana, aportando soluciones, todo esto les permite crear estrategias de afrontamiento necesarias para hacer frente a las adversidades.

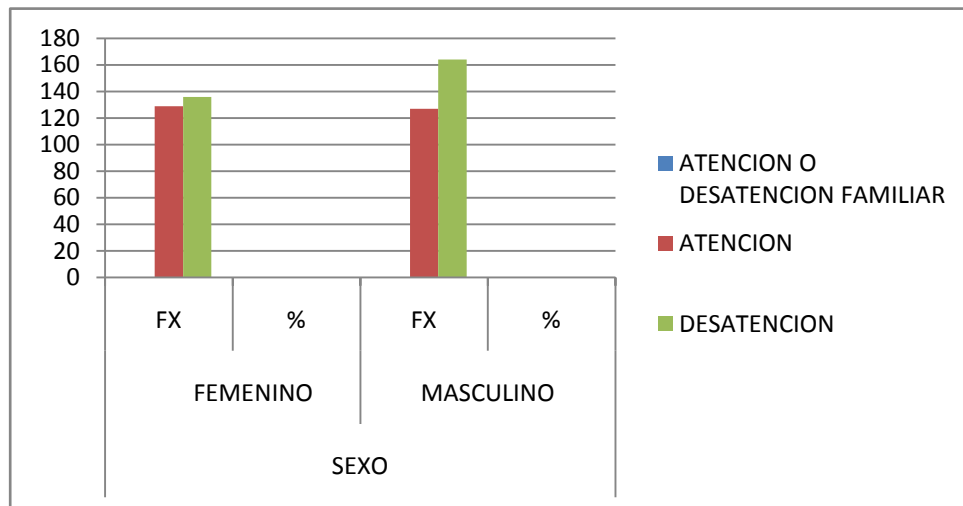
La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el adulto mayor el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se complejiza porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos (Whetsell, 2005: 72-85).

CUADRO No. 5

ATENCIÓN O DESATENCIÓN DE LOS ADULTOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DEL TRIAGE DE UN HOSPITAL GENERAL.

| ATENCIÓN O DESATENCIÓN FAMILIAR | SEXO | | | | | |
|---------------------------------|----------|-----|-----------|-----|-------|-----|
| | FEMENINO | | MASCULINO | | TOTAL | |
| | FX | % | FX | % | FX | % |
| ATENCIÓN | 129 | 23% | 127 | 23% | 256 | 46% |
| DESATENCIÓN | 136 | 24% | 164 | 30% | 300 | 54% |

FUENTE: Cuestionario aplicado Mayo – Agosto 2011.



FUENTE: Cuadro No. 5.

La familia es el sistema o unidad ambiental que da sentido de pertenencia al individuo desde el momento de su nacimiento; es el ambiente inmediato del sujeto con el cual tiene sus primeras transacciones desde el inicio de la vida (Whetsell, 2005: 72).

Así como todos los seres humanos forman parte de una familia e influyen en ella, ésta también influye en la percepción que la persona desarrolla de sí misma y de su entorno. La familia desempeña una función determinante en el proceso salud-enfermedad de la mayoría de las personas; además, la familia tiene que

desempeñar dos tareas esenciales, apoyar el desarrollo del individuo y proporcionar un sentimiento de pertenencia constructiva. Por lo tanto, la familia debe ser el lugar donde sus integrantes encuentren amor, comprensión y apoyo, por lo que en la encuesta realizada también se preguntó al adulto mayor cómo consideraba a su familia, si le mostraban o no atención, a la cual contestaron en un 46% que la familia sí les prestaba atención, mientras que el 54% de las familias presentan desatención hacia el adulto.

La familia, como red social de apoyo, acrecienta su importancia con el envejecimiento de sus integrantes de más edad, condicionados en esta etapa de la vida por la reducción de su actividad social, lo que incrementa para el anciano el valor del espacio familiar, que siempre será el insustituible apoyo; pese a que con el envejecimiento la problemática familiar se hace compleja porque, entre otros factores, existe superposición de varias generaciones con diferentes necesidades, demandas y diferentes sistemas normativos (Whetsell, 2005: 72-76).

Ante esta situación, es de suma importancia la participación del personal de enfermería en el TRIAGE, ya que gracias a las funciones que se desempeñan se obtiene un mejor flujo de pacientes en el servicio de urgencias, y por consecuencia mejor atención a pacientes que acuden al Hospital General, y se ha incrementado la satisfacción percibida por el paciente y su familia al ver iniciada su atención desde su llegada al servicio de urgencias.

Uno de los objetivos que el ser humano ha perseguido siempre es el de preservar su salud y poder vivir el mayor tiempo posible. Pero no se trata tan sólo de vivir el mayor tiempo posible, sino con la mejor calidad de vida. Por eso es importante el cuidado que tenemos de nuestra salud toda la vida; claro que no es el mismo cuidado que ponemos a los 20 que a los 70 años, pues aún cuando nos cuidemos lo mejor posible, la salud va decayendo con el tiempo. Por esa razón, el adulto mayor necesita atención especial y la participación de enfermería son esenciales en ese cuidado.

Existen diferentes maneras de enseñar a nuestra(o)s colegas enfermera(o)s lo importante que es poner un cuidado especial en el adulto mayor, ya sea a través de conferencias, foros. La atención a la salud del adulto mayor refleja las condiciones de bienestar, equidad y percepción de la riqueza de una sociedad.

Como trabajadores en el área de la salud es nuestra responsabilidad no sólo atender a los adultos mayores cuando están en el hospital, sino capacitar a sus familiares para que les proporcionen el cuidado que se merecen y necesitan cuando están en casa. Es esencial para el profesional de enfermería proporcionar la educación en el cuidado, ya que el primer responsable de nuestra salud somos nosotros mismos. La comunicación entre el adulto mayor y sus familiares o cuidadores es primordial para poder brindarle el apoyo y cuidados que necesita. Por parte del profesional de enfermería, es necesario enseñar a los cuidadores o familiares del adulto mayor cómo reducir los riesgos que pueden ocurrir estando en casa (pueden ser caídas, por ejemplo), también, para que mantengan el apego terapéutico y que acuda a sus citas con el médico de manera regular.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en este trabajo de investigación con una población integrada por 556 personas, de las cuales 291 fueron mujeres y 265 hombres, con un rango de 65 a 94 años, que acudieron al servicio del TRIAGE de un hospital público se concluye lo siguiente:

- En general, todos los pacientes que acuden al servicio del TRIAGE padecen alguna enfermedad, principalmente diabetes mellitus e hipertensión arterial, hasta un malestar general que los lleva a pedir atención de salud, pero a su llegada nos damos cuenta que, si bien presentan alteración en su organismo, lo que corresponden a la edad, también es perceptible que lo que ellos necesitan es platicar con alguien que les brinden atención y se sientan un poco queridos, aceptados, escuchados, ya que en casa como están solos y no hay quien les brinde afecto, empiezan a confundir esa soledad con alguna enfermedad.
- El rango de edad de mayor prevalencia fue de 70 a 74 años, siendo el sexo masculino que demanda el servicio médico con mayor frecuencia.
- También es importante resaltar que del total de la población encuestada, un número significativo tienen más de 80 años de edad, lo cual demuestra el aumento de la expectativa de vida de la población.
- El 35% de los adultos mayores viven con su pareja, pero solos, y entre ellos se apoyan. Es importante tener en cuenta que ambos son personas mayores y necesitan de alguien que esté pendiente y cuidado de sus necesidades básicas.
- El 54% de los pacientes que asisten al servicio del TRIAGE mencionaron que se encuentran solos y nadie se ocupa de ellos, por lo cual su estado se

va deteriorando con mayor facilidad por encontrarse en abandono total por parte de los familiares.

- De acuerdo al cuestionario aplicado, mencionan que en su mayoría tiene ropa limpia para cambiarse, pero por su edad y disminución de su capacidad funcional no pueden asearse y mucho menos realizar cambio de ropa y muchas de las ocasiones que acuden a la consulta en condiciones de higienes no aceptable.
- En cuanto a los resultados obtenidos no se identificaron a adultos mayores que consideraran su salud como muy buena.
- Dentro de la investigación se observa que es el sexo femenino quien demuestra más interés por su estado de salud desde el aspecto emocional que se ve reflejado en su percepción de salud, siendo éste en un 10% que su percepción era buena a diferencia de los hombres que respondió solo el 4%.
- El 100% de los adultos mayores mostraron que la presencia de enfermedades crónicas y la mala situación económica son factores asociados a la mala percepción de salud.

SUGERENCIAS

- Hacer mayor énfasis sobre el papel de la enfermería en la comunidad, así como identificar los estilos de vida de los adultos mayores, ya que es un aspecto importante que tiene que considerar el profesional de enfermería para poder informar, guiar y educar a la población.
- Se debe capacitar a todo el personal de enfermería para que brinde atención de calidad a todo paciente que asiste al servicio del triage, pero poniendo mayor énfasis a la población geriátrica, ya que ellos, en muchas ocasiones, solo buscan alguien que los escuche.
- Promover en las familias que se mantenga el núcleo familiar y así se brinde mayor apoyo al adulto mayor.
- Promover en la población general un modo de vida adecuado, en el que se mantenga una familia unida con amor y afecto.
- Realizar terapia física a los adultos mayores para así mantenerlos en movimiento, evitar que se atrofien los músculos y así puedan realizar sus actividades diarias, entre ellas su aseo personal.
- Estimular la convivencia con individuos de la misma edad, así mismo integrarlos en actividades recreativas como el ejercicio, terapias ocupacionales, para que de esta forma se mantengan en constante actividad social.
- Brindar seguridad y respeto al adulto mayor para conservar su modo de vida y libertad para seguir manteniendo sus actividades diarias, así como respetar su independencia.

- Se debe educar a la familia y comunidad para que acepte a esta población, ya que como se vuelven lentos y en algunos casos necios, la familia los excluye de su círculo social y no les brindan atención.

- Un aspecto importante a considerar es que al adulto mayor lo debemos atender como una persona que tiene los mismos derechos, de llevar una vida plena en la que viva acompañado e integrado a un núcleo familiar, que le permita independencia para realizar sus funciones y actividades diarias, tales como alimentarse, vestirse, aseo personal, etc.; por lo anterior, es importante destacar que el adulto mayor sólo tiene una disminución de sus capacidades funcionales, por lo que no hay que considerarlo como un estorbo, ni marginarlo, ya que de ellos tenemos experiencias y vivencias importantes como hijos que nos llevan a tener un enfoque mejor de la vida.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- ✚ American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support. 2007: 23-26.
- ✚ A. S. Staab, “Enfermería Gerontológica”. Edit. Mc Graw Hill 1998: 28-34.
- ✚ Palliat J. “Cambios psicológicos en el anciano. Geriatria”. Edit. Herder, España. 2002:94-96.
- ✚ Burke M. Mary, “Enfermería Gerontológica”. Edit. Elsevier, España 2005: 51-55.
- ✚ Cárdenas et al., “Cuidado Profesional de Enfermería”. MEXICO, FEMAFE, 2010:85.
- ✚ Cirerol J. Medicina de desastres, atención masiva de lesionados y manejo del concepto triage. *Documento del centro de documentación en desastres de la Organización Panamericana de la Salud*. Dirección General de Defensa Civil de Carabobo.
- ✚ Colliere Marie-Francoise “Promover la vida”. Edit. Mc. Graw Hill. 2º edición, 2009: 212.
- ✚ Cook S, 2003:889-894
- ✚ Diccionario de medicina, Mosby, Edit. OCEANO 2008:31.
- ✚ Diccionario de medicina, Mosby, Edit. OCEANO 2008:98.
- ✚ Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI) 2005. “Compendio Estadístico Sociodemográfico”. Edit. Gráfico Monterrico. S. A.
- ✚ Jiménez Navazcuez L. 2000 “Revista Rol de Enfermeros” Vol. 22, No. 11, Pág. 63.
- ✚ Millan Calenti, José Carlos. “Principios de Geriatria y Gerontología”. Edit. Mc. Graw-Hill Interamericana de España. 2006: 54-57.
- ✚ Moragas Moragas, Ricardo. “Gerontología Social”. Edit. Herder. 3º reimpresión España 2004:115-120.
- ✚ Programa Nacional de Salud, 2007-2012.
- ✚ Quintana Martínez Manuel, “Enfermería Geriátrica, Cuidados Integrales en el Anciano”. Edit. MONSA. Tomo I, 2004: 54-55.
- ✚ Rodríguez García, Rosalía, “Práctica de la Geriatria”. Edit. Mc Graw Hill. 3º ed., 2011: 42-49.

- ✚ Salazar González, “Calidad Total”. Edit. Edwin San Román, Perú, 2000: 82
- ✚ San Juan P, Pérez A, Bermúdez J. Escala de Autoeficacia General: Datos Psicométricos de la adaptación para población Española. Psicothema 2000: 509-513.
- ✚ Stanley Mickey, “Enfermería Geriátrica”. Edit. Mc Graw Hill 3° edición, . 2009:142.
- ✚ Watson, Jean, 2007: “Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería”. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. (Consulta: 24/08/2012).
http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson
- ✚ Mendoza Díez, Francisco, 2009: “Análisis cualitativo de la situación del adulto mayor en zonas marginadas”. Abandono social en el Adulto Mayor. (Consulta 16/08/2012).
<http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/ao2.pdf>