

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA
de la Fundación "La Caixa"

El modelo conceptual de enfermería de Virginia Henderson en la Atención
Domiciliaria de enfermos geriátricos.

AUTORES: Ángeles Arévalo García
M^a Dolores Mayán Cendón



Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en Enfermería para la obtención del Máster.

R.10.588

13 SET. 1999

Trabajo dirigido por el profesor:

Ferran Ferrer

Comisión evaluadora

M. Teixidor	Presidenta
E. Pont	Secretario
C. Ferrer	Vocal
F. Ferrer	Vocal
J. Tejada	Vocal

Presentado en fecha: 13 – IX – 99.

Aceptado en fecha:

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

Índice

	Página
1. Justificación	5
2. Objetivos	8
3. Marco Teórico	
3.1 Modelo de enfermería de Virginia Henderson.....	9
3.1.1 V. Henderson, vida y obra	9
3.1.2 V. Henderson, conceptos y teorías.....	11
3.1.3 V. Henderson, modelo conceptual.....	17
3.2 Evolución histórica de los cuidados a los ancianos.....	23
3.3 La Atención Primaria de salud.....	31
3.4 La Atención Domiciliaria.....	38
3.5 El rol de la enfermera en la Atención domiciliaria.....	48
4. Hipótesis.....	52
5. Marco Práctico	
5.1 Metodología.....	53
5.2 Población y muestra.....	53
5.3 Instrumento y su control.....	55
5.4 Proceso de recogida de información.....	59
5.5 Explotación	59
6. Descripción de los resultados	
6.1 Resultados respecto a los enfermos	
6.1.1 Análisis descriptivo.....	60

6.1.2	Análisis inferencial.....	70
6.2	Resultados respecto a los enfermeros	
6.2.1	Análisis descriptivo	74
6.2.2	Análisis inferencial	86
6.3	Resultados respecto a los cuidadores	
6.3.1	Análisis descriptivo.....	95
6.3.2	Análisis inferencial	103
7.	Conclusiones	106
8.	Límites de la investigación	111
9.	Propuestas de actuación y líneas de investigación	113
10.	Bibliografía	
10. 1	Bibliografía empleada.....	115
10. 2	Bibliografía consultada.....	118

1. JUSTIFICACIÓN

El fenómeno de la transición demográfica ha dejado sentir sus efectos en Cataluña en el curso de los últimos veinte años. Este hecho resulta evidente desde un punto de vista cuantitativo: después de unos decenios de incremento progresivo de la población, que permitieron prever que en el año 2000 habría en Cataluña unos doce millones de habitantes, las tasas de natalidad y de fecundidad han descendido drásticamente desde 1975 y ahora estamos en un crecimiento vegetativo cercano a cero lo cual mantiene a nuestra población prácticamente estancada. Las previsiones actuales nos dicen que, si todo sigue igual, al inicio del siglo XXI la población de Cataluña será la mitad de lo que se había pronosticado.

Pero desde un punto de vista demográfico tanto o más importantes que los cambios cuantitativos son los cualitativos. El rápido descenso de la natalidad ha ido precedido de una no menos marcada disminución de la mortalidad. Y, eso conduce, al mismo tiempo que a un estancamiento de la población, a un cambio significativo en su composición. Así, en 1900 había en Cataluña un 30 % de la población en edades comprendidas entre los 0 y los 14 años mientras que nada más un 4 % tenía 65 años o más. En 1960 las proporciones eran del 23 % y del 10 % respectivamente. Suponiendo que las cosas sigan como hasta ahora, al inicio del siglo XXI Cataluña tendrá más ancianos (17,5 %) que gente joven (16,3 %). Es decir, el índice de envejecimiento (relación porcentual por cociente entre la población mayor de 65 años y la comprendida entre los 0 y 14 años) que era del 13 % al empezar el siglo XX, llega cerca al 40 % en el año 1960, será del 107 % al cambiar el siglo. (Fuente: Población de Cataluña elaborada por el Centro de Estudios Demográficos, 1986).

Debido a todos estos cambios demográficos que están ocurriendo en nuestro país y en los de nuestro entorno, condicionados especialmente por la mayor

esperanza de vida al nacer y la baja tasa de natalidad, la atención a las personas mayores está siendo objeto de especial interés por parte de planificadores, gestores y profesionales sanitarios.

El crecimiento de los más mayores dentro de la población anciana es otro hecho a destacar, y ha provocado que hoy se hable de este proceso demográfico adjetivándolo de “cuarta edad”. La población mayor de 80 años duplicará sus efectivos actuales en España, situándose alrededor de los dos millones de personas.

Una de las características más significativas de la población en especial en relación a los más mayores, es la identificación de nuevas necesidades sociales y sanitarias específicas de este grupo de edad. El envejecimiento conlleva un deterioro fisiológico, que se acompaña con frecuencia de patología crónica y sistémica, de alteraciones psicológicas y de discapacidades.

En estudios para valorar la influencia de los avances médicos en la esperanza de vida y el estado de dependencia de los ancianos, se ha observado que, si bien la duración media de vida es más larga que nunca, la calidad de vida en los últimos años está disminuyendo. Y estos hechos obligan a considerar la prioridad de atender las necesidades de cuidados y prevenir la discapacidad y la dependencia de los mayores.

El perfil de la morbilidad y mortalidad de los ancianos, sugiere la necesidad de que los servicios sanitarios se orienten para poder cubrir una mayor demanda de cuidados, haciendo énfasis en la atención domiciliaria, puesto que la mayoría de estos ancianos permanecen en su domicilio habitual y necesitan una asistencia que engloba todas las necesidades de la persona: físicas, psíquicas, sociales y culturales.

De todo esto se desprende que la atención al anciano es un reto para los profesionales de la Atención Primaria.

Paralelamente y desde el punto de vista del profesional de enfermería el desarrollo del rol autónomo va adquiriendo cada vez mayor interés y más reconocimiento.

En las tres últimas décadas se han producido cambios dinámicos en la práctica de la enfermería, uno de estos cambios es la aplicación más rigurosa del proceso científico, que comprende la investigación profunda y sistemática de un problema dentro de un marco teórico definido. La enfermería se encamina hacia una aplicación más estricta de los métodos científicos a través del refinamiento de los procesos de enfermería. Las normas de la práctica de la enfermería demuestran el interés de la profesión por el enfoque científico de los procesos. El personal de enfermería ha desarrollado instrumentos para una valoración sistemática, categorías para el diagnóstico y mejores estrategias para la implementación.

Paulatinamente la enfermera está aprendiendo a aplicar los marcos teóricos a los procesos de atención de enfermería; estos procedimientos teóricos representan la base de aplicación de los procesos científicos. Teorías, marcos de referencia y modelos conceptuales son dirigidos a los procesos de atención de enfermería y guían la selección de estrategias de implementación.

En el medio en el que nosotros desarrollamos nuestra labor profesional el modelo conceptual más aceptado es el propuesto por Virginia Henderson, enfermera apasionada por su profesión y que dedicó su vida formarse y a investigar creando e impulsando una manera de “ser enfermera” con la cual muchos profesionales del mundo entero nos sentimos identificados.

Este trabajo pretende conocer las necesidades del enfermo crónico domiciliario y mayor de 65 años, mediante la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería, la recogida de datos, dentro del marco del modelo conceptual de cuidados de enfermería de Virginia Henderson.

2. OBJETIVOS

1. Identificar las necesidades reales de los enfermos crónicos domiciliarios, mayores de 65 años, atendidos por enfermería en Atención Primaria, en el Área Básica "*Sant Antoni*" de Barcelona.
2. Desarrollo del rol autónomo de enfermería, valorando la primera fase del proceso de atención de enfermería, la recogida de datos, según el modelo conceptual de Virginia Henderson

3. MARCO TEÓRICO

3.1 MODELO DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

3. 1. 1. Virginia Henderson, vida y obra.

Virginia Henderson nació el 30 de noviembre de 1897, en el seno de una familia caracterizada por el interés en los problemas sociales, el amor a la lectura y el espíritu abierto, siendo la quinta de ocho hermanos. Aunque oriunda de Kansas City, Misouri, Henderson pasó su infancia y adolescencia en Virginia ya que su padre era abogado en Washington D.C.

Durante la primera guerra mundial, Henderson desarrolló su interés por la enfermería, y en 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Henderson se graduó en 1921, aceptando un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nursing de Nueva York, servicio de Salud Pública, donde trabajó durante dos años como enfermera domiciliaria. Esta experiencia le va a servir para evidenciar la importancia que tiene en el proceso de curación del enfermo, el hecho de que mantenga sus hábitos de vida y su entorno familiar.

En 1923 inició su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia, donde era la única enfermera en formar parte del equipo docente. Cinco años más tarde ingresó en el Teacher's College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de B.S. y M.A. en formación en enfermería. En 1929 Henderson trabaja como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Vuelve al Teacher's College en 1930 como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el ejercicio analítico en enfermería y sobre el ejercicio profesional, hasta 1948.

Henderson tiene en su haber una larga carrera como autora e investigadora. Durante su estancia en el Teacher's College, reescribió la cuarta edición de la obra de Bertha Harmer, *Testbook of the Principles and Practice of Nursing*, tras la muerte de la autora, siendo publicada esta edición en 1939.

Desde el inicio de la década de los 50, Henderson ha trabajado en asociación con la Universidad de Yale desarrollando una gran labor de investigación sobre enfermería a través de esta asociación. Desde 1959 a 1971 dirigió el *Nursing Studies Index Project*, patrocinado por dicha Universidad. El *Nursing Studies Index* fue elaborado en cuatro volúmenes comentados que ordenaban la literatura biográfica, analítica e histórica sobre enfermería desde 1900 hasta 1959. Junto con esto, Henderson elaboró como autora o participó como coautora en varios trabajos importantes.

Su folleto, *Basic principles for Nursing Care*, fue publicado por el *Internacional Council of Nurses* en 1960, siendo traducido a más de 20 idiomas. La colaboración de Henderson con Leo Simmons durante cinco años dio como fruto una revisión de la investigación nacional en enfermería que fue publicada en 1964. Su libro, *The Nature of Nursing*, se publicó en 1966, y en él describía su concepto de la función única y primaria de la enfermería. Ha sido reeditado en 1991 por la *National League of Nursing*. La sexta edición del *The principles and practice of Nursing*, publicada en 1978, fue elaborada conjuntamente con Gladys Nite, siendo editada por Henderson. Este libro de texto se ha tomado como referencia para los planes de estudio de muchas escuelas de enfermería, habiéndose traducido a más de 25 idiomas.

Durante la década de los 80, Henderson permanece en activo como *Research Associate Emeritus* en Yale. Su influencia y los logros conseguidos en la profesión de enfermería le han reportado al menos nueve investiduras como doctor honoris causa (es también profesora honoraria de la universidad de

Barcelona) y el primer premio Christiane Reimann. Henderson ha recibido el Premio Mary Adelaide Nutting de la U.S. National League for Nursing, era socia honoraria de la Asociación of Integrated and Degree Courses in Nursing de Londres, y socia honoraria del Royal College of Nursing de Inglaterra. En 1983 recibió de Sigma Theta Tau International el Premio Mary Tolle Wright Founders a la Dirección, uno de los mayores galardones de esta sociedad honorífica. En la convención de la American Nurses Association, recibió una mención honorífica especial por las contribuciones que ha realizado durante toda su vida a la investigación, formación y desarrollo de la enfermería. La biblioteca informatizada de enfermería de Sigma Theta Tau International lleva el nombre de Virginia Henderson en su honor.

Para finalizar este recorrido por la vida y obra de V. Henderson, quisiéramos recordar los numerosos cursos, conferencias y seminarios que ha impartido tanto en su país como en Canadá, Japón, Australia, Francia, Suiza, Israel, Paquistán, Noruega y España; que juntamente con los artículos publicados en reconocidas revistas profesionales hacen de esta enfermera norteamericana, fallecida en 1996 en New Haven (Connecticut), una de las figuras más conocidas internacionalmente y cuyo trabajo ha estado reconocido con los numerosos y prestigiosos títulos anteriormente citados.

3. 1. 2. Principales conceptos y teorías

Henderson publicó por primera vez su definición de la enfermería en la revisión que en 1955 hizo de la obra de Harmer, *The principles and practice of Nursing*, de esta última. En la decisión de Henderson de crear su propia definición de la enfermería influyeron tres factores. En primer lugar, en 1939

revisó el *Textbook of Principles and Practice of Nursing*. Henderson ve en el trabajo que realizó con este texto el origen de su percepción de “la necesidad de aclarar las funciones de las enfermeras” (pág. 119). Otra razón fue su participación como miembro de un comité en una conferencia regional del National Nursing Council en 1946. Su trabajo en el comité fue incluido en el artículo de Esther Lucile Brown de 1948, *Nursing for the Future*. Henderson cree que este artículo representaba “mi punto de vista modificado por lo que pensaban los demás miembros del grupo” (pág. 62). Finalmente, Henderson se interesó por los cinco años de investigación que la American Nurses Association había realizado sobre la función de la enfermera, ya que no estaba totalmente de acuerdo con la definición que había aportado la ANA en 1955.

Henderson considera su trabajo una definición más que una teoría, ya que la teoría no estaba de moda en esa época. Describe su interpretación como “la síntesis de muchas influencias, unas positivas y otras negativas” (1955: 65). Henderson incorporó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de la enfermería. Sus referencias en estos campos proceden de su relación con Stackpole y Torndike durante sus estudios de graduación en el Teacher’s College.

Stackpole, profesora de fisiología, le transmitió la importancia de mantener un equilibrio fisiológico. Stackpole basaba su curso de fisiología en el dictamen de Claude Bernard de que la salud depende de que la célula esté rodeada de linfa. A partir de esto, Henderson supone que “una definición de enfermería debería llevar implícito el principio del equilibrio fisiológico” (1955: 10). Con la teoría de Bernard también mejora su apreciación de la medicina psicosomática y sus implicaciones en enfermería. Henderson afirma “era obvio que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico una vez que comprendí que una emoción es en realidad nuestra interpretación de la

respuesta celular a las fluctuaciones de la composición química de los fluidos intercelulares” (1971: 11) .

Por otro lado, Henderson no identifica las teorías precisas apoyadas por Thorndike, tan solo dice que se refieren a las necesidades fundamentales de los seres humanos. Se observa una correlación entre la jerarquía de Necesidades de Abraham Maslow y los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, comenzando por las necesidades físicas hasta los componentes psicosociales (Marriner, 1994: 104).

El libro *The nature of Nursing*, recoge las ideas fundamentales del modelo de cuidados de Virginia Henderson y define la función propia de la enfermería de la siguiente manera: “La función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría el mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesaria. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible” (1971: 7).

Respecto a la salud, Henderson no especifica una definición propia sobre la salud, pero en su obra equipara a la salud con la independencia. En la sexta edición del *Textbook Principles and Practice of Nursing*, publicado en 1978, cita varias definiciones de salud de diferentes fuentes, incluida la de la Organización Mundial de la Salud. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es “la calidad de la salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor potencial de satisfacción en la vida” (1978: 122).

Entorno. Tampoco hace Henderson una definición propia del entorno. Remite al Webster's New Collegiate Dictionary, 1961, que define el entorno como "el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan la vida y el desarrollo de un organismo" (pág. 829).

Persona (Paciente). Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y su familia como una unidad.

Necesidades. Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería (1971:63).

Dichas necesidades son:

1. Respirar normalmente. Es la necesidad de los seres vivos consistente en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y expulsar el gas carbónico producido por la combustión celular.
2. Comer y beber de forma adecuada. Es la necesidad de todo organismo de ingerir y absorber alimentos en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la conservación de la energía indispensable para su funcionamiento.
3. Eliminar los residuos corporales. Es la necesidad para el organismo de desembarazarse de las sustancias nocivas e inútiles que resultan del metabolismo. La excreción de los residuos tiene lugar, principalmente por la orina y las heces, y también a través de la transpiración y la expiración pulmonar. La menstruación es una eliminación de sustancias inútiles que se produce en la mujer núbil no encinta.

4. Moverse y mantener la postura adecuada. es la necesidad de todo ser viviente de estar en movimiento, de movilizar todas las partes de su cuerpo mediante movimientos coordinados y de mantenerlas bien alineadas para permitir la eficacia de las funciones del organismo. La circulación sanguínea resulta favorecida por los movimientos y actividades físicas.

5. Dormir y descansar. Es la necesidad de todo ser humano de dormir y descansar en cantidad suficiente para permitir al organismo alcanzar su pleno rendimiento.

6. Elegir las prendas de vestir - vestirse y desvestirse-. Es la necesidad propia del individuo de llevar vestidos adecuados según las circunstancias (hora del día, actividades...) para proteger el cuerpo de los rigores climatológicos (frío, calor, humedad...) y permitir libertad de movimientos. Ciertas sociedades se visten por pudor. El vestido les permite asegurar el bienestar, proteger la intimidad sexual de los individuos, y también tiene un significado de pertenencia a un grupo, a una ideología o a un estatus social. Además el vestido puede convertirse en un elemento de comunicación por el atractivo que suscita entre los individuos.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los valores normales mediante la selección de la ropa y la modificación del entorno. Es la necesidad para el organismo de conservar una temperatura en un grado casi constante (margen normal en el adulto sano 36,1°C - 37° C) a fin de mantenerse en un estado de bienestar.

8. Mantener el cuerpo limpio y cuidado y los tegumentos protegidos. Es la necesidad para el individuo de mantener su cuerpo limpio, de tener un aspecto cuidado y de mantener la piel sana con el fin de que pueda desempeñar su

papel de protección contra toda introducción en el organismo de polvo, microbios...

9. Evitar los riesgos del entorno y evitar lesiones a otros. Es la necesidad para todo ser humano de protegerse contra cualquier agresión interna o externa para mantener su integridad física y psicológica.

10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones. Es la necesidad que tiene el ser humano de mantener contacto con sus semejantes. Pone en movimiento un proceso de dinámica verbal y no verbal que permite a las personas hacerse accesible unas a otras, llegar a poner en común sentimientos, opiniones, experiencias e informaciones.

11. Realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno. es la necesidad de todo individuo de realizar gestos, actos conformes a su noción personal del bien y del mal.

12. Trabajar de forma que nos sintamos satisfechos con lo realizado. Es la necesidad de todo individuo de cumplir actividades que le permitan satisfacer sus necesidades o ser útil a los demás. Las actividades que el individuo cumple le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. La gratificación que el individuo recibe como consecuencia de sus acciones puede permitirle llegar a un pleno desarrollo.

13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa. Es la necesidad del ser humano de divertirse mediante una ocupación agradable, con el fin de conseguir una distensión física y psicológica.

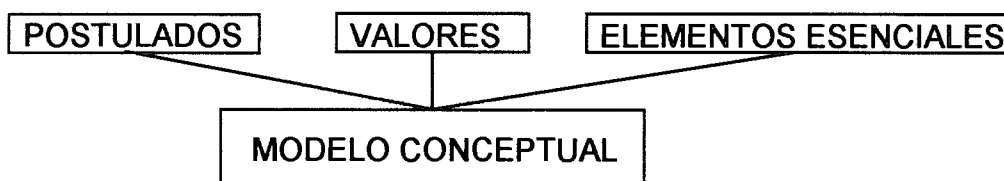
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales y utilizar los recursos sanitarios disponibles. Es la necesidad del individuo de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades a través de la modificación de su comportamiento o la adquisición de otros nuevos con el fin de mantener o recobrar la salud.

Cada una de estas necesidades se encuentra relacionada con las diferentes conexiones del ser humano. Para cada una de ellas Henderson encuentra una dimensión física, psicológica, sociológica, cultural y espiritual.

3.1. 3 El modelo conceptual.

La expresión “modelo conceptual” usada de vez en cuando en otras disciplinas es relativamente nueva en el vocabulario de enfermería. Pero aunque el término haya sido tomado recientemente, la idea no es nueva en absoluto, ya que cada enfermera ha tenido siempre una idea de concebir u observar se propia profesión.

Un modelo conceptual es una representación estructural de la realidad, una imagen mental, una concepción compuesta de:



Para la enfermera, el modelo conceptual es una manera tanto de concebir el servicio prestado a la persona y a la sociedad, como de describir su rol profesional (Canalejas Pérez, 1987: 63-66).

Los postulados

Forman las bases teóricas y científicas del modelo conceptual. Los postulados elegidos para el fundamento teórico del modelo pueden venir de una teoría o práctica particular, o de ambas. Una y otra han sido comprobadas en el desarrollo de la teoría o son al menos susceptibles de verificación. Los postulados son las suposiciones aceptadas por los que quieren usar el modelo; son el "cómo" del modelo, su fundamento.

Según Virginia Henderson el individuo sano o enfermo es un todo completo que presenta 14 necesidades básicas. El rol de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano al mantenimiento de la salud o a la recuperación de la enfermedad, (o asistirlo en sus últimos momentos) y efectuar estas funciones de modo que le ayude a recuperar su independencia con la mayor rapidez posible.

Necesidad básica: Es la necesidad vital, es lo que resulta indispensable para una persona para mantener su integridad física, psicológica y promover el desarrollo y el crecimiento. Estas son necesidades comunes a todos los individuos, pero cada persona tiene la habilidad y la capacidad de satisfacerlas de forma diferente. Virginia Henderson define los criterios de dependencia e independencia para determinar el grado de satisfacción de cada una de las necesidades (1971: 14).

Independencia: Es la satisfacción de las necesidades del ser humano mediante acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar, según su etapa de crecimiento y desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia: Es la no satisfacción de una o diversas necesidades del ser humano a causa de que las acciones que realiza son inadecuadas o insuficientes, también por la imposibilidad de llevarlas a término si padece una incapacidad física. En este caso, en el momento en que los déficits estén subsanados (independencia asistida), esta dependencia ya no se puede considerar como tal, aunque la alteración física persista.

Manifestación: Signo observable en el individuo que permite identificar la dependencia o independencia en la satisfacción de las necesidades.

Los valores

Los valores constituyen el "porqué" del modelo y no están sujetos al criterio de verdad. Deben, sin embargo, reflejar el sistema de valores de la mayoría de la sociedad a la que la profesión desea servir. Los valores son las creencias inherentes en la concepción del modelo. Permiten una visión global del servicio enfermero.

Para Virginia Henderson los valores fundamentales serían que la enfermera tiene funciones propias, que cuando la enfermera ocupa el rol del médico, delega sus funciones propias a una persona no cualificada y que la sociedad espera un servicio particular de parte de la enfermera, que ningún otro trabajador le puede dar (1971:8).

Elementos esenciales

Los elementos esenciales son el “qué” del modelo conceptual. Son la vida del modelo y estimulan las actividades profesionales de los que ven la profesión de la misma forma. Los elementos principales de un modelo de enfermería dejan claro que la enfermería se puede ejercer en cualquier sitio o lugar. Dan significado a las diferentes acciones que llevan a cabo los profesionales.

Estos elementos fundamentales abarcan específicamente:

- a. El objetivo de la profesión
- b. El beneficiario del servicio profesional
- c. El papel del profesional
- d. El origen de la dificultad del beneficiario
- e. La intervención del profesional
- f. Las consecuencias

Ahora pasaremos a ver estos elementos detalladamente.

a. El objetivo de la profesión que es el fin por el que todos los profesionales se esfuerzan. El objetivo es ideal y al mismo tiempo limitado. Es “ideal” porque representa la meta a la que toda la profesión le gustaría llegar y “limitado” porque define los parámetros de la profesión. El objetivo de la profesión según V. Henderson es conservar y recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de las 14 necesidades.

b. El cliente que como ya definimos anteriormente es el ser humano formando un todo completo presentando 14 necesidades fundamentales del orden bio-psico-social.

c. El rol del profesional que es el papel jugado en la sociedad por los miembros de la disciplina. El papel debe ser reconocido y aceptado necesariamente por la mayoría de la sociedad, porque sino el servicio probablemente

desaparecería ya que las profesiones de servicio existen generalmente como respuesta a las necesidades de la sociedad.

El público necesita los servicios de un abogado porque este profesional puede defender los derechos, la misma gente consulta a un médico porque ve cómo hace un papel curativo y sanitario. En un modelo de enfermería este tercer elemento fundamental clarifica el papel de la enfermera. Para Virginia Henderson el papel de la enfermera es de suplencia y ayuda. Suplencia significa hacer por el individuo aquello que él mismo realizaría si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. Las intervenciones de la enfermera se deben orientar esencialmente hacia la independencia del cliente en la satisfacción de las 14 necesidades básicas (1966:84).

d. El origen de las dificultades que indica el campo de aplicación de la profesión. Se refiere a la causa del problema del paciente que el profesional, por su educación y experiencia está preparada para resolver. Virginia Henderson identifica tres grupos:

- Falta de fuerza: es la incapacidad física, psíquica y de habilidades psicomotrices para llevar a cabo las acciones pertinentes y necesarias a cada individuo.
- Falta de voluntad: es la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse a tomar la decisión adecuada a cada situación así como el ejercicio y mantenimiento de las actividades necesarias.
- Falta de conocimiento: relacionado con cuestiones esenciales sobre la propia salud y la situación de enfermedad, sobre la propia persona y sobre los recursos de que puede disponer.

e. La intervención del profesional se divide en el foco de la atención en el momento en que se interviene y los modos de la intervención.

El foco de la atención del profesional. El enfermo o individuo se ve como un todo extremadamente complejo; sin embargo, sólo un aspecto puede recibir

toda la atención del profesional en un momento dado. Incluso aunque no se olvida la persona en sí, la acción particular debe dirigirse a una parte del todo, ya que nadie puede hacer todo al mismo tiempo. El foco de atención para Virginia Henderson es en cada momento las causas de la dependencia del cliente en dicho momento.

Por lo que respecta a los modos de intervención son los medios que el profesional tiene a su disposición para intervenir. Según el modelo conceptual de V. Henderson el modo de intervención es el de suplencia, aumentando, completando, disminuyendo, reemplazando... lo que el cliente no tiene.

f. Las consecuencias son los resultados deseados de las actividades profesionales y deben ser congruentes con el objetivo ideal. Algunas profesiones son capaces de predecir también consecuencias indeseables. Estas consecuencias son las que pueden producirse como efectos secundarios no deseados, incluso aunque se consiga lo esperado. Para Virginia Henderson la consecuencia deseada de su modelo es conseguir la independencia del beneficiario en la satisfacción de sus 14 necesidades fundamentales o una muerte apacible.

3. 2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS CUIDADOS A LOS ANCIANOS.

El hombre como cualquier ser viviente, se ha encontrado siempre frente a un conjunto de problemas existenciales como individuo y como especie. Para hacerles frente ha prodigado cuidados tanto sobre sí mismo como sus congéneres, en un principio de forma intuitiva y evolucionando después por vías empíricas hacia la profesionalización.

En los últimos cien años la ancianidad se ha convertido en un problema social importante. La sociedad no estaba acostumbrada a que un porcentaje tan alto de la población, cada día creciente, fuese de edad tan avanzada. No existían los largos cuidados de salud para el anciano, no existía apenas, aunque tanto se alude a ella, la convivencia trigeracional o incluso cuatrigeneracional (Zonabend, 1988:17-19) .

Uno de los puntos que preocupa especialmente a nuestra sociedad es que, dado que los ancianos son un colectivo de “no activo” que deben ser alimentados por el grupo de los “activos”, la relación numérica entre ambos es proporcionalmente desfavorable para el segundo grupo.

Pero la sociedad también preocupa a los propios ancianos, ya que son ellos los que reciben gran parte de las consecuencias negativas del hecho. Los ancianos no han creado el problema de la ancianidad, son parte de él. Asumir este hecho y poner los medios para que los individuos consigan vivir una vida plena y satisfactoria a cualquier edad es tarea de todos los individuos integrantes de un grupo social determinado.

Las formas sociales de producción han influido en todas las culturas sobre la suerte del anciano. La miseria o la riqueza, la seguridad o inseguridad de la sociedad hacen de los ancianos débiles o poderosos. En el fondo, la vejez,

aún en situaciones de poder, es respetada, pero no amada ni deseada, según puede constatarse a lo largo de la historia. En la literatura, las sátiras y burlas de la vejez son abundantes y constantes. Se considera al viejo como un ser que ya no es de este mundo y que, por tanto debe renunciar a las satisfacciones y placeres de la vida. Cuando no acepta su "papel" es incomprendido por los ciudadanos

En el análisis de la historia de las civilizaciones se demuestra que el anciano casi siempre ha sido despreciado, o al menos oficialmente y criticado en realidad, lo que pone de manifiesto que las condiciones socioculturales han propiciado diferentes formas y fundamentos de cuidados dispensados a los ancianos.

Sin embargo, los dirigentes de estas antiguas civilizaciones pretendían que sus gentes fueran respetuosas con los ancianos y que cuidaran de ellos cuando, por debilidad física o mental, dejaban de valerse por sí mismos (Segalen, 1992: 8-10). No obstante, no siempre sería así cuando en sus escritos, como ocurre en la Biblia, se recuerda constantemente la obligación moral hacia los mayores.

La doctrina de Cristo que predicaba amor y fraternidad desarrolló un altruismo asistencial, basado en las obras de misericordia dirigidas a todos los necesitados entre ellos los ancianos, que, por sus condiciones físicas y mentales y por haber perdido la supremacía social eran proclives a recibir atención caritativa.

Los preceptos bíblicos hacia las personas de edad, junto con el deber asistencial de la doctrina cristiana, tomaron un sentido de responsabilidad colectiva. Así, en las comunidades eclesíásticas surgieron los "gerontokomios", hogares para los ancianos integrados en establecimientos conocidos como

"xenodocheion", destinados a atender a todo tipo de necesitados (García Hernández, 1997: 89).

La edad Media representó un retroceso en la evolución social de la humanidad y ello repercutió en la situación de la ancianidad.

Los castigos pecuniarios por dar muerte a una persona anciana eran tres veces menores que los equivalentes por dar muerte a un hombre en la plenitud de la vida. Las difíciles condiciones de vida no permitían a muchos llegar a viejos (Flandrín, 1979: 33).

En este contexto de dureza el cristianismo desempeñó un papel ambivalente. Por un lado, creó hospicios y hospitales, donde se practicaba la caridad cristiana, aunque el objetivo era la caridad en sí misma como prenda para la futura salvación, no el anciano como tal; por otro, mientras la Iglesia mantenía el culto por el cuarto mandamiento del decálogo, no existía ningún culto por la familia, sino que se aconsejaba su abandono y el ingreso en un convento.

Los viejos estaban excluidos de la vida pública, eran los más jóvenes de la sociedad quienes dominaban; la sociedad estaba más regida por la fuerza de las armas que por las instituciones estables. En el campo, el padre no conservaba su autoridad al envejecer y era suplantado por el hijo mayor quien tomaba posesión de la casa y de la propiedad e incluso desplazaba de su habitación al padre. Los viejos que no tenían familia eran socorridos por el señor o por el asilo, y, en las ciudades, por la corporación y su cofradía religiosa.

En la Europa occidental fueron surgiendo hospitales bajo el patrocinio de la Iglesia, los más conocidos son los "Hôtel Dieu". Algunos se dedicaron a atender ancianos, ya fuera por su propia condición de vida o por ser considerados pobres. En España hay referencias de centros destinados a la

atención de pobres y ancianos, atendidos por personal no exclusivamente religioso con la finalidad de atender esencialmente las necesidades fisiológicas del hombre y el bienestar espiritual (García Hernández, 1997: 30-38).

Por otra parte, al mismo tiempo que la práctica de la caridad movía la asistencia a los ancianos, en las postrimerías de la Edad Media resurgió el razonamiento científico-médico adormecido desde los escritos galénicos, que facilitaría el avance de los conocimientos de los problemas de la ancianidad.

El avance de la burguesía y su incipiente capitalismo hicieron variar el sistema de valores de la sociedad dando importancia a los contratos y escrituras comerciales, y no a las armas. Todo ello influyó en la situación de los viejos. quienes, por acumulación de riquezas, podían llegar a ser realmente poderosos.

Había dos tendencias: una religiosa y espiritualista y otra materialista y burlesca. Dante (prerrenacentista) metaforizaba y decía que la principal preocupación del anciano debía ser “bajar las velas”, para llegar apaciblemente a puerto. La vejez era el momento de asegurar la salvación. Esto generó una corriente de austeridad, seguida incluso por el papado, y empezaron a ser elegidos Papas ancianos. La edad ayudaba a imprimir una imagen de calidad. La visión materialista (Boccaccio) criticaba a los viejos que se enriquecían y acaparaban poder, dinero y mujeres, la sexualidad del viejo es comentada con cierta repugnancia. Para los pobres, la invalidez, dependencia, pasividad, decadencia y miseria económica eran su lamento habitual.

En aquella época aparecieron dos comunidades religiosas destacadas por su labor en pro de los ancianos: las Hijas de la Caridad y los hermanos de San Juan de Dios.

En los siglos XVIII Y XIX aumentó la población mundial gracias a factores como la higiene, la medicina y la mejor alimentación. Esta afirmación es cierta a medias, ya que se refiere preferentemente a las clases adineradas las cuales, a pesar de las enfermedades que causaban los excesos de la buena mesa, la falta de actividad y el vicio, vivían por lo menos diez años más que las personas de clase inferior. Éstas sufrían el desgaste por el trabajo, la miseria y la fatiga, y porque su pobreza les impedía procurarse lo que necesitaban para su subsistencia. Por eso podemos hablar de dos categorías de ancianos según su procedencia (Segalen, 1992: 27).

En la burguesía se creó una ideología que mejoraba el concepto de la vejez; los ancianos participaban en la vida pública y en las diversiones de su clase. En una economía basada en el lucro y en las inversiones para obtener más lucro, la estructura familiar con el “abuelo” en su cúspide era muy importante. No se trataba de luchar entre generaciones, sino de unirse todos contra otros grupos sociales. La experiencia era una acumulación de conocimientos y vivencias; por eso la vejez era un valor. No obstante, según observada Diderot: “la vejez es honrada pero no amada” (1953: 95). Las virtudes exigibles a un anciano en un capitalismo puritano eran el rigor moral, la austeridad, la sofocación de pasiones y el distanciamiento del mundo. Los viejos se volvían filántropos y practicaban la beneficencia, lo que les aseguraba la felicidad personal. En cuanto a las clases obreras, aunque en menor medida que en la burguesía, los ancianos también aumentaban. Por primera vez en la historia, la literatura se interesaba por los viejos pobres. El avance del modo de producción capitalista suponía en las fábricas, unos ritmos de trabajo muy fuertes a niños y adultos; al avanzar la edad, la mayoría morían

prematuramente y los que quedaban se veían en la miseria. Frente a esta situación, y debido al aumento de los ancianos mendigos por las calles y a la presión social de los trabajadores, la burguesía respondió con la beneficencia y posteriormente con el concepto de estado-benefactor que debía hacerse cargo de los ancianos.

En el campo, la situación era ligeramente diferente. Entre los campesinos acomodados, la familia patriarcal continuaba y el padre conservaba un gran poder que podía llegar a ser tiránico. Para los demás, la situación era de mera subsistencia, y era frecuente deshacerse de los ancianos cuando éstos ya no podían colaborar en los trabajos, ingresándolos en los asilos, algunos de los cuales siguen prestando servicio en la actualidad (Kertzer, 1984:17-23).

La mayoría de los asilos eran obra de entidades religiosas o de instituciones filantrópicas privadas, y en ellos se atendía a numerosos ancianos de ambos sexos, en amplias salas con docenas de camas. Los cuidados continuaban dispensándose bajo planteamientos caritativos, a pesar de los avances metodológicos. Algunos de estos asilos se encontraban anexos a los hospitales.

La conducta humana hacia los problemas de la ancianidad, manifestada a lo largo de la historia, ha llegado a incidir en nuestro tiempo, y son el punto de partida para llegar a entender la situación actual de la salud pública respecto a ellos.

La práctica de lo que más tarde se denominó enfermería de salud pública es la consecuencia de la influencia que en la profesión han tenido y siguen teniendo la evolución de la sociedad, el progresivo avance de los múltiples conocimientos del conjunto de las ciencias en las diferentes épocas, y las

necesidades de la población, en un intento de dar respuestas de salud a la humanidad.

El salto hacia la profesionalización de la enfermería y la aparición de la enfermería de salud pública se produce en Gran Bretaña hacia la mitad del siglo XIX, a partir del movimiento sanitario inglés. Edwin Chadwich en 1837, publica un informe sobre las condiciones sanitarias de la población trabajadora. Gran número de profesionales sintió interés por las posibilidades de actuación a nivel de las necesidades de la población para poder afrontar los problemas de salud, y el gobierno Británico comenzó a tomar decisiones legislativas para preservar la salud.

El primer plan falló, pero una segunda iniciativa tres años más tarde en Liverpool constituyó lo que la mayoría de los autores reconocen como la primera organización de enfermería de salud pública.

El proyecto fue promovido por un rico comerciante llamado William Rathbone que, por un problema personal, decidió de forma filantrópica emprender la tarea de formar y dirigir a un grupo de enfermeras, que en contra de toda la tradición de la enfermería no trabajarían en el hospital, sino que estarían dando atención a la comunidad.

Las primeras enfermeras de salud pública trabajaron dividiendo la ciudad de Liverpool en 18 distritos y encargándose cada una de uno de ellos, cubriendo unas funciones que fueron definidas por Rathbone (1861:6) como:

1. Asistencia domiciliaria
2. Educación sanitaria
3. Asistencia social

William Rathbone, que dio muestras de su capacidad de gestión y organización, y que es aceptado mundialmente como el fundador de la

disciplina, no tenía paradójicamente ninguna formación académica en ciencias de la salud, pero supo asesorarse muy bien y mantuvo correspondencia con Florence Nightingale pidiéndole ayuda en el desarrollo teórico de su plan.

Siguiendo la evolución de las tendencias en la prestación de asistencia la OMS publica en 1978 un informe donde se da una definición de la enfermería de Salud Pública:

“ La enfermera de Salud Pública es una enfermera general, capaz de actuar en un grupo sanitario, de comunicarse con la población y motivarla y de colaborar eficazmente con el personal docente, de asistencia social y de otra clase en el seno de la comunidad”.

Durante la última década se ha producido una tendencia a reemplazar el término “salud pública” por el de “salud comunitaria”, dado que este último implica una dinámica más participativa entre las comunidades humanas y su salud.

El término salud comunitaria concierne a todas aquellas actividades relacionadas con el mantenimiento y la mejora del estado de salud de las poblaciones.

La aportación de la OMS a la noción de salud comunitaria fue un enfoque alternativo a la distribución de los servicios sanitarios bajo los términos que poco a poco fueron cambiando “servicios de salud pública”, “servicios de salud comunitaria” y recientemente “atención primaria de salud”.

3. 3 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

En los últimos decenios el panorama de la salud en el mundo desarrollado ha cambiado. Gracias a los avances de la terapéutica, a la mejora de la calidad de vida y a la vigilancia sanitaria continuada, muchas de las enfermedades que hace 150 años constituían las primeras causas de morbi-mortalidad (peste, cólera, viruela, etc...), no son más que recuerdos.

Esto no quiere decir que las amenazas a nuestra salud hayan dejado de existir; por el contrario, nuevas e invalidantes patologías han venido a unirse a la persistencia de algunas de las de origen infeccioso.

Ante esta situación, se vio la necesidad de la reorientación de los sistemas de salud de los diferentes países; así en 1978, en la Conferencia mundial de Alma Ata, La Organización Mundial de la Salud destaca la atención primaria de salud, como una estrategia para alcanzar el objetivo general de salud para todos en el año 2000, que implica la igualdad en el acceso a la salud, la cooperación multisectorial y que exige la acción coordinada de todos los sectores implicados.

En esta misma conferencia se define la atención primaria de salud como:

“ Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo socioeconómico global de la comunidad. Representa el primer nivel

de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de la asistencia sanitaria”.

Las principales características de la filosofía de los cuidados de enfermería en atención primaria de salud pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. Primaria significa fundamentalmente y de primera necesidad, aquello que es vital para el individuo o la población, cuya carencia comportaría graves riesgos para su salud. Esto requiere, ante todo, conocer “quienes son” antes de atribuirles “lo que tienen” . Esto significa descubrir aquello que les causa problemas en una situación concreta. (Collière, 1988: 2).
2. Accesibles: tanto geográfica (allí donde el individuo vive o trabaja) como socialmente (a disposición de todos los individuos, cualesquiera que sean su clase social o recursos económicos, cultura o religión)
3. Adaptados a las necesidades de salud de la población.
4. Utilización de medios de trabajo apropiados, simples, accesibles a la población y con un coste abordable.
5. Globales: Implica servicios de promoción de salud, cuidados preventivos, curativos y de readaptación en función de las necesidades de las familias y/o grupos.
6. Continuos a la largo de la vida del individuo.
7. Los cuidados de enfermería en atención primaria no pueden existir sin la participación directa o activa de los miembros de la comunidad.

“Preferentemente, la enfermera de atención primaria debería ser una generalista capaz de proporcionar toda una serie de servicios y contribuir a planificar y supervisar las actividades del personal auxiliar que trabaja en el equipo.” (OMS, 1978).

Para M. V. Anton (1989: 73): “ La enfermera de atención primaria es aquella que conoce las necesidades de cuidado de salud de la población, posee los conocimientos científicos, las habilidades técnicas y la actitud apropiada para proporcionarlos a individuos aislados, en familia o en otros colectivos, allá donde viven, donde trabajan o donde se relacionan, o en los centros sanitarios cuando fuera preciso, desde una concepción de la enfermera como miembro de un equipo interprofesional que trabaja en coordinación con otras instituciones y que está abierta a la participación comunitaria”.

El real decreto de estructuras básicas de salud, 137/1984 del 11 de enero, es el instrumento jurídico que da forma al nuevo modelo de Atención Primaria en España.

El objetivo del mencionado Real Decreto es “establecer los principios normativos generales conforme a los cuales sea posible la creación y puesta en funcionamiento de zonas de salud, a las que se atribuyan funciones integradas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, dirigidas tanto al individuo aisladamente considerado como a los grupos sociales y a las comunidades en que se insertan, quienes por otro lado, participan activamente a lo largo de todo el proceso sanitario”.

Para alcanzar dicho objetivo en el articulado del Real Decreto se define entre otros:

- **La zona de salud.** El equipo de atención primaria actuará en una determinada zona de salud. La zonificación persigue fundamentalmente hacer accesibles todos los servicios a los ciudadanos, desde el punto de

vista geográfico y de comunicaciones. Pero además permite que un determinado Equipo de Atención Primaria comparta con una población definida, la responsabilidad del cuidado integral de su salud, lo que no sería posible si la población estuviere dispersa.

- **El centro de salud.** Estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud donde desarrollará sus actividades y funciones el Equipo de Atención Primaria.
- **El Equipo de Atención Primaria y su composición.**
- **La figura del coordinador médico,** sobre quien recae la dirección del Servicio de Atención Primaria.
- **Las funciones del Equipo de Atención Primaria** que han de garantizar una atención de salud integral y comprende además del cuidado de la enfermedad, las áreas de promoción, prevención y reinserción social.

En el apartado de funciones se hace énfasis en la necesidad de la educación sanitaria de la población en la que está demostrado que la enfermería tiene un papel primordial y se establece la necesidad de realizar el diagnóstico de salud de la zona. Por último, se destaca la necesidad del trabajo en equipo, de forma que cada uno de sus miembros se obligue a participar en el estudio, ejecución y evaluación de las actividades comunes.

Con la proclamación de la Constitución Española en 1978, se instauran en España las Comunidades Autónomas y se inicia la reforma que prevé transferir el poder de todos los niveles de la Administración Central a las autonomías.

La tendencia actual del sistema sanitario español se fundamenta en la Ley general de Sanidad del 26 de Abril de 1986. Dicha ley establece las bases y los criterios de funcionamiento del sector sanitario. La ley prevé la creación de un sistema nacional de Salud de las 17 comunidades autónomas, así como los servicios de salud de la Administración del Estado. Dicho sistema reunirá la

totalidad del sector público incluidos la administración de salud nacional y los seguros sanitarios privados.

La aplicación de esta ley se basa, en la creación de las Áreas básicas de salud, que son estructuras encargadas de la gestión de los establecimientos sanitarios. Esta ley da una gran prioridad a la atención primaria así como a la protección de la salud.

La ley General de Sanidad, en el artículo 84, prevé la elaboración de un estatuto marco que regule entre otras cosas, las funciones de cada estamento.

Desde el punto de vistas legal, los profesionales de enfermería nos hallamos en una situación un tanto precaria dado que nuestras funciones, reguladas en el "Estatuto del personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social" de la orden del 26 de abril de 1973 y en el Real Decreto del 14 de Junio de 1984, no acaba de ajustarse a las demandas actuales de salud de la población ni a las actuaciones de enfermería, que estos profesionales llevan a cabo para dar respuestas a dichas demandas.

En Cataluña, el Decreto 84/85 sobre la reforma de atención Primaria (DOGC. nº 527), establece las bases para hacer posibles los cambios funcionales y estructurales, en lo que se hace referencia a la atención primaria.

Posteriormente, la ley 15/1990 de 9 de Julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña, es el marco de referencia actual para la realización de una política de salud.

Así mismo, el Reglamento Marco de los equipos de Atención Primaria publicado en el DOGC. nº 1309, orden del 6 de Mayo de 1990, tiene como objetivo primordial, la concreción de las funciones del equipo, los criterios

generales de su organización e incluye también una serie de mejoras cualitativas de las responsabilidades de los profesionales de enfermería (artículo 71).

Una experiencia innovadora en gerontología en Cataluña nace con el programa Vida als anys, creado por la Orden del 29 de mayo de 1986 (DOGC 694, del 2 de junio de 1986) y que pretende dar una respuesta específica a las necesidades de atención socio-sanitaria que afectan a nuestros mayores con enfermedades de larga duración. Su objetivo es la atención de aquellas personas que necesitan un tratamiento médico largo, integrado con la prestación de unos servicios sociales específicos de la vejez que permitan conseguir una asistencia globalizada y adaptada a la población que, por razón de su edad y/o de su salud, necesita una atención especial para mantener y mejorar su calidad de vida.

En su primera fase se redactó un Decreto de acreditación de centros sociosanitarios en el que se determinaban las características, servicios y equipamientos que deberían reunir mínimamente las instituciones. En aquellos momentos todavía no existía la Consellería de Benestar Social de forma independiente sino que estaba incluida en la Consellería de Sanitat, lo que permitió dar una visión más integral a nivel sociosanitario. También en aquella primera etapa se redactaron los primeros decretos de concertación de servicios institucionales, modalidad muy extendida en Cataluña, tanto para servicios sociales como sanitarios.

A partir de 1989, se diseña el programa sociosanitario como una propuesta de servicios, que de forma integral, interdisciplinaria y coordinada pretende dar atención a los enfermos crónicos y terminales. Para ello se prevén los siguientes servicios:

1. *Unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS).* Son unidades de soporte interdisciplinario en los hospitales de agudos; los

hospitales e más de 200 camas dispondrán de un 10% de las mismas para atender aquellos pacientes.

2. *Programa de atención domiciliaria.* Es un programa coordinado con atención primaria, sanitaria y social, que podrá disponer de equipos interdisciplinarios especializados, llamados equipos de soporte.
3. *Centros específicos sociosanitarios (CESS).* En estos centros, distribuidos por toda la geografía catalana se dispondrá de tres tipos de unidades:
 - a) Unidades de rehabilitación y convalecencia. Son unidades de media estancia para la atención postaguda, de cuidados paliativos y terminales.
 - b) Unidades de geriatría. Consideradas ya de larga estancia sin perder el objetivo de un retorno al domicilio.
 - c) Unidades de demencia. Para la atención específica de personas con demencias seniles, enfermedad de Alzheimer, etc.

También se prevé que en la mayoría de estos centros se disponga de hospital de día, en el que puedan atenderse usuarios de características similares a los correspondientes a las unidades descritas, pero que dispongan de soporte familiar unos días a la semana y/o por las noches.

Es importante resaltar que existirán unas comisiones que, por áreas comarcales, barrios, zonas, etc., serán las receptoras de las demandas y, al mismo tiempo, las que distribuyan y coordinen los recursos existentes.

Por último, cabe decir que con la creación de la Consellería de Benestar Social también se está desarrollando un Plan Gerontológico orientado a la cobertura de las necesidades sociales de los ancianos con residencias, centros de día, etc., y que se coordinarán con el Programa de vida als anys. En 1991 se publicó el "Plan Integral per a la vellesa", que consta de 60 programas, con la finalidad de dar, no años a la vida, sino vida a los años.

3. 4 LA ATENCIÓN DOMICILIARIA.

La atención domiciliaria es una necesidad sentida y vivida por amplios sectores de la comunidad, en la medida en que tiene como objetivo responder a la problemática que representa mantener una persona enferma o incapacitada en su domicilio, con todas las connotaciones de tipo asistencial y organizativas que ello lleva consigo, tanto para el usuario y su familia como para el equipo de atención de salud.

Un análisis de la atención domiciliaria desde la perspectiva de la atención primaria de salud, uno de los niveles de atención implicado en este tipo de actividad, nos obliga a hacer referencia al hecho de que hoy día asistimos a un importante proceso de cambio en el marco conceptual y organizativo de la atención primaria, cambio que tiene como objetivo acercar el trabajo de los diferentes profesionales implicados en las estructuras de atención primaria a las necesidades de salud de la población.

Los orígenes de la atención domiciliaria en nuestro país, como actividad institucional diferenciada de la asistencia domiciliaria y con un importante peso en contenidos en enfermería, hay que ir a buscarlos en algunas experiencias de hospitalización a domicilio desarrollados por algunos hospitales a partir de los inicios de la década de los años ochenta, y que se basaban en trabajos realizados en otros países como Suiza, Francia, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, etc...

La hospitalización a domicilio se planteaba con el objetivo de proporcionar atención a enfermos en su domicilio, con posterioridad a su alta hospitalaria, por parte de los profesionales de enfermería del hospital, extendiendo de esta manera el ámbito de actuación del hospital al domicilio de algunos usuarios. Este tipo de actividades se desarrollaban en un contexto caracterizado por un

papel preponderante del hospital en el sistema sanitario, y por la escasa o nula respuesta de las estructuras de atención primaria de salud ante el problema de la atención de pacientes crónicos o agudos en su domicilio, sin un menoscabo importante de su calidad de vida.

A principios de los años ochenta, coincidiendo con el inicio de un movimiento de cambio por parte de algunos grupos de profesionales de atención primaria, la atención domiciliaria rebasa el ámbito hospitalario para empezar a ser desarrollada desde algunos ambulatorios de la Seguridad Social del Estado Español.

Si nos ceñimos a Cataluña, éste sería el caso del C.A..P. (Centro de Atención Primaria) de Cornellá, en el que miembros del equipo de enfermería conjuntamente con la dirección del centro empiezan a implantar un programa de atención domiciliaria de enfermería, actividad que luego se irá desarrollando en algunos centros piloto del extinto Programa piloto de reforma de la Atención Primaria en Cataluña, y que con el proceso de reforma de la Atención Primaria y la consiguiente implantación de las áreas básicas de salud, encuentra en estas unidades organizativas un marco idóneo para su desarrollo.

Las diferencias generales entre el modelo tradicional y el modelo reformado de atención primaria, referidas a los profesionales de enfermería se pueden observar más claramente en el siguiente cuadro modificado del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña: 1993).

MODELO TRADICIONAL	MODELO REFORMADO
• Colectivo heterogéneo (ATS/DU de zona, instituciones abiertas, APD, urgencias)	• Enfermería de Atención Primaria
• Diferentes retribuciones	• Retribuciones homogéneas
• Tendencia al trabajo individual de Enfermería	• Trabajo en equipo de enfermería
• Escasa conexión entre los diferentes profesionales	• Trabajo en equipo multidisciplinario
• Papel pasivo de la enfermería (actúa según órdenes)	• La enfermería se responsabiliza en la atención de la población asignada
• Falta de metodología de trabajo	• Condiciones favorables para poder trabajar con metodología (PAE, Historia clínica...)
• Trabajo mayoritariamente burocrático o asistencial (inyectables, tratamientos)	• Potenciación de la Atención de enfermería (consulta de enfermería en el centro y a domicilio)
• Escasa incidencia de la educación sanitaria	• Énfasis en la inclusión de contenidos de educación sanitaria en todas las actividades
• Escasa incidencia de la investigación, docencia y administración	• Inclusión de la investigación, docencia y administración en el trabajo de enfermería
• Inexistencia de una política institucional de formación continuada	• Política institucional de formación continuada

En el transcurso de los últimos años, en la literatura científica, tanto de enfermedad como de atención primaria de salud, aparecen diversas referencias a la atención domiciliaria, en las que se describen y analizan diferentes experiencias sobre la implantación de este tipo de actividad.

Éstas nos demuestran la progresiva y a la vez heterogénea implantación de la atención domiciliaria en la red de la atención primaria de salud, así como la diversidad de enfoques ante el concepto de atención domiciliaria y el alcance del mismo.

Un análisis riguroso de la realidad que aparece en torno a la atención domiciliaria, entendida como una de las diferentes estrategias de intervención en la atención de la salud de los usuarios, nos obliga a tener en cuenta toda una serie de variables algunas de ellas relacionadas con la comunidad y otras más relacionadas con los profesionales sanitarios, las cuales condicionan e interactúan con las estructuras de atención de salud en el planteamiento de diferentes alternativas de atención en el domicilio de los usuarios.

Entre los factores condicionantes podemos destacar por su especial relevancia:

- El envejecimiento progresivo de la población, hecho muy directamente relacionado con el proceso de desarrollo de la sociedad, y que tiene una gran incidencia en la sociedad española.
- El aumento de la esperanza de vida, hecho estrechamente condicionado por la mejora de aspectos socioeconómicos y de tecnología sanitaria.
- Un cambio en los hábitos de frecuentación de las estructuras de atención de salud por parte de la población, que se traduce en una mayor demanda de atención en los centros de atención primaria y en los hospitales, ya sea en los servicios de urgencia, ya sea en las consultas externas.
- Un importante déficit de camas hospitalarias para enfermos crónicos y terminales.

- Un replanteamiento en las estrategias de atención de los enfermos crónicos institucionalizados.
- Las dificultades que impone el estilo de vida de nuestros días al hecho de cuidar una persona incapacitada en el ambiente familiar (trabajo de ambos cónyuges, problemas de espacio en las viviendas, disgregación de los núcleos familiares, etc...)
- La poca adecuación de la red tradicional de atención primaria a las necesidades de la población que ha de permanecer en sus domicilios debido a su imposibilidad de acudir a los centros de salud.
- La redefinición de la atención primaria de salud, que queda configurada como el primer nivel de acceso de los usuarios a las estructuras de atención de salud, así como la redefinición de roles entre los profesionales del equipo de atención primaria, y la inclusión de los profesionales del trabajo social en el equipo.
- Dentro de este contexto de redefinición de roles entre los profesionales del equipo se dan las condiciones para que el colectivo de enfermería recupere sus funciones en el cuidado de la salud de la comunidad.
- Y en último lugar, los cambios organizativos/territoriales consecuencia el proceso de reforma de la atención primaria, que en la práctica se traducen en la configuración de las áreas básicas de salud y los sectores sanitarios, estructuras que facilitan la interconexión entre los niveles asistenciales.

Después de haber pasado revista a los elementos más importantes en un planteamiento global sobre la atención domiciliaria, podríamos intentar acercarnos a una definición de la atención domiciliaria entendida como "una de las estrategias de intervención en el primer nivel de atención de salud, y decir que la atención domiciliaria es el conjunto de actividades que surgen en el contexto de una planificación previa, desarrolladas por los profesionales que integran el equipo multidisciplinario de atención de salud, y que tiene como objetivo común proporcionar atención de salud, mediante actividades que

incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena corresponsabilización del usuario y/o su familia con los profesionales del equipo de salud, en el domicilio de aquellas personas, quienes debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de atención primaria" (Bou, 1990: 41).

A continuación analizaremos brevemente cada uno de los elementos claves en esta definición.

Atención domiciliaria.

El hecho de hablar de atención domiciliaria tiene un doble significado. Por un lado nos estamos refiriendo a un proceso con un carácter de continuidad, y no sólo a una actividad puntual o episódica. Y, por otra parte, al hablar de atención estamos diferenciando este proceso que aborda al cliente en su triple vertiente de ser biológico, psicológico y social, de las actividades encaminadas exclusivamente hacia la asistencia, las cuales de una manera mayoritaria se centran en la resolución de problemas parciales y puntuales, bajo una óptica centrada casi exclusivamente en alguno de los aspectos biológicos de la persona.

De una manera resumida podríamos hablar de la diferenciación de dos términos antagónicos, la asistencia y la atención, los cuales tienen un sujeto de actuación idéntico, el cliente, aunque difieren en el alcance de sus objetivos.

ASISTENCIA DOMICILIARIA	ATENCIÓN DOMICILIARIA
• Actividad a demanda	• Actividad programada
• Trabajo individual	• Trabajo en equipo
• Abordaje del enfermo con una visión paralizadora de la persona	• Abordaje del enfermo con una visión integral de la persona
• Resuelve exclusivamente problemas puntuales	• Intenta la resolución de situaciones globales
• Orientada a la curación	• Incluye la promoción, protección, curación, rehabilitación y reinserción
• Ignora el autocuidado	• Potencia el autocuidado
• Escasa participación de la familia y el usuario	• Importante papel del usuario y de la familia

(Torra i Bou, 1990)

Planificación previa

Una de las características definitorias de la atención domiciliaria consiste en que este tipo de actividad surge en el contexto de un proceso de planificación de la atención de la salud, realizado con la participación de los diferentes profesionales implicados, adaptado y basado en las necesidades de salud. Éstas van a determinar los objetivos del plan de atención de los clientes, hecho que diferencia la atención domiciliaria de la asistencia en los domicilios, ya que ésta última actividad se caracteriza por tener un carácter más puntual, orientado hacia la resolución de problemas concretos y, habitualmente efectuada a demanda de los clientes.

El hecho de que hablemos de planificación previa no quiere decir que en la atención domiciliaria no surjan demandas espontáneas de atención, hecho

íntimamente ligado al carácter dinámico de la salud, y al que se debe asegurar respuesta en una estrategia de atención domiciliaria.

Equipo multidisciplinario

La atención domiciliaria surge del trabajo conjunto de un equipo multidisciplinario de profesionales, médicos, profesionales de enfermería y otros profesionales de soporte.

Cada uno de estos profesionales aporta el punto de vista de su disciplina en la definición del plan de atención al cliente, responsabilizándose de los objetivos y las actividades que tengan encomendadas, correspondiendo al equipo la evaluación global del trabajo realizado.

Una dinámica de trabajo en equipo multidisciplinario es imprescindible en cualquier planteamiento referido a la atención de salud que pretenda el abordaje de la persona como un todo.

La presencia de los profesionales del trabajo social en equipo, uno de los elementos diferenciadores del nuevo modelo de atención primaria, garantiza que la atención al cliente y el trabajo del resto de los profesionales del equipo, incorpore contenidos de tipo psicosocial, a la vez que facilita la interrelación del equipo de atención primaria con las estructuras de servicios sociales.

Promoción, protección, curación y rehabilitación

A diferencia de la asistencia domiciliaria que se centra exclusivamente en contenidos curativos, la atención domiciliaria incluye, además de estos contenidos asistenciales curativos, otros orientados hacia la promoción de la salud, protección del cliente ante riesgos específicos derivados de su estado

de salud, y contenidos referidos a la rehabilitación y la reinserción del mismo en su entorno habitual. De hecho, atender al enfermo en su domicilio es ya una manera de no desinsertarlo de su medio.

Aunque pueda parecer una paradoja, ante un cliente con un estado de salud deteriorado o con serias limitaciones en el mismo, además de los contenidos asistenciales se deben y, por supuesto, se pueden emplear actividades con contenidos de promoción, protección y rehabilitación.

Corresponsabilización del cliente y/o familia con el equipo en la atención al mismo

La atención domiciliaria como actividad a desarrollar desde el ámbito de la atención primaria, nos obliga a no perder de vista que ésta se debe plantear con el objetivo de mantener un adecuado nivel de salud que permita al cliente vivir en las mejores condiciones posibles de acuerdo a las características del proceso que le afecta. Para ello, los profesionales de la salud deben orientar sus actividades hacia la consecución del mayor grado de independencia del cliente y su familia.

Evidentemente es muy difícil que se consiga una independencia del cliente y su familia si su papel se ve relegado al de espectadores pasivos ante el trabajo de los profesionales de la salud. Esto hace del todo imprescindible que se plantee la atención en un contexto de mutua corresponsabilización entre el cliente y su familia y los profesionales del equipo en el cuidado del mismo, favoreciendo de esta manera una mayor independencia del cliente dentro de un contexto de mantenimiento o mejora de su calidad de vida.

Domicilio del cliente

Tal como estableció en su día la conferencia de Alma-Ata sobre atención primaria de salud:

“la atención primaria... representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OMS, 1978).

El hecho de proporcionar atención a los clientes en su domicilio representa múltiples ventajas ante la perspectiva de su institucionalización. Entre estas ventajas, está el mantener al cliente en su medio más cercano y habitual, el medio familiar, al mismo tiempo se facilita la inclusión de actividades orientadas a favorecer la independencia del cliente y su familia, y por último se favorece la reinserción y la rehabilitación del cliente en su medio.

Estado de salud u otros criterios previamente establecidos.

Los criterios de inclusión definen las condiciones necesarias para que un cliente pueda ser atendido correctamente en su domicilio desde las estructuras de atención primaria de salud.

Los criterios de inclusión son unos elementos imprescindibles para garantizar la viabilidad de la atención domiciliaria como estrategia de intervención, así como una adecuada calidad de vida del cliente, ya que no todos los clientes pueden ser atendidos en su domicilio, ya sea por su estado de salud, ya sea por las características del entorno familiar o del equipo de atención de salud.

3. 5 EL ROL DE LA ENFERMERA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

La práctica de la enfermería procede de una actividad innata y fundamental del ser humano.

La misión de la enfermera es ayudar a los individuos/familias/grupos a determinar y conseguir su capacidad física, mental, espiritual y social máxima, dentro del medio donde viven y trabajan como personas.

Las funciones de la enfermera como miembro de un equipo de salud son, entre otras, las de colaboración con otros profesionales en actividades de planificación, prestación, coordinación y evaluación de los servicios de salud.

El trabajo en equipo determina la implicación activa de la enfermera en la elaboración de programas, establecimiento de prioridades y reparto de recursos, además de la participación en los registros y controles de calidad oportunos.

Por último, entre las funciones de las enfermeras de atención domiciliaria se incluyen también actividades de docencia, con sus diferentes objetivos de formación de profesionales, educación del enfermo y sus familiares y/o cuidadores para conservar y mantener la salud, y actividades de investigación para avanzar profesionalmente, ampliar conocimientos, buscar soluciones a problemas y a situaciones de enfermería, conseguir conocimientos propios que definan nuestra identidad, y desarrollar y/o participar en proyectos de investigación.

Para poder dar respuesta a esta finalidad se ha de producir una transformación en la cultura de las organizaciones y empresas que contratan enfermeras, a fin de que los profesionales de enfermería puedan dar respuesta

a las necesidades de las poblaciones con las que trabajan, especialmente en el ámbito domiciliario.

El rol de la enfermera domiciliaria se distribuye en tres ejes:

1. Rol autónomo y actividades propias, que consta de los siguientes apartados:

- Recogida de datos
- Análisis e interpretación de los datos recogidos
- Diagnóstico de enfermería (problema real/problema potencial)
- Planificación de los cuidados o acciones que se llevarán a término
- Intervención
- Evaluación

Es imprescindible utilizar una base teórica y una metodología de trabajo, es decir, un modelo de enfermería y una taxonomía propia (diagnósticos de enfermería).

2. Rol de vigilancia y colaboración en actividades derivadas del acto asistencial con otros profesionales:

- Protocolo de cuidados domiciliarios
- Complicaciones relacionadas con la patología
- Evolución del estado de salud

Las enfermeras prescriben actuaciones de control que están dentro del ámbito de la enfermería domiciliaria y colaboran con los médicos para el tratamiento completo definitivo.

3. Rol de delegación, aplicación de las prescripciones médicas

- Procedimientos

- Técnicas
- Aplicación de tratamientos
- Pruebas diagnósticas

La aplicación de estos roles en el ámbito domiciliario variará dependiendo de las circunstancias de cada caso.

La enfermera domiciliaria atiende a la persona en su medio, la cuida, la vigila y se preocupa de lo que siente, de sus respuestas ante el problema de salud que tiene.

Para realizar lo anteriormente citado es necesario que la enfermera domiciliaria haga un enfoque global, holístico de su trabajo, desde la perspectiva biopsicosocial del ser humano.

Las tres vertientes del rol de la enfermera en atención domiciliaria reúnen una serie de características que la diferencian de la atención desarrollada en centros de asistencia.

La familia o cuidadores del enfermo son una parte directamente implicada en la atención al mismo, y se ha de tener en cuenta el contexto familiar y social del individuo como base para valorar sus necesidades.

La atención domiciliaria se considera una actividad prioritaria de la atención primaria para atender las necesidades de las personas con imposibilidad de desplazarse, y que necesiten soporte y seguimiento de sus problemas sociosanitarios.

Asimismo, la enfermera domiciliaria actúa, como profesional, a tres niveles distintos:

1. **Prevención primaria,** consiste en evitar la influencia de los agentes patógenos sobre el organismo, mediante la eliminación o el control de su aparición en el medio o bien mediante el aumento de la resistencia natural ante la enfermedades:

- Actividades de protección de la salud, encaminadas al control del medio ambiente y al control de factores de riesgo.
- Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como son, por ejemplo, la educación sanitaria de hábitos concretos o los controles dietéticos...
- Inmunizaciones

Colaboración con los programas de salud

2. Prevención secundaria

Se basa en la detección de las enfermedades o los factores de riesgo en estadios precoces del proceso en general cuando aún no se ha expresado clínicamente a través de síntomas, y cuando todavía es posible intervenir para mejorar el pronóstico.

- Diagnóstico y tratamiento precoz
- Seguimiento y control de casos prevalentes
- Técnicas
- Educación sanitaria fomentando el autocuidado

Colaboración en pruebas diagnósticas. Información, control y seguimiento del tratamiento.

3. Prevención terciaria

Es la aplicación de medidas terapéuticas, higiénicas o dietéticas dirigidas a disminuir o atenuar la gravedad y las complicaciones de una enfermedad que ya se ha manifestado clínicamente.

- Adecuación al nuevo estado de salud. Ayudar al enfermo y/o a su familia a superar las dificultades.

- Soporte. Ayudar a recobrar el máximo grado de independencia posible.
- Técnicas
- Educación sanitaria
- Rehabilitación
- Reinserción social

Colaboración con los protocolos y con otros profesionales (médicos, trabajadores sociales, fisioterapeuta...)

4. HIPÓTESIS

La recogida de datos con el modelo de Virginia Henderson refleja las necesidades reales de la persona en enfermos crónicos, mayores de 65 años y atendidos en su domicilio.

5. MARCO PRÁCTICO

5.1. METODOLOGÍA

La clasificación metodológica de nuestro estudio se define como descriptiva y transversal. Su iniciación se produjo a principios de 1996, cuando empezamos a seleccionar la muestra, y su finalización fue a finales de 1996.

Los datos han sido tratados estadísticamente utilizando el paquete informático SPSS (Statistical Package for Social Sciencies).

5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Han participado en este estudio enfermos crónicos domiciliarios, mayores de 65 años que son atendidos en su domicilio, los cuidadores de los mismos, y las enfermeras responsables de los enfermos, que prestan sus servicios en el Área Básica "Sant Antoni" de Barcelona.

Se recogieron los datos pertenecientes al período comprendido entre Enero de 1996 y Enero de 1997.

La muestra recogida es de 90 enfermos de 65 años o más edad, que por sus características personales, familiares, sociales o sanitarias son subsidiarios de una atención domiciliaria. La asistencia en su domicilio puede ser permanente o temporal. Es permanente cuando la situación es irreversible para poder

desplazarse al centro de salud. Es temporal cuando cabe que esta circunstancia sea reversible y deje de estar en su domicilio actual (exitus,

traslado a residencia geriátrica, hospital u otro domicilio no perteneciente al ámbito geográfico del Area Básica de Salud (ABS).

Los cuidadores de estos pacientes domiciliarios engloban tanto los que se conocen como cuidadores formales como los informales. El cuidador formal no puede permanecer en el domicilio las 24 horas del día y tampoco la situación suele requerirlo. Por ello surge la figura del cuidador informal que es aquel familiar que vive con el paciente o aquella persona que aunque no sea permanentemente se ocupa del enfermo (trabajadores familiares, asistentes, vecinos, amigos...). La muestra de cuidadores está constituida por 90 personas, es decir, uno por enfermo.

Las enfermeras que prestan asistencia sanitaria a estos pacientes domiciliarios trabajan cada una de ellas junto con un facultativo al cual se le ha asignado un cupo de población que oscila alrededor de la 2000 cartillas. El número de enfermeras que ha participado en la muestra es de 17, siendo 16 mujeres y 1 varón.

Los profesionales sanitarios del ABS se guían por protocolos elaborados y consensuados por los miembros del equipo de salud. Esto facilita el trabajo en equipo y el prestar la asistencia en una línea de actuación común.

5.3 INSTRUMENTO Y SU CONTROL.

Los instrumentos para la recogida de datos se basan en tres cuestionarios dirigidos a los enfermos, a sus cuidadores y a las enfermeras; los cuestionarios han sido cumplimentados por las enfermeras.

Han sido elaborados por nosotras mismas a partir de la bibliografía consultada al respecto y al asesoramiento por parte de diversos profesionales¹.

La encuesta a los enfermos incluye 80 items referidos a:

- datos sociodemográficos
- datos referentes al diagnóstico médico
- las 14 necesidades del individuo definidas por Virginia Henderson en su modelo conceptual
- escala de evaluación del grado de autonomía del enfermo, que consta de 5 items que van desde la autonomía total hasta la necesidad de ayuda total.

La encuesta dirigida a las enfermeras está compuesta por 27 items que incluyen:

- datos sociodemográficos y profesionales
- datos relativos a formación sobre la aplicación del PAE.
- experiencia con la metodología del PAE.
- datos sobre conocimientos del modelo de enfermería de V.H.
- tiempo empleado en realizar la encuesta.
- opinión sobre la metodología del PAE.
- escala de evaluación numérica de la hoja de recogida de datos, según el modelo de V.H., con 5 items que van desde 1 = muy mal a 5 = muy bien.

¹ Para su elaboración fuimos asesoradas por nuestro tutor asignado para este trabajo (Ferran Ferrer) y por el profesor de metodología (José Tejada).

La encuesta dirigida a los cuidadores se compone de 25 ítems referidos a:

- datos sociodemográficos
- datos referentes a la relación con el enfermo
- datos sobre la formación tanto sanitaria como general
- teniendo como base las necesidades descritas por V.H., se han realizado 18 preguntas sobre la valoración por parte del cuidador de la satisfacción o no de dichas necesidades en el enfermo por él /ella cuidado.

Fue realizada una prueba piloto para corroborar la validez y fiabilidad del instrumento. Para ello se seleccionó una muestra de 10 enfermeras que opinaron acerca de la estructura, forma y tipo de preguntas así como de las dificultades que encontraron a la hora de su cumplimentación. Tras la prueba se corrigieron varios ítems poco fiables.

VARIABLES ESTUDIADAS

Encuesta enfermos. Tabla de variables

Variables	Función	Control	Instrumento	Escala medid.
Edad	Interv.	Estadístico	Cuestionario	Cuantitativa
Sexo	"	"	"	Cualitativa
Diagnóstico	"	"	"	Cualitativa
Nec. respirar	"	"	"	"
Nec. comer y beber	"	"	"	"
Nec. eliminar	"	"	"	"
Nec. moverse y mantener postura adec.	"	"	"	"
Nec. dormir y descansar	"	"	"	"
Nec. vestirse y desvestirse	"	"	"	"
Nec. mentener	"	"	"	"

temperatura				
Nec. higiene y proteger piel	"	"	"	"
Nec. evitar peligros	"	"	"	"
Nec. comun.	"	"	"	"
Nec. vivir creencias y valores	"	"	"	"
Nec. propia realización	"	"	"	"
Nec. act. recreativas	"	"	"	"
Nec. aprender	"	"	"	"
Autonomía enfermo	"	"	"	"

Encuesta enfermeras. Tabla de variables.

Variables	Función	Control	Instrumento	Escala med.
Edad	Interv.	Estad.	Cuest.	Cuantitativa
Sexo	"	"	"	Cualitativa
Estudios real.	"	"	"	Cualitativa
Años finalización estudios enf.	"	"	"	Cuantitativa
Tiempo trab. enf. domiciliarios	"	"	"	Cuantitativa
Tiempo EAP San Antoni	"	"	"	Cuantitativa
Formación A.P	"	"	"	Cualitativa
Formación PAE	"	"	"	Cualitativa
Formación suficiente	"	"	"	"
Tiempo con PAE	Depend.		"	Cuantitativa
Comodidad PAE	Depend.	"	"	Cualitativa
Tiempo realizar PAE	"	"	"	Cuantitativa
Opinión PAE	"	"	"	Cualitativa
Valoración efectividad hoja de recogida datos	"	"	"	Cualitativa

Encuesta cuidadores. Tabla de variables

Variables	Función	Control	Instrumento	Escala med.
Edad	Interv.	Estad.	Cuestionario	Cuantitativa
Sexo	"	"	"	Cualitativa
Parentesco	"	"	"	Cualitativa
Estudios	"	"	"	"
Formación sanitaria	"	"	"	"
Tiempo cuidando enfermo	"	"	"	Cuantitativa
Mismo dom. enfermo	"	"	"	Cualitativa
Ayuda resp.	Depend.	"	"	Cualitativa
Ayuda comer	Depend.	Estad.	Cuestionario	Cualitativa
Ayuda evac.	"	"	"	"
Ayuda desp.	"	"	"	"
Ayuda desc.	"	"	"	"
Ayuda vest. y desvest.	"	"	"	"
Ayuda temp.	"	"	"	"
Ayuda higiene	"	"	"	"
Problema ansiedad	"	"	"	"
Problema depresión	"	"	"	"
Dolor	"	"	"	"
Dificultad comun.	"	"	"	"
Consciencia limitac	"	"	"	"
Participación decisiones	"	"	"	"
Modificación vida	"	"	"	"
Realiza actividades diferentes	"	"	"	"
Interés enferm.	"	"	"	"
Interés medidas mejorar salud	"	"	"	"

5. 4 PROCESO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN.

Tras una reunión con las enfermeras que iban a cumplimentar los cuestionarios para aclarar dudas y explicar oralmente la manera de hacerlo, se entregaron en mano los cuestionarios sobre los enfermos, las enfermeras y los cuidadores a dichas profesionales. No hubo incidencias a destacar².

5.4 EXPLOTACIÓN DE LOS DATOS.

La explotación de los datos ha sido realizada con el paquete informático SPSSPC (Statistical Package for Social Sciencies).

² La colaboración y cumplimentación por parte de estos profesionales del cuestionario fue ejemplar, por lo que nos vemos obligados desde aquí a agradecerles a todos ellos la ayuda prestada.

6. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.

6.1 RESULTADOS RESPECTO A LOS ENFERMOS.

6.1.1 Análisis descriptivo.

Su contenido se puede englobar dentro de los siguientes apartados:

- Datos sociodemográficos

Edad

La edad media de la muestra estudiada es de 80 años, con un máximo de 104 años. El 27 % tienen menos de 75 años, el 45 % de 75 a 84, y el 27 % tienen más de 85 años.

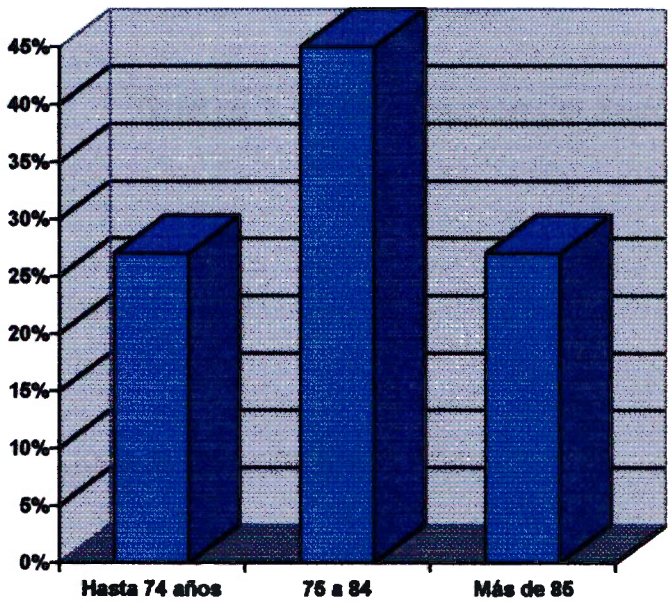


Gráfico 1. A - Distribución de la Edad

Sexo

De los 90 entrevistados, el 34% son varones y el 64% son mujeres. Estos datos confirman los datos obtenidos con anterioridad en el centro de salud "Sant Antoni", y demuestran que las mujeres precisan o solicitan más las atención sanitaria.

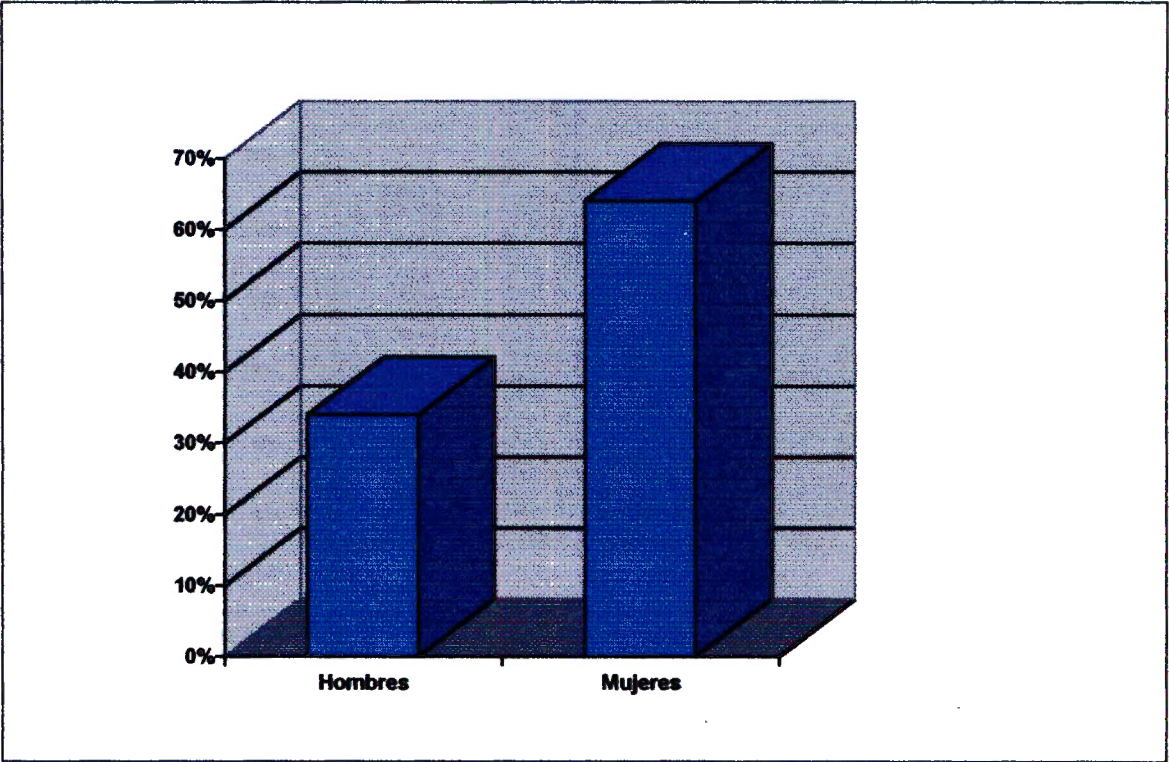


Gráfico 2. a - Distribución del Sexo

- **Datos referentes al diagnóstico médico**

Diagnóstico médico

Hemos agrupado los diferentes diagnósticos médicos en cuatro apartados que corresponden a:

1. Enf. Mentales, que representan el 21 % de la muestra estudiada.

- 2. Enf. Cardiovasculares, que suponen el 33 % de la muestra.
- 3. Enf. Endocrinas, que incumben el 21 % de la muestra, y
- 4. Otras, que atañen al 25 % de la muestra.

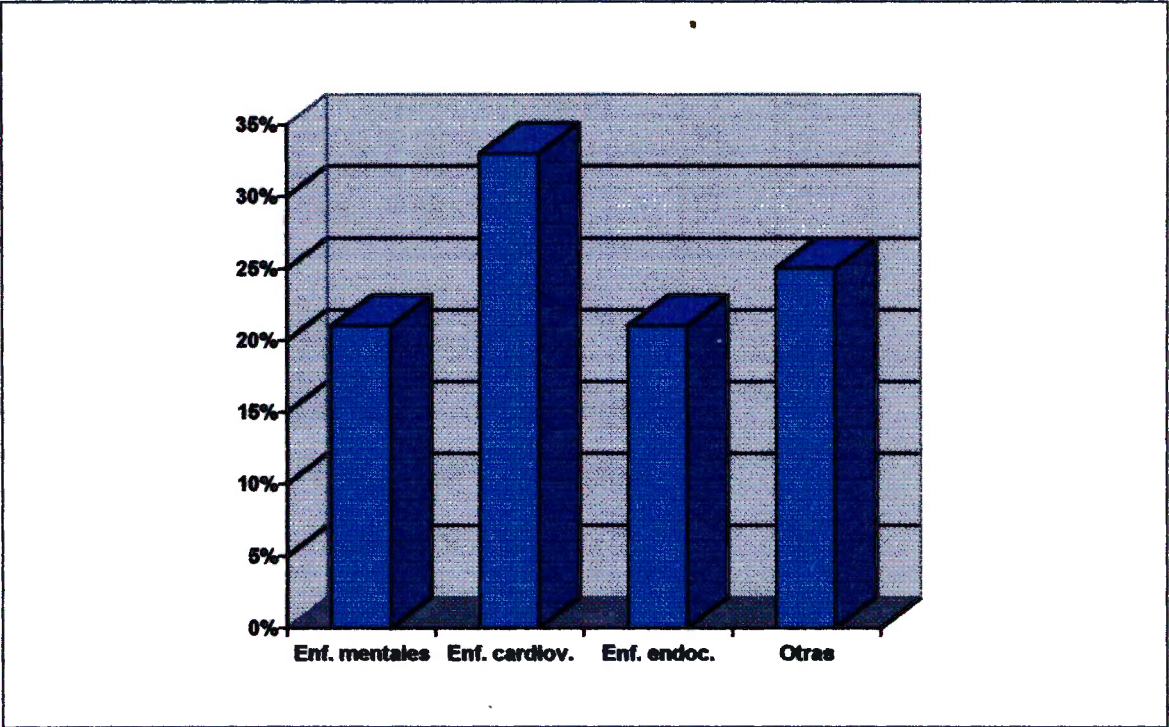


Gráfico 3. a - Distribución según las enfermedades

- Las 14 necesidades del individuo definidas por Virginia Henderson en su modelo conceptual.

Necesidades.

1.- RESPIRAR	Si (%)	No(%)
• Tos	10	90
• Expectoración	9	91
• ¿Tiene dificultades para respirar?	11	88
• ¿Es fumador	6	94
• ¿Es ex-fumador?	31	69

2.- COMER Y BEBER		
• Signos de deshidratación	8	91
• Falta de piezas dentales	82	18
• Prótesis bucal	24	76
• Ingesta diaria adecuada	73	27
• ¿Bebe suficiente agua?	86	14
• ¿Bebe alcohol habitualmente?	6	94
• ¿Hace algún tipo de dieta?	27	73
• ¿Tiene alguna intolerancia alimentaria?	11	89
• ¿Tiene dificultades de masticación?	10	90
• ¿Tiene dificultades de deglución?	11	89
• ¿Tiene dificultades de digestión?	13	87
3.- ELIMINAR		
• ¿Tiene dificultad para orinar?	14	85
• ¿La defecación es adecuada?	76	24
• ¿Necesita ayuda para evacuar?	20	80
• ¿Tiene salida de heces u orina sin control?	25	75
4.- MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN ADECUADA		
• ¿Tiene alguna disminución o ausencia de movimientos?	77	23
• ¿Se desplaza solo habitualmente?	34	66
• ¿Es hiperactivo?	4	96
• ¿Es diestro?	78	22
• ¿Hace ejercicio físico?	2	98
5.- DORMIR Y DESCANSAR		
• ¿Duerme de día?	56	44
• ¿Se levanta descansado?	62	38
• ¿Necesita ayuda para dormir?	47	53
6.- VESTIRSE Y DESVESTIRSE		
• ¿Puede vestirse sólo?	43	57
• ¿Utiliza ropa cómoda y adecuada?	92	7
• ¿Es su aspecto limpio?	73	27
• ¿Es su aspecto descuidado?	40	60
7.- MANTENER LA TEMPERATURA		
• ¿Tiene habitualmente sensación de frío?	9	91
• ¿Tiene habitualmente sensación de calor?	1	99
• ¿Tiene calefacción en casa?	43	57
• ¿Tiene aire acondicionado?	15	85
• ¿Tiene estufas?	54	46
8.- MANTENER LA HIGIENE Y PROTEGER LA PIEL.		
• ¿Tiene el enfermo lesiones en la piel?	36	64
• ¿Tiene el enfermo edemas?	40	60
• ¿Tiene el enfermo una coloración normal?	80	20

• ¿ Está el enfermo cianótico?	6	94
• ¿ Está el enfermo pálido?	13	87
• ¿ Puede hacer el enfermo su higiene corporal sólo?	26	74
• ¿ El enfermo tiene interés en realizar su higiene corporal?	66	34
• ¿ Se cepilla habitualmente el enfermo los dientes?	19	81
• ¿ Tiene caries el enfermo?	20	80
9.- EVITAR PELIGROS		
• ¿ Se cae a menudo el enfermo?	2	98
• ¿ Tiene signos de depresión?	32	68
• ¿ Tiene dolor crónico?	15	84
• ¿ Tiene dolor agudo?	14	86
• ¿ Necesita ayuda para aliviar el dolor?	24	76
• ¿ Está orientado en el tiempo?	85	15
• ¿ Está orientado en el espacio?	84	16
• ¿ Toma medicación?	41	59
• ¿ Tiene alergias alimentarias?	3	97
• ¿ Tiene alergias medicamentosas?	11	88
• ¿ Tiene puesta la vacuna antitetánica?	31	68
• ¿ Tiene puesta la vacuna de la hepatitis B?	3	97
• ¿ Tiene puesta la vacuna antigripal?	87	13
• ¿ Utiliza medidas de autocontrol para mejorar las situaciones de riesgo?	49	51
10.- COMUNICARSE		
• ¿ Necesita el enfermo gafas?	43	57
• ¿ Necesita el enfermo audífono?	14	86
• ¿ Vive sólo?	34	66
• ¿ Vive con su familia?	74	26
• ¿ Manifiesta generalmente sus emociones y sentimientos?	53	47
• ¿ Habla mucho?	17	83
11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.		
• ¿ Puede el enfermo vivir según sus creencias y valores?	71	29
12.- OCUPARSE DE LA PROPIA REALIZACIÓN.		
• ¿ Se siente útil el enfermo?	26	74
• ¿ Su estado de salud hace que tenga que modificar su forma habitual de vivir?	84	16
• ¿ Participa en la toma de decisiones que le afectan?	53	47
13.- PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.		
• ¿ Considera el enfermo importante dedicar		

tiempo a las actividades de ocio?	61	39
• ¿ Conoce los recursos que hay en la comunidad?	23	77
14.- APRENDER.		
• ¿ Sabe el enfermo la enfermedad que tiene?	70	30
• ¿ Sabe para que sirven los medicamentos que toma?	58	42
• ¿ Conoce medidas para mejorar su estado de salud?	38	62
• ¿ Propone alternativas a su estado de salud?	20	80

En esta tabla agrupada por necesidades según el modelo de enfermería de Virginia Henderson podemos observar las características más destacadas de la muestra estudiada en relación a dichas necesidades:

Por lo que respecta a la **necesidad de respirar** vemos que lo que más se destaca es que una mayoría (90 %) no padecen tos ni expectoración, por otro lado, un 88% de la muestra afirman no presentar dificultades para respirar, y en una amplia mayoría dicen ser fumadores o exfumadores (94 % y 69 % respectivamente).

En cuanto a la **necesidad de comer y beber**, presentan signos de deshidratación un 91 % de la muestra, lo que contrasta con el hecho de que un 86 % dicen beber agua suficiente. También destacar el hecho de que a un 82 % de los encuestados les faltan piezas bucales. Por otro lado, comprobamos que un 89 % tienen intolerancias alimentarias, y existe un elevado porcentaje de encuestados que presentan dificultades de masticación (90%), deglución (89 %), digestión (87 %). Observamos también que un 94 % de la muestra declara beber habitualmente alcohol.

En relación a la **necesidad de eliminar** cabe destacar que un 76 % de los encuestados dicen que la defecación es adecuada, mientras que un 80 % dicen necesitar ayuda en la satisfacción de esta necesidad y un 75 % declaran tener salidad de heces u orina sin control.

Respecto a la **necesidad de moverse y mantener una postura adecuada** sobresale el hecho de que un 96 % dicen ser hiperactivos, mientras que un 77 % que dicen tener disminución o ausencia de movimientos y un 66 % declaran no poder desplazarse solos habitualmente; por otro lado, comprobamos que un 78 % son diestros. También sobresale el hecho de que un 98 % de la muestra declara hacer ejercicio físico suficiente.

En la investigación sobre la **necesidad de dormir y descansar** comprobamos que un 56 % de la muestra afirma dormir de día frente a un 62 % que dice que

se levantan descansados, además un 53 % de los encuestados declaran que necesitan ayuda para dormir.

En cuanto a la **necesidad de vestirse y desvestirse** lo que más sobresale es el hecho de que un 92 % de la muestra consideran que utilizan una ropa cómoda y adecuada. Por otro lado, un 72 % cree que su aspecto es limpio frente a un 60 % que cree que es descuidado.

Relacionado con la **necesidad de mantener la temperatura corporal** nos encontramos que la mayoría de los encuestados declaran tener habitualmente sensación de frío (91 %) o de calor (99 %).

Al indagar sobre la **necesidad de mantener la higiene y proteger la piel**, un 90 % de los encuestados han afirmado que su piel presenta una coloración cianótica, y un 87 % dicen que tiene un aspecto pálido, lo que contrasta con el hecho de que un 80 % de la muestra afirma tener una coloración normal. Junto con este hecho también llama la atención el que la mayoría de los encuestados tengan caries (80 %) y sin embargo, digan que entre sus hábitos se encuentre cepillarse los dientes (81 %). También destaca el que un 66 % de los encuestados afirman tener interés en realizar su higiene corporal sólo.

En lo que hace referencia a la **necesidad de evitar peligros**, vemos que aunque la mayoría dicen estar orientados en el tiempo (85 %) y en el espacio (84 %), aparece un alto porcentaje de enfermos que afirman caerse a menudo (98 %). Por otro lado, un 49 % de la muestra dice utilizar medidas de autocontrol para mejorar las situaciones de riesgo, lo que contrasta con el hecho de que un 87 % de los encuestados declaran tener puesta la vacuna antigripal.

En cuanto a la **necesidad de comunicarse**, un 83 % de los encuestados afirma hablar mucho. A la pregunta de si manifiesta generalmente sus emociones y sentimientos un 53 % de la muestra declara que sí, frente a un 26 % que dice que no. Además, un 66 % de los encuestados viven solos frente a un 74 % que lo hace con su familia. Por otro lado, un 86 % necesita audifono y un 43 % gafas.

Lo que más destaca relacionado con la **necesidad de vivir según sus creencias y valores** es que un 71 % de los encuestados afirman que pueden vivir de acuerdo con dichas creencias y valores.

Por lo que respecta a la **necesidad de ocuparse de la propia realización** podemos reseñar que el enfermo se siente útil solamente en un 26 % de los casos. Un 84 % de la muestra afirman que su estado de salud ha hecho que tengan que modificar su forma habitual de vivir y un 53 % de los encuestados declaran que participan en la toma de decisiones que le afectan.

En relación a la **necesidad de participar en actividades recreativas** vemos que la mayoría (77%) no conocen los recursos que existen en su comunidad respecto a esta cuestión, sin embargo un 61 % de los encuestados consideran que es importante dedicar tiempo a las actividades de ocio.

En lo que hace referencia a la **necesidad de aprender**, vemos que un 30 % de la muestra no saben la enfermedad que tienen, sólo un 38 % conoce medidas para mejorar su estado de salud y sólo un 20 % propone alternativas a dicho estado. Además también comprobamos que un 42 % de los encuestados no sabe para que sirven los medicamentos que toman.

- **Escala de evaluación del grado de autonomía del enfermo**

Autonomía del enfermo.

Al investigar sobre el grado de autonomía de los encuestados no se encontró ningún caso en que el encuestado fuera autónomo. El 2 % de la muestra (2 casos) necesita ayuda material frente al 18 % de la muestra (16 casos) que necesita ayuda total. La mayoría necesitan o bien conjuntamente ayuda material y de otra persona, el 34 % de los encuestados (31 personas), o bien ayuda de otra persona, el 46 % de la muestra (41 casos).

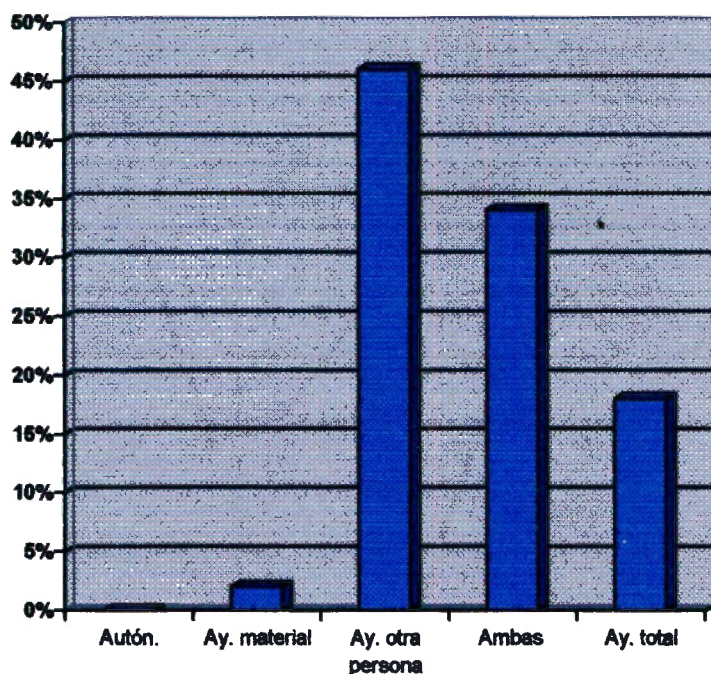


Gráfico 4. a - Distribución según el grado de autonomía del enfermo.

Tabla por bloques de las necesidades según media y desviación típica (en una escala de 0-10).

Necesidades	X	S
1. Respirar	8,6	2,1
2. Comer y beber	7,8	2,6
3. Eliminar	7,8	2,7
4. Moverse y mantener una postura adecuada	4,6	1,7
5. Dormir y descansar	5,1	3,7
6. Vestirse y desvestirse	6,6	2,3
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales	2,4	1,0
8. Mantener la higiene y proteger la piel	5,7	1,7
9. Evitar peligros	7,0	1,1
10. Comunicarse	5,8	2,0
11. Vivir según las creencias y valores	6,2	4,8
12. Ocuparse de la propia realización	3,1	2,7
13. Participar en actividades recreativas	3,8	3,8
14. Aprender	4,6	3,6
Total de la escala de salud	5,6	1,3

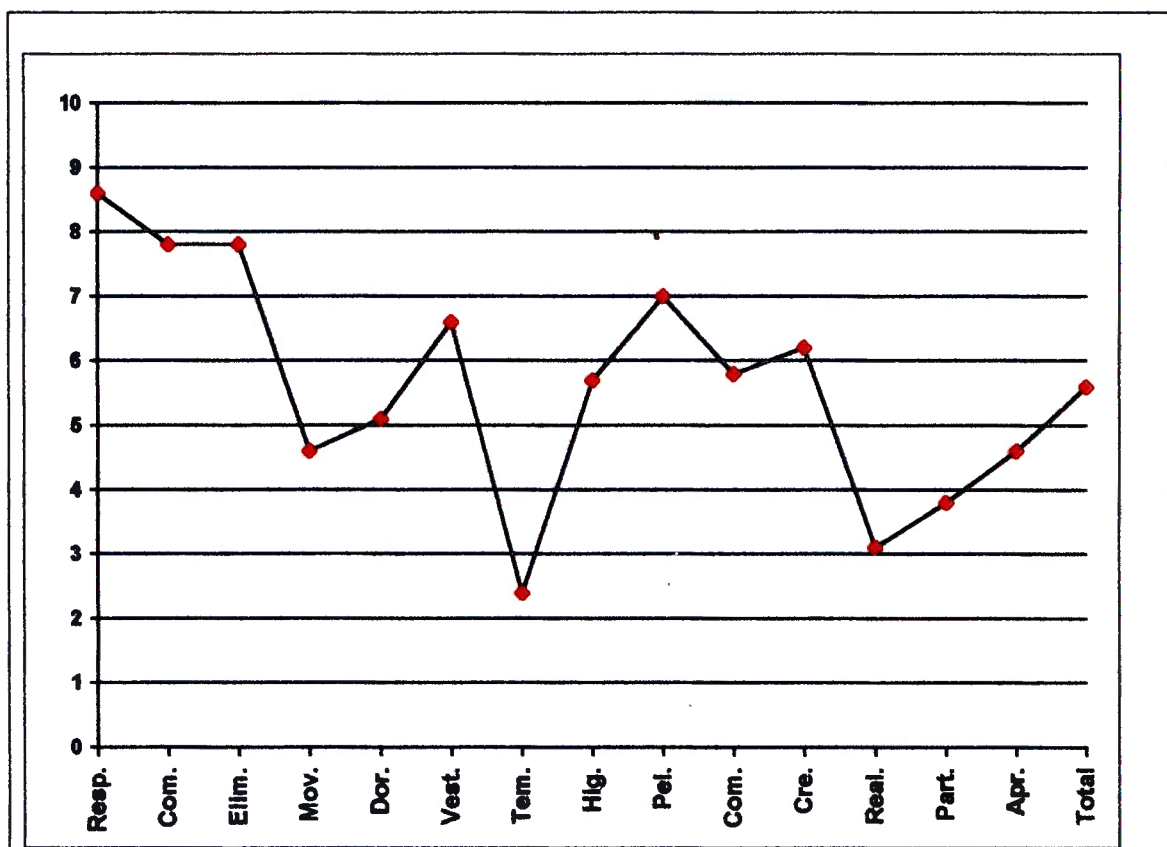


Gráfico 5. a - Tabla por bloques de las necesidades según media y desviación típica (en una escala de 0-10).

A la vista de esta tabla cabe destacar tres hechos:

1. Ocupan una media por encima de 6, las necesidades de respirar, comer y beber, eliminar, vestirse y desvestirse, evitar peligros, y vivir según creencias y valores.
2. Ocupan una media por debajo de 6, las necesidades de moverse y mantener una postura adecuada, dormir y descansar, mantener una temperatura corporal dentro de los límites adecuados, mantener la higiene y proteger la piel, comunicarse, ocuparse de la propia realización, participar en actividades creativas y aprender.
3. La necesidad que mayor media (8,6) obtiene es la de respirar, mientras que la que aparece con la media menor (2,4) es mantener la temperatura dentro de los límites normales.

De todo ello se deduce que la necesidad con más dificultades para solucionar es la de respirar mientras que la que sería más fácilmente solucionable es la de mantener la temperatura dentro de los límites normales.

El total de escala de salud corresponde a 5,6 de media lo que demuestra que el estado de salud de la muestra no corresponde a un nivel muy elevado de demandas.

6.1.2 Análisis inferencial.

A continuación exponemos el análisis de los valores globales en función de las variables intervinientes.

En función del sexo:

Necesidades	Varón	Mujer	Sign.	Dif.
1. Respirar	8,1	8,9	-	-
2. Comer y beber	8,0	7,7	-	-
3. Eliminar	7,6	7,9	-	-
4. Moverse y mantener una postura adecuada	4,9	4,5	-	-
5.Dormir y descansar	5,2	5,0	-	-
6.Vestirse y desvestirse	6,7	6,6	-	-
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales	2,3	2,4	-	-
8. Mantener la higiene y proteger la piel	5,7	5,6	-	-
9. Evitar peligros	7,0	6,9	-	-
10. Comunicarse	5,7	5,9	-	-
11. Vivir según las creencias y valores	5,8	6,5	-	-
12. Ocuparse de la propia realización	3,4	3,0	-	-
13. Participar en actividades recreativas	3,7	3,9	-	-
14. Aprender	5,2	4,3	-	-
Total escala de salud	5,7	5,6	-	-

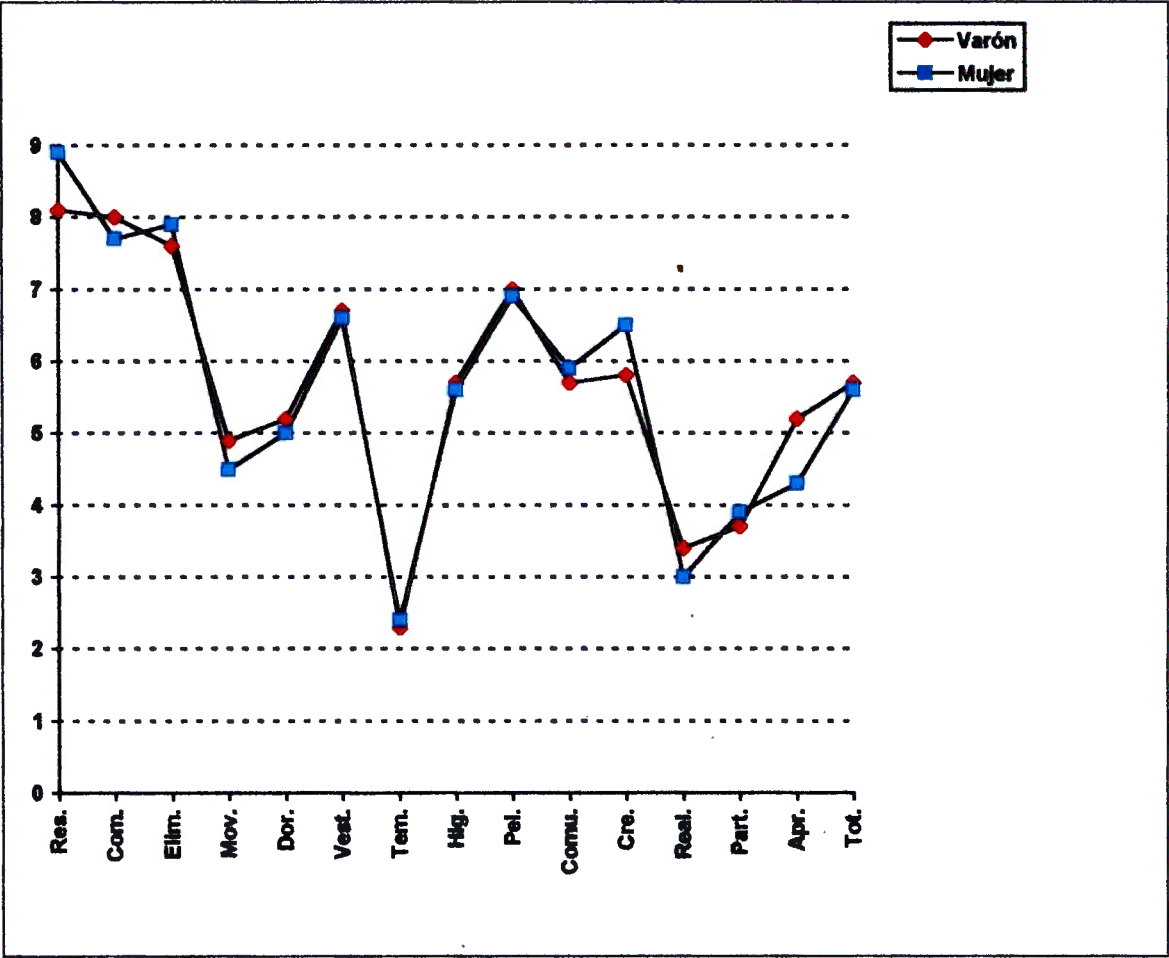


Gráfico 5. a - Tabla del análisis entre la relación de las necesidades y el sexo.

Tal y como puede apreciarse en la tabla de medias de necesidades y en el perfil diferencial en función del sexo podemos concluir globalmente que no existen diferencias significativas respecto a dicha variable, es decir, las necesidades de nuestra muestra global son iguales tanto en hombres como en mujeres.

En función del diagnóstico:

- 1. Enfermedades mentales
- 2. Enfermedades cardiovasculares
- 3. Enf. endocrinas
- 4. Otras

Necesidades	1	2	3	4	Sign.	Dif.
1. Respirar	9,1	7,9	9,4	8,5	-	-
2. Comer y beber	8,0	8,0	8,0	7,2	-	-
3. Eliminar	8,2	7,5	8,8	6,7	-	-
4. Moverse y mantener una postura adecuada	4,9	4,2	4,7	4,6	-	-
5. Dormir y descansar	3,9	4,5	6,6	4,8	-	-
6. Vestirse y desvestirse	6,9	6,4	6,7	6,5	-	-
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales	2,2	2,6	2,0	2,4	-	-
8. Mantener la higiene y proteger la piel	6,0	5,3	5,3	5,9	-	-
9. Evitar peligros	7,3	6,9	7,3	6,7	-	-
10. Comunicarse	6,4	6,0	5,9	5,3	-	-
11. Vivir según las creencias y valores	5,2	5,5	6,4	6,5	-	-
12. Ocuparse de la propia realización	2,9	3,0	3,9	3,1	-	-
13. Participar en actividades recreativas	2,9	3,7	4,7	4,0	-	-
14. Aprender	1,7	4,8	6,0	5,7	0,001	1<2,3,4
Total escala de salud	5,4	5,4	6,1	5,5	-	-

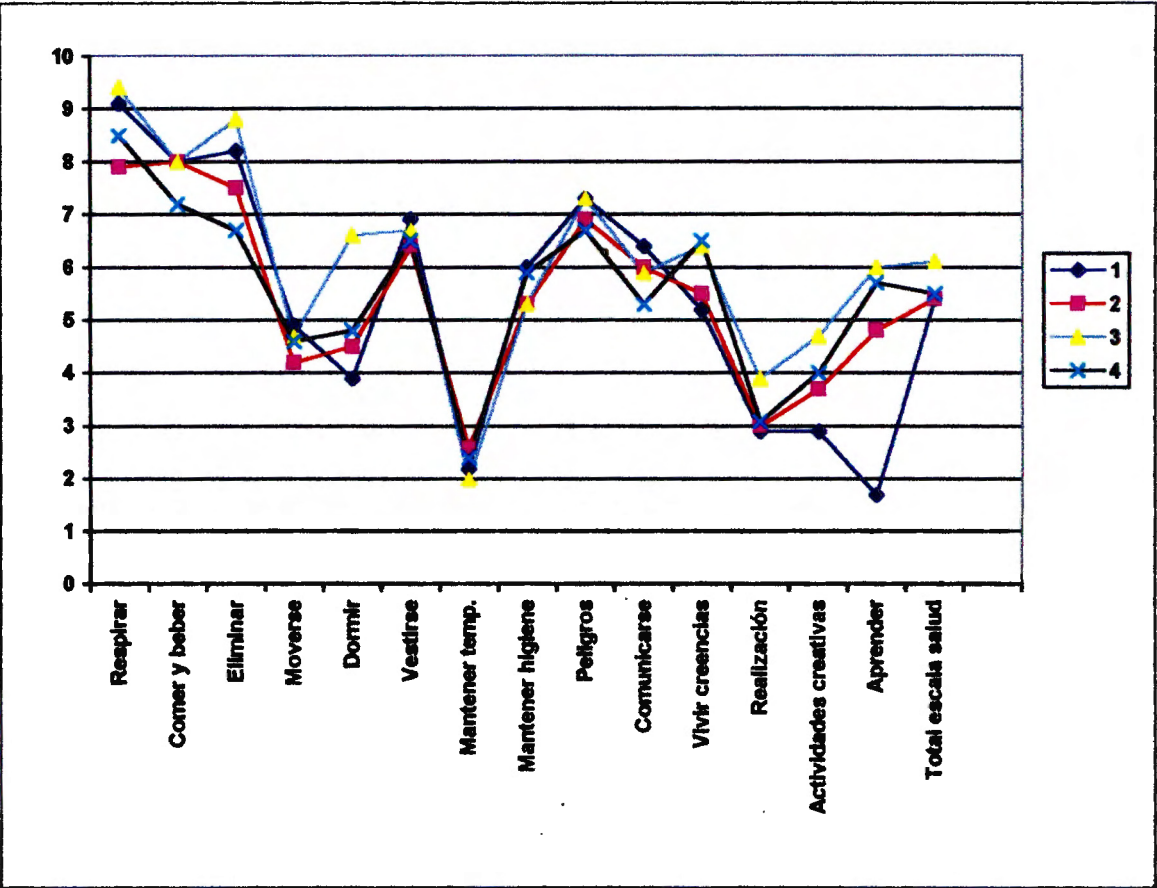


Gráfico 6. a - Tabla de la relación entre las necesidades y el diagnóstico.

A partir de esta tabla vemos que solamente existen diferencias significativas respecto a la relación de las necesidades y el diagnóstico, en la necesidad de aprender, es decir, se aprende de manera diferente dependiendo del diagnóstico. Pero comprobamos que, en realidad, son los enfermos que padecen enfermedades mentales los que difieren de los que padecen enfermedades cardiovasculares, endocrinas y otras, por lo cual creemos que debemos rechazar dicha significatividad debido a la idiosincrasia propia de las enfermedades mentales.

6.2 RESULTADOS RESPECTO A LAS ENFERMERAS.

6.2.1 Análisis descriptivo.

En los siguientes cuadros presentamos el presentamos el perfil de las enfermeras que han realizado los cuestionarios:

- **Datos sociodemográficos y profesionales.**

Edad

Los 17 profesionales que han participado en el presente estudio tienen una media de edad de 45 años, con una amplitud de 30-60 años.

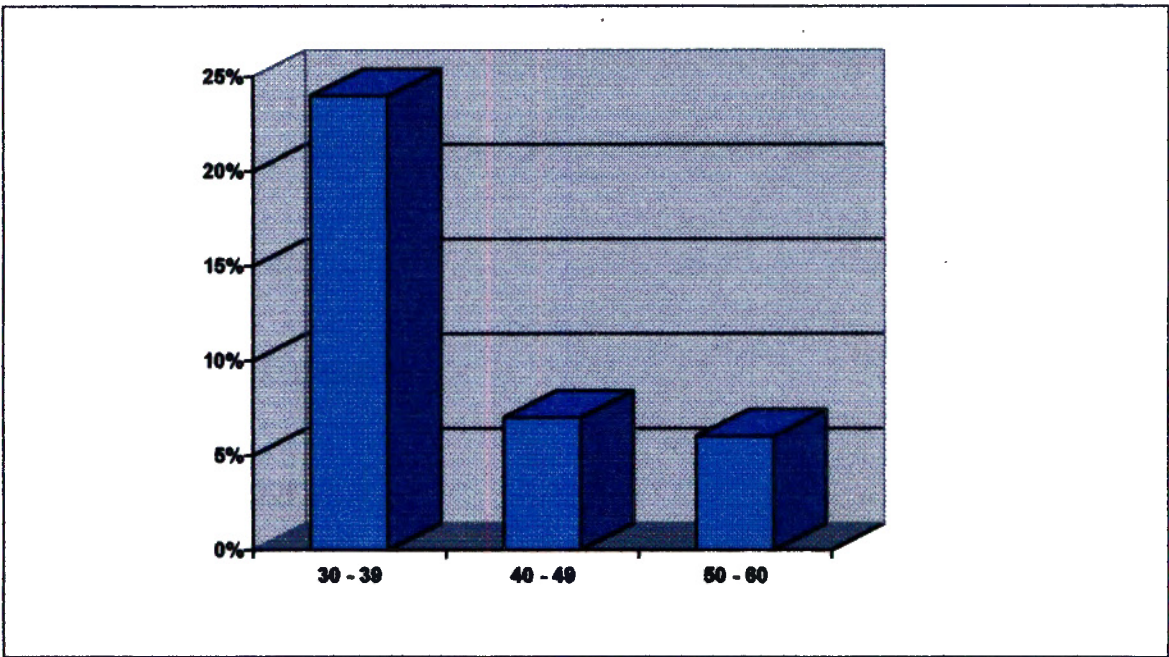


Gráfico 1. b - Distribución de la Edad

Sexo

La población estudiada es mayoritariamente femenina ya que un 94 % son mujeres y sólo 6 %son hombres.

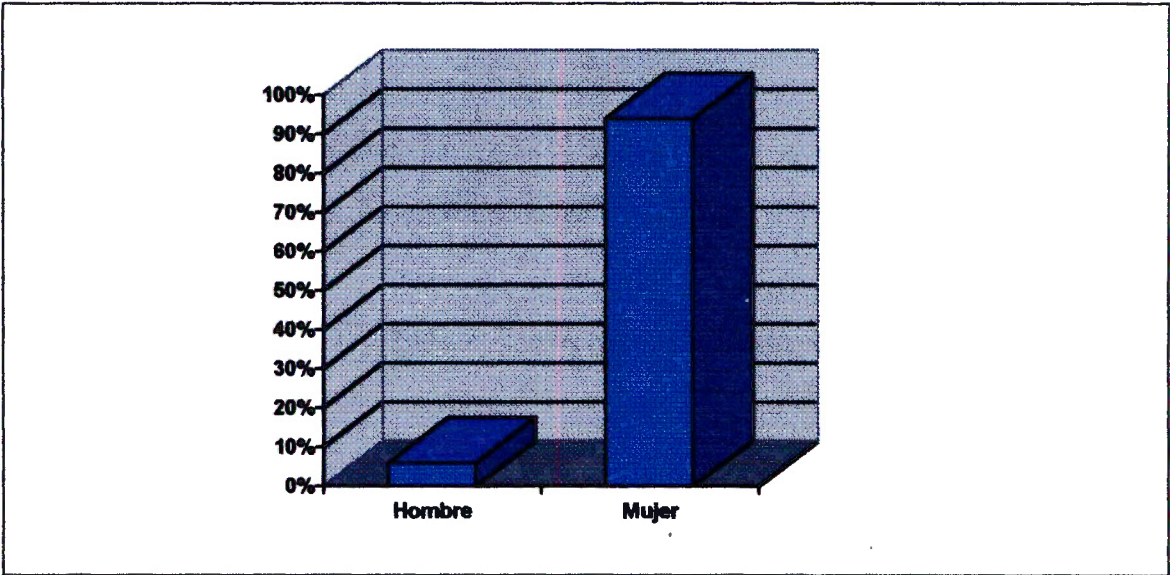


Gráfico 2. b – Distribución del Sexo.

- **Datos profesionales.**

Estudios realizados.

En relación a los estudios realizados encontramos que un 12 % de las enfermeras encuestadas ha cursado estudios de A.T.S.; un 35 % han cursado D.U.E; y un 47 % ha realizado estudios de A.T.S, convalidando posteriormente dichos estudios por los de D.U.E.

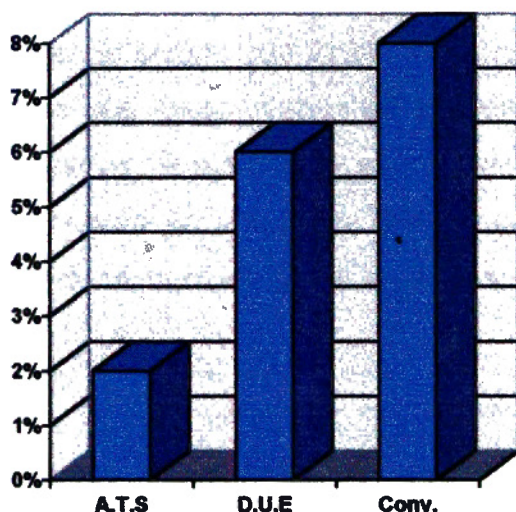


Gráfico 3. b – Distribución de los estudios realizados.

Tiempo que hace que han finalizado los estudios.

Por lo que respecta a los años que hace que han finalizado sus estudios de Enfermería, un 6 % de la muestra estudiada hace menos de dos años; un 12 % los ha terminado hace entre 2 y 5 años, un 29 % entre 5 y 10 años; un 12 % entre 10 y 20 años; y un 7 % hace más de 20 años.

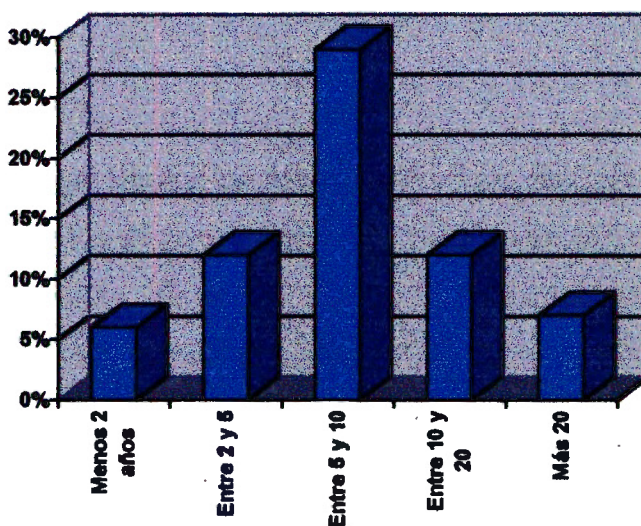


Gráfico 4. b – Distribución del tiempo que hace que han finalizado los estudios.

Tiempo de trabajo con enfermos domiciliarios.

Al preguntar sobre el tiempo que llevan trabajando con enfermos domiciliarios nos encontramos que llevan menos de 2 años, un 53 % de la muestra, es decir, 9 encuestadas; llevan trabajando con estos enfermos entre 2 y 5 años, un 24 % , 4 encuestadas; y trabajan con estos pacientes desde hace más de 5 años, un 24 % de la muestra, o sea, 4 encuestadas.

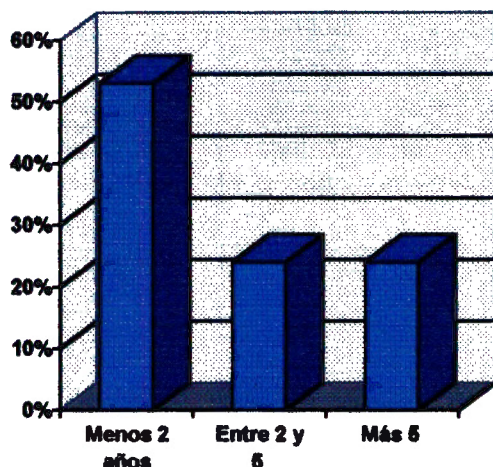


Gráfico 5. b – Distribución del tiempo que hace que han finalizado los estudios.

Tiempo trabajando en el Equipo de Atención Primaria de Sant Antoni.

Por lo que respecta a los años que hace que trabajan en el Equipo de Atención Primaria de Sant Antoni el porcentaje de enfermeras es el siguiente: 9 encuestadas, el 53 % de la muestra, trabajan en dicho equipo de salud desde hace menos de 2 años; 4 encuestadas, el 24 % de la muestra, lo hacen desde entre 2 y 4 años y 4 encuestadas, el 24 % de la muestra, trabajan en el equipo de Atención Primaria de Sant Antoni desde hace más de 4 años.

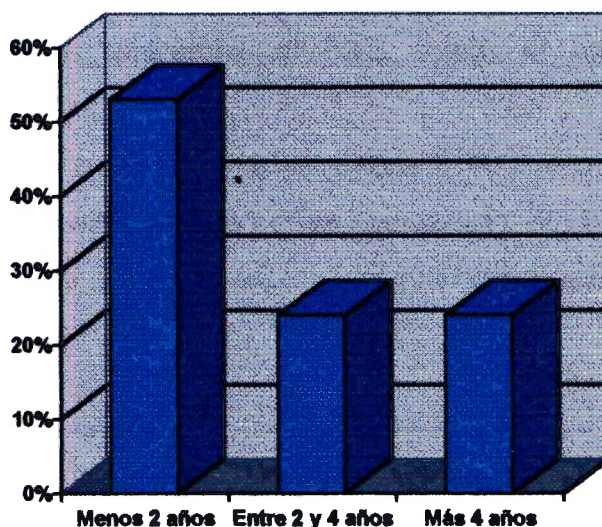


Gráfico 6. b – Distribución del tiempo trabajando en el equipo de atención primaria de Sant Antoni.

Asistencia a cursos de Atención Primaria.

Han asistido a cursos o Congresos de Atención Primaria un 53 %, frente a un 47 % que no lo han hecho.

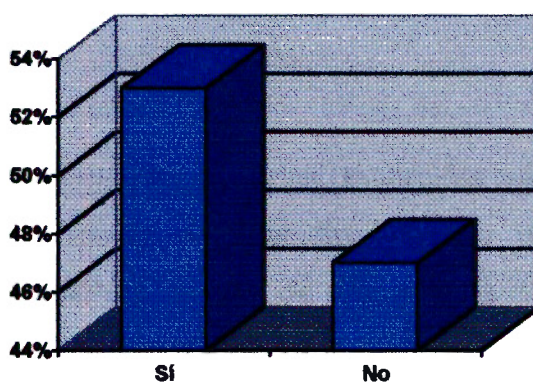


Gráfico 6. b – Distribución del tiempo trabajando en el equipo de atención primaria de Sant Antoni.

- **Datos relativos a formación sobre la aplicación del PAE.**

Realización de cursos referentes al PAE según el modelo de Virginia Henderson.

Por lo que respecta al hecho de haber, realizado cursos o talleres formativos sobre el PAE según el modelo de Virginia Henderson, el 59 % han contestado que sí frente a un 41 % que han respondido que no han asistido a los citados cursos.

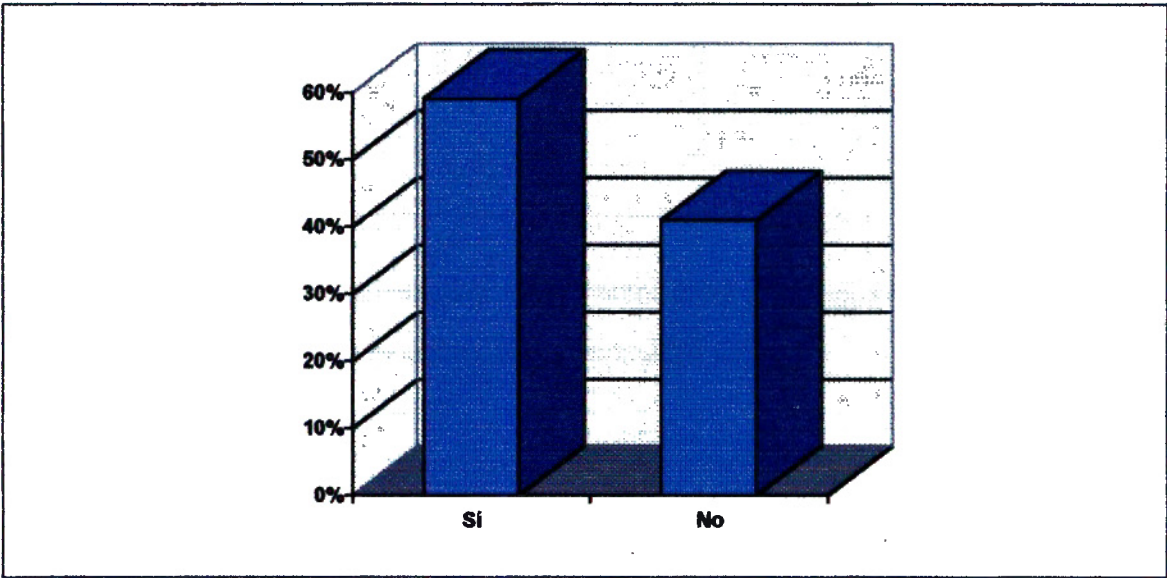


Gráfico 7. b – Distribución realización de cursos referentes al pae según el modelo de V. H.

Formación respecto al modelo de cuidados de Virginia Henderson.

Un 41 % de las enfermeras encuestadas piensan que tienen formación suficiente para la aplicación de la hoja de recogida de datos según el modelo conceptual de Virginia Henderson mientras que un 59 % piensan que no la tienen.

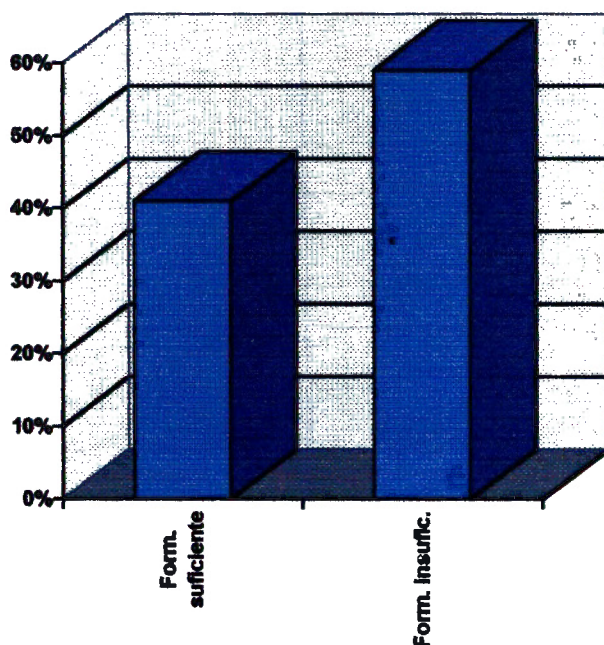


Gráfico 8. b – Distribución de la formación respecto al modelo de cuidados de enfermería de V. H.

- **Experiencia con la metodología del PAE.**

Tiempo de trabajo con la metodología del PAE.

Al investigar sobre el tiempo que llevan trabajando con la metodología del PAE nos encontramos con los siguientes resultados: 14 encuestadas, el 82 % de la muestra llevan menos de 2 años utilizando la metodología objeto de nuestro estudio; 2 encuestadas, el 12 % de la muestra llevan trabajando con dicha metodología entre 2 y 5 años y solamente 1 persona, el 6 % de la muestra lleva más de 5 años.

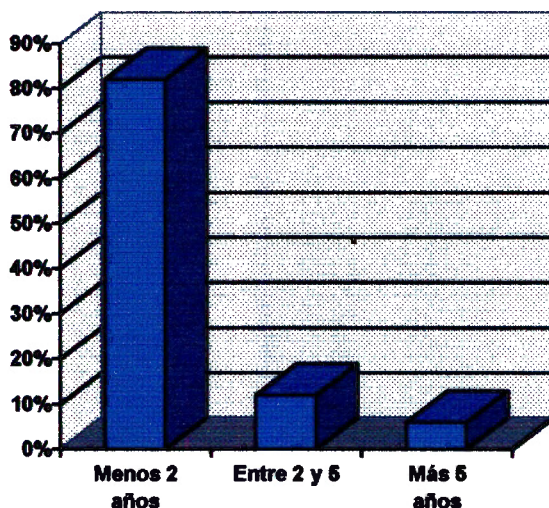


Gráfico 9. b – Distribución del tiempo de trabajo con la metodología del PAE.

Metodología del PAE.

El total de las enfermeras encuestadas piensan que es mejor realizar el PAE en enfermos domiciliarios, y no en enfermos que acuden al centro de salud.

Tiempo empleado para realizar la hoja de recogida de datos.

En cuanto al tiempo que requiere realizar la hoja de recogida de datos del PAE, los resultados obtenidos son los siguientes: dicen tardar aproximadamente 30 minutos, 8 encuestadas, el 47 % de la muestra; entre 30 y 60 minutos, 4 encuestadas, el 24 % de la muestra y más de 60 minutos, 5 encuestadas, el 29 % de la muestra.

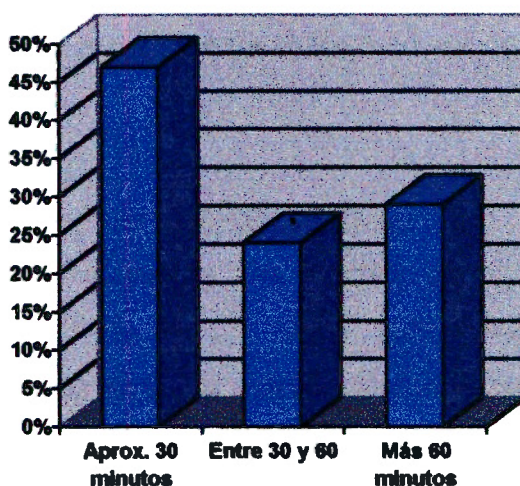


Gráfico 10. b – Distribución del tiempo tiempo requerido para realizar la hoja de recogida de datos.

- Opinión sobre la metodología del PAE.**

Importancia de la metodología del PAE.

Un porcentaje del 24 % de los profesionales encuestados creen que la metodología del PAE es práctica para su trabajo frente a un 71 % que creen que no lo es.

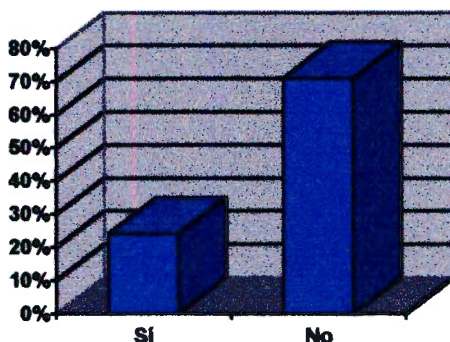


Gráfico 11. b – Distribución de la importancia dada a la metodología del PAE.

• **Escala de evaluación numérica de la hoja de recogida de datos.**

Evaluación numérica de la hoja de recogida de datos.

Los resultados obtenidos referentes a la cuestión de si la hoja de recogida de datos, según el modelo de V.H., refleja suficientemente las diferentes necesidades de los enfermos por parte de las enfermeras encuestadas, expresados en porcentajes, son los siguientes:

Necesidades	1	2	3	4
1. Respirar	0	6	71	4
2. Comer y beber	0	6	71	4
3. Eliminar	0	18	71	2
4. Moverse y mantener una postura adecuada	12	47	35	6
5. Dormir y descansar	6	41	41	12
6. Vestirse y desvestirse	0	41	48	6
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales	12	35	41	12
8. Mantener la higiene y proteger la piel	0	59	29	12
9. Evitar peligros	12	47	29	12
10. Comunicarse	6	47	6	2
11. Vivir según las creencias y valores	0	59	29	12
12. Ocuparse de la propia realización	0	65	35	0
13. Participar en actividades recreativas	0	76	24	0
14. Aprender	18	65	18	0

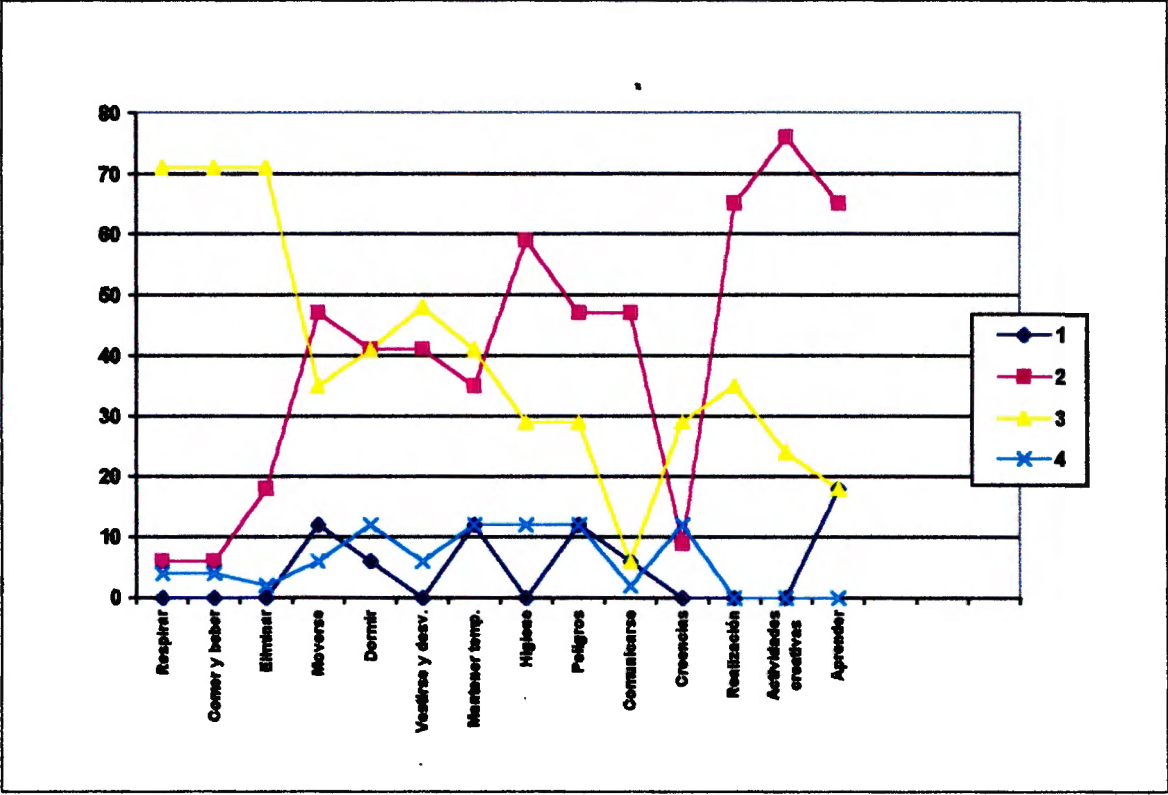


Gráfico 12. b – Distribución de la evaluación numérica de la hoja de recogida de datos.

En esta tabla cabe resaltar los siguientes hechos:

1. En la mayoría de los casos las necesidades son valoradas con un 2 ó con un 3, es decir, la mayor parte de la muestra estudiada cree que la hoja de recogida de datos refleja mal (valorada con un 2) ó regular (valorada con un 3) las necesidades de los enfermos.
2. Un 18 % de la muestra piensa que la hoja de recogida de datos refleja muy mal, es decir, valora con un 1, la necesidad de Aprender. Además, un 12 %

cree que las necesidades de Moverse y mantener una postura adecuada, Mantener la temperatura corporal y Evitar peligros están también muy mal reflejadas en dicha hoja.

3. Un 12 % afirma que las necesidades de Dormir y descansar, Mantener la temperatura corporal, Mantener la higiene y proteger la piel, Evitar peligros y Vivir según las creencias y valores están bien reflejadas en la citada hoja de recogida de datos, es decir, las valoran otorgándole un 4.
4. No se ha encontrado ningún caso en que se dé una puntuación de 5 a una determinada necesidad, lo cual significa que no se ha encontrado ninguna necesidad que se refleje muy bien en la mencionada hoja de recogida de datos.

5. 2. 2. Análisis inferencial ¹

A continuación vamos a exponer los resultados derivados del análisis inferencial.

1. Necesidades																			
2. Respirar	.63 **																		
3. Comer	.60 **	.77 ***																	
4. Eliminar																			
5. Moverse																			
6. Dormir	.67 *	.48 *	.48 *																
7. Vestirse	.93 ***						.48 *												
8. Temperat.	.55 *		.46 **					.93 ***											
9. Higiene	.65 **	.72 **	.46 **					.51 *	.52 *										
10. Peligros	.58 **		.56 **	.59 **		.53 **		.59 **											
11. Comunicar	.70 **	.65 ***				.75 ***	.48 *	.55 *	.57 *	.74 ***									
12. Creencias	.71 **	.56 **				.73 **	.53 *		.51 *	.63 **	.68 **								
13. Realización	.48 *	.46 **	.70 **			.55 **						.50 *							
14. Recreación	.63 **	.62 **	.89 ***			.47 *	.47 *	.47 *	.57 *							.75 ***			
15. Aprender	.60 **		.57 **			.64 **							.57 *	.62 **	.70 **				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14					

Tal como puede observarse en la anterior tabla de relaciones entre las diferentes necesidades, podemos concluir globalmente que los individuos que

¹ Para este y los posteriores análisis consideramos los siguientes niveles de significación.

* P< 0.05
** P< 0.01
***P< 0.000

presentan más necesidades globales, son también los que más necesidades particulares manifiestan. Por otro lado, son también, las personas que menos necesidades globales generan, las que menos necesidades particulares presentan.

Si nos centramos en las necesidades parciales observamos que la necesidad de **Respirar** se relaciona con todas las demás necesidades excepto con Eliminar y moverse y con Mantener una postura adecuada. La necesidad de **Comer y beber** está relacionada con las necesidades de Dormir y descansar, Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, Evitar peligros y Aprender. Por lo que respecta a la necesidad de **Eliminar** está relacionada con las necesidades de Dormir y descansar, Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, Mantener la higiene y proteger la piel, Comunicarse, Vivir según las creencias y valores, Ocuparse de la propia realización y Participar en actividades recreativas. Llama la atención el hecho de que las necesidades de **Moverse y mantener una postura adecuada, Comunicarse, Ocuparse de la propia realización y Participar en actividades recreativas** se relacionen solamente con otra única necesidad. La necesidad de Moverse y mantener una postura adecuada se relaciona con la necesidad de Evitar peligros, la necesidad de Comunicarse se relaciona con la necesidad de Vivir según las creencias y valores y las necesidades de Ocuparse de la propia realización y de Participar en actividades recreativas se relacionan con la necesidad de Aprender. También es destacable el hecho de que las necesidades de **Dormir y descansar, Vivir según las creencias y valores y Aprender** no estén relacionadas con ninguna otra necesidad. En cuanto a la necesidad de **Vestirse y desvestirse** se relaciona con las necesidades siguientes: Evitar peligros, Comunicarse, Vivir según las creencias y valores, Ocuparse de la propia realización, Participar en actividades recreativas y Aprender. En lo que hace referencia a la necesidad de **Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales** se relaciona con las necesidades de Mantener la higiene y proteger la piel, Comunicarse, Vivir según las creencias y valores, y Participar en

actividades recreativas. Por lo que respecta a la necesidad de **Mantener la higiene y proteger la piel** se relaciona con la necesidad de Evitar peligros, Comunicarse y participar en actividades recreativas. En cuanto a la necesidad de **Evitar peligros**, se relaciona con las necesidades de Comunicarse, Vivir según las creencias y valores y Participar en actividades recreativas.

Observamos también en esta tabla que las necesidades que alcanzan una mayor significación son Respirar relacionada con la necesidad de Vestirse y desvestirse, Comer y beber relacionada con Comunicarse, Eliminar relacionada con la necesidad de Participar en actividades recreativas y Vestirse y desvestirse relacionada con la necesidad de Comunicarse.

Por lo que respecta al sexo podemos observar que de la muestra de 17 individuos sólo había 1 persona varón frente a 16 mujeres, por lo cual creemos que debemos despreciar esta relación entre el sexo y la valoración de las diferentes necesidades, al existir una muestra insuficiente para tal cometido.

En cuanto a la relación entre la valoración de las necesidades y el hecho de haber asistido o no a cursos de asistencia primaria encontramos los siguientes resultados:

Necesidades	Sí	No	Sign.	Dif.
1. Respirar	3,2	3,1	-	-
2. Comer y beber	3,2	3,1	-	-
3. Eliminar	2,7	3,1	-	-
4. Moverse y mantener una postura adecuada	2,3	2,3	-	-
5.Dormir y descansar	2,5	2,6	-	-
6.Vestirse y desvestirse	5,6	3	-	-
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales	2,4	2,6	-	-
8. Mantener la higiene y proteger la piel	2,7	2,2	-	-
9. Evitar peligros	2,5	2,2	-	-
10. Comunicarse	2,4	2,6	-	-
11. Vivir según las creencias y valores	2,6	2,3	-	-
12. Ocuparse de la propia realización	2,4	2,2	-	-
13. Participar en actividades recreativas	2,2	2,2	-	-
14. Aprender	1,8	2,1	-	-

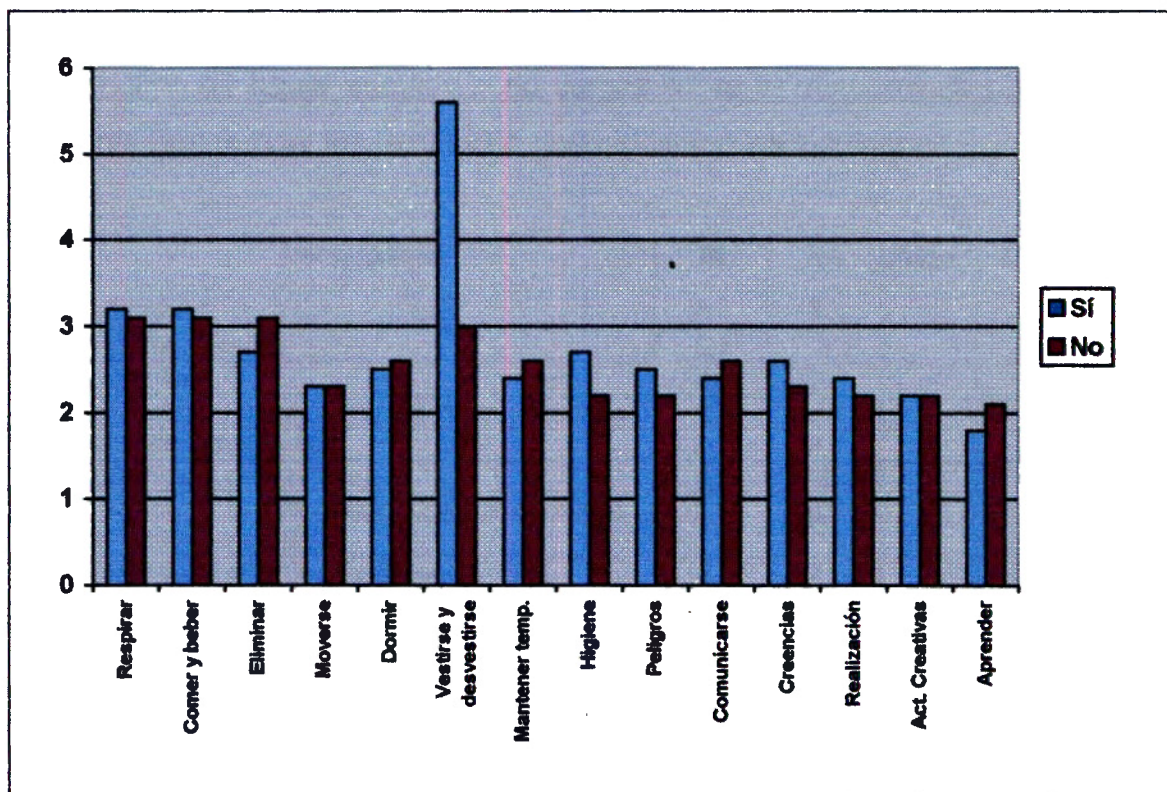


Gráfico 13. b - Relación entre la valoración de las necesidades y el hecho de haber asistido o no a cursos de asistencia primaria.

Vemos que no existen diferencias significativas en la relación entre la valoración de las necesidades y el hecho de haber asistido o no a cursos de asistencia primaria, es decir, el hecho de haber asistido o no a cursos de asistencia primaria no influye en la valoración que hace la muestra estudiada de las necesidades definidas por Virginia Henderson en su modelo conceptual.

En lo que hace referencia a la relación entre la valoración de las necesidades y el hecho de haber seguido o no cursos sobre la metodología utilizada por Virginia Henderson, los resultados obtenidos son los siguientes:

Necesidades	Si	No	Sign.	Dif.
1. Respirar	3,2	3,1	-	-
2. Comer y beber	3,3	3	-	-
3. Eliminar	2,8	3,1	-	-
4. Moverse y mantener una postura adecuada	2,3	2,4	-	-
5.Dormir y descansar	2,5	2,7	-	-
6.Vestirse y desvestirse	5,4	3	-	-
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales	2,5	2,5	-	-
8. Mantener la higiene y proteger la piel	2,7	2,2	-	-
9. Evitar peligros	2,4	2,4	-	-
10. Comunicarse	2,3	2,8	-	-
11. Vivir según las creencias y valores	2,6	2,4	-	-
12. Ocuparse de la propia realización	2,5	2,1	-	-
13. Participar en actividades recreativas	2,3	2,1	-	-
14. Aprender	2	2	-	-

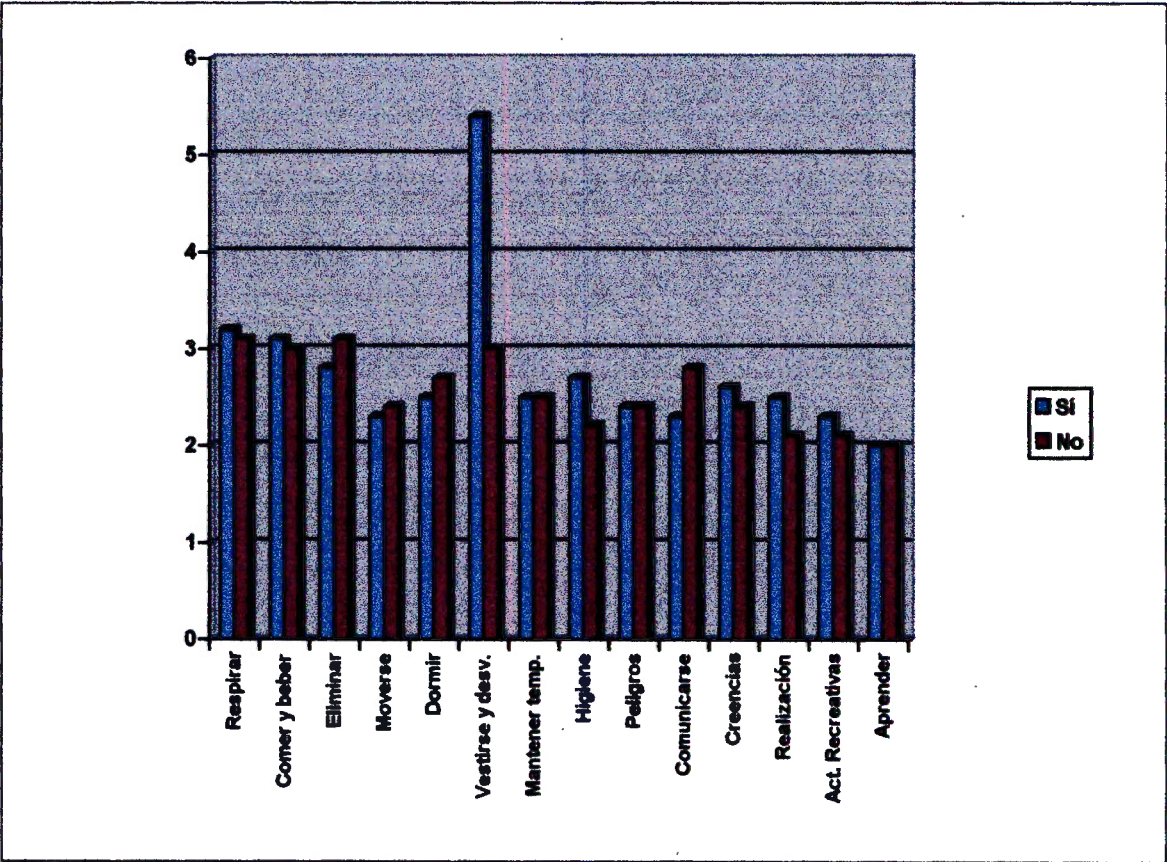


Gráfico 14. b – Relación entre la valoración de las necesidades y el hecho de haber seguido o no cursos sobre la metodología de V. H.

Como podemos comprobar tampoco hay diferencias significativas respecto al hecho de haber seguido cursos sobre la metodología utilizada por Virginia Henderson, lo que significa que el haber seguido o no cursos sobre la metodología de Virginia Henderson no influye en la valoración que la muestra hace de las necesidades del ser humano definidas por Virginia Henderson en su modelo conceptual.

En cuanto respecta a la formación en la aplicación del modelo de Virginia Henderson y la valoración de las 14 necesidades, mostramos a continuación la tabla de los resultados obtenidos:

Necesidades	Sí	No	Sign.	Dif.
1. Respirar	3,4	3	-	-
2. Comer y beber	3,4	3	-	-
3. Eliminar	2,8	3	-	-
4. Moverse y mantener una postura adecuada	2,1	2,5	-	-
5.Dormir y descansar	2,7	2,5	-	-
6.Vestirse y desvestirse	6,8	2,7	-	-
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales	3	2,2	,061	-
8. Mantener la higiene y proteger la piel	3,1	2,1	,001	-
9. Evitar peligros	2,7	2,2	-	-
10. Comunicarse	2,8	2,3	-	-
11. Vivir según las creencias y valores	2,5	2,5	-	-
12. Ocuparse de la propia realización	2,4	2,3	-	-
13. Participar en actividades recreativas	2,4	2,1	-	-
14. Aprender	1,8	2,1	-	-

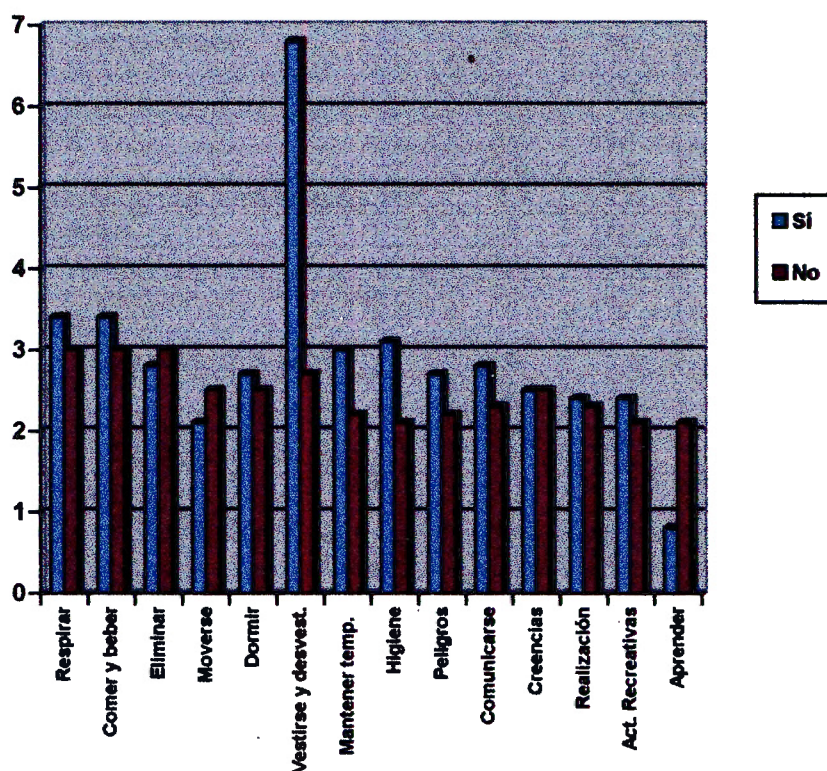


Gráfico 15. b – Relación entre la valoración de las necesidades y la formación en la aplicación del modelo de Virginia Henderson.

Vemos claramente que por lo que hace referencia a la relación entre la formación en la aplicación del modelo de Virginia Henderson y la valoración de las necesidades por ella definidas, solamente hay una diferencia significativa en la valoración de las necesidades de Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales y en la de Mantener la higiene y proteger la piel.

En cuanto a la cuestión de donde es más cómodo realizar la hoja de recogida de datos, toda la muestra estudiada está de acuerdo en que es más cómodo realizar dicha hoja en los enfermos domiciliarios y no en el centro de Salud.

Exponemos a continuación los resultados referentes a la relación entre la valoración de las necesidades y la evaluación de la metodología del PAE:

Necesidades	Si	No	Sign.	Dif.
1. Respirar	3,2	3,2	-	-
2. Comer y beber	3,2	3,2	-	-
3. Eliminar	3,2	2,9	-	-
4. Moverse y mantener una postura adecuada	1,7	2,4	-	-
5.Dormir y descansar	2	2,8	-	-
6.Vestirse y desvestirse	2,5	5,2	-	-
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales	2,5	2,5	-	-
8. Mantener la higiene y proteger la piel	3	2,4	-	-
9. Evitar peligros	2	2,5	-	-
10. Comunicarse	2,2	2,6	-	-
11. Vivir según las creencias y valores	2	2,7	-	-
12. Ocuparse de la propia realización	2,2	2,4	-	-
13. Participar en actividades recreativas	2,2	2,2	-	-
14. Aprender	1,2	2,2	.002	-

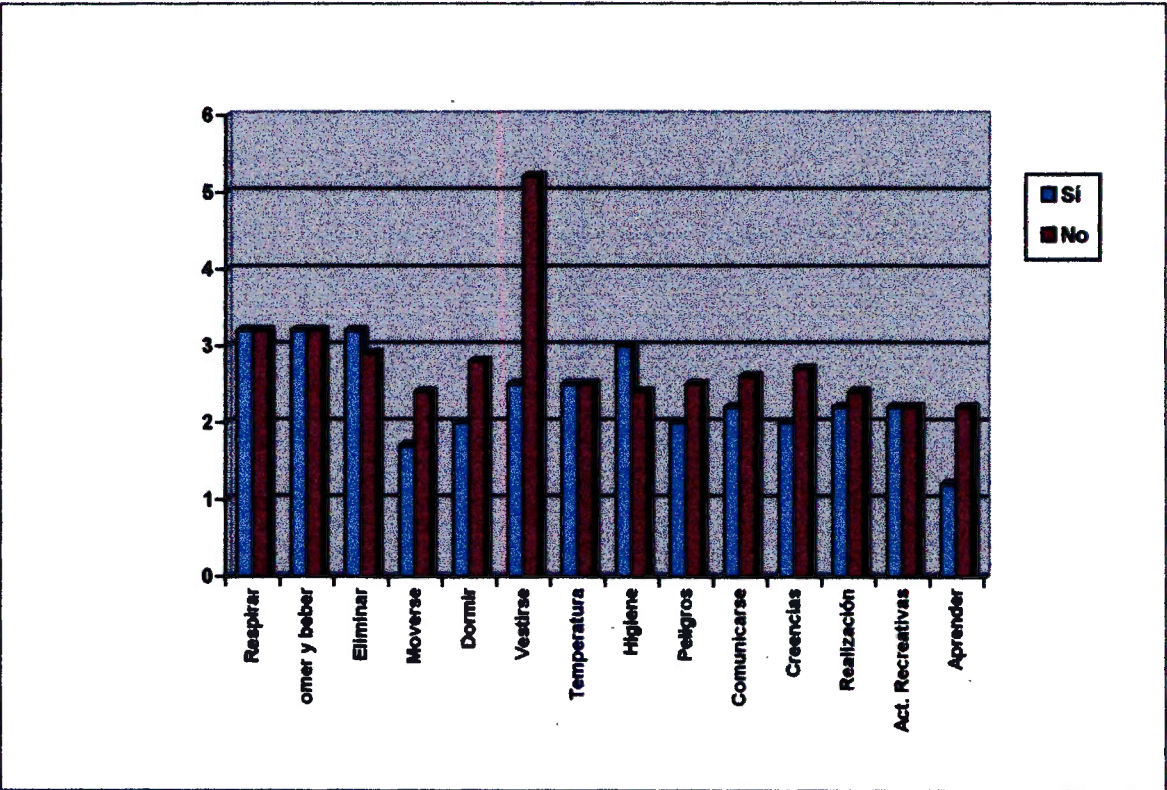


Gráfico 16. b – Relación entre la valoración de las necesidades y la evaluación de la metodología del PAE.

Tal como observamos en la tabla adjunta las enfermeras que más valoran la metodología del PAE, es decir, las que creen que es práctica, son las que menos valoran la necesidad de aprender.

6.3 RESULTADOS RESPECTO A LOS CUIDADORES.

6.3.1 Análisis descriptivo.

En los siguientes cuadros presentamos el perfil de los cuidadores que han realizado los cuestionarios:

- **Datos sociodemográficos**

Edad

La media de edad de los cuidadores es de 61 años con una desviación típica de 15,8. El 19 % de la muestra tienen entre 28 y 48 años, el 43 % entre 48 y 69 años, y un 38 % tienen entre 70 y 90 años.

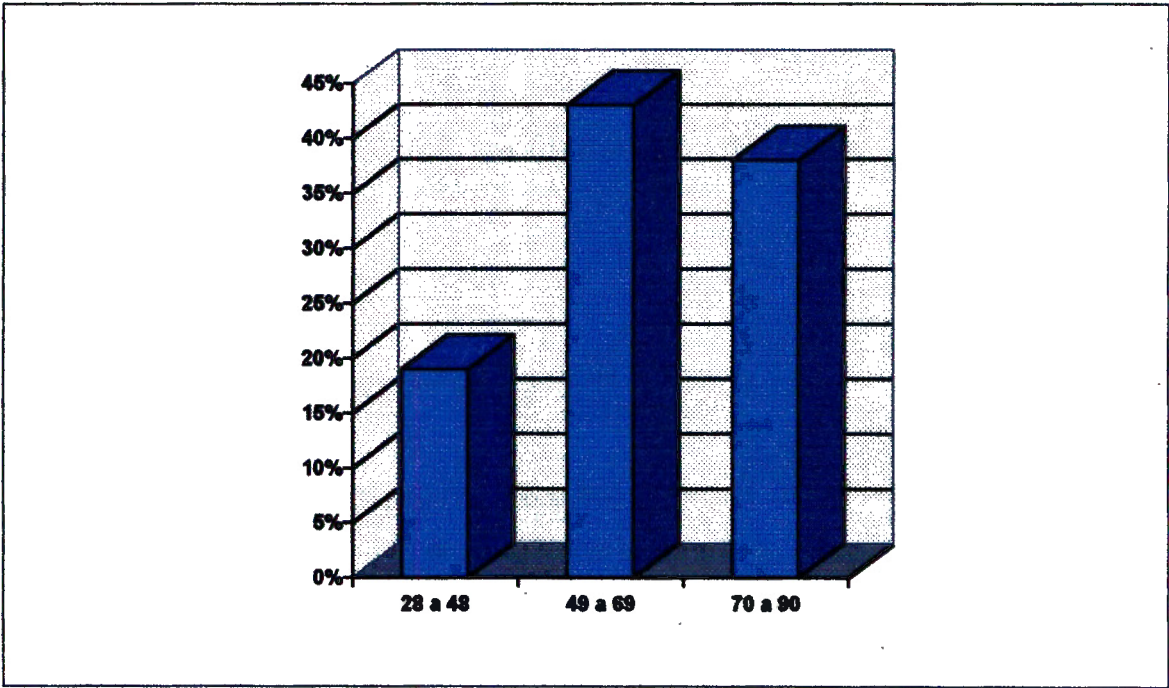


Gráfico 1. c – Distribución de la Edad

Sexo

El 25 % de los cuidadores son hombres frente a un 74 % que son mujeres, lo cual coincide con las pirámides de población existentes actualmente .

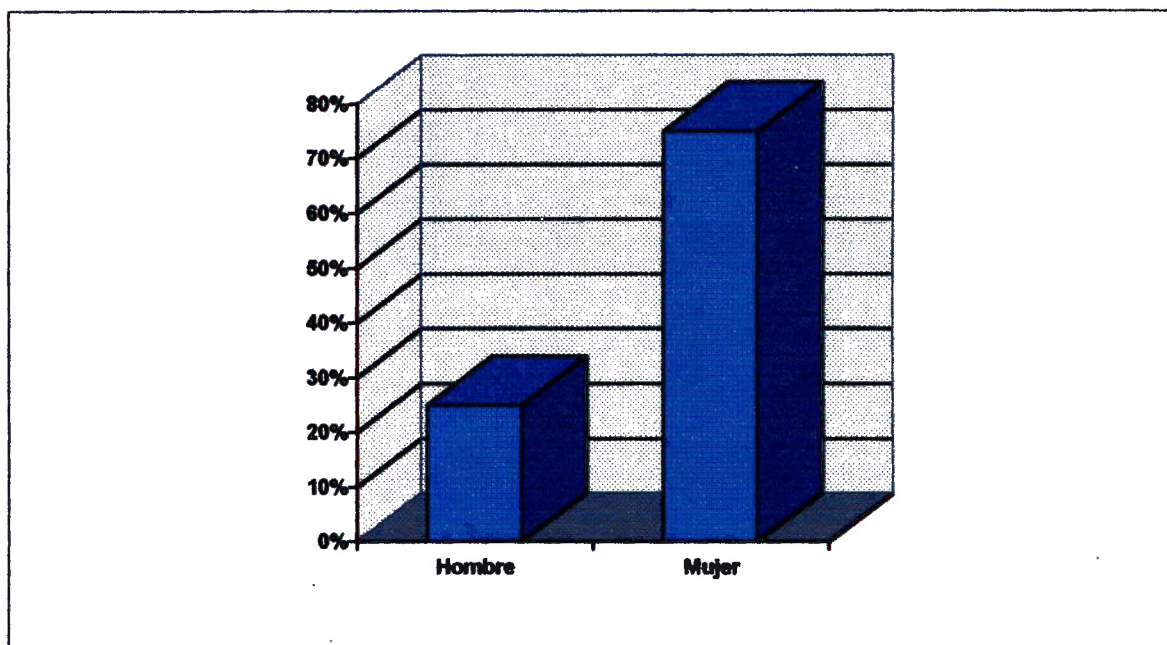


Gráfico 2. c – Distribución del Sexo.

- **Datos referentes a la relación con el enfermo**

En cuanto a la relación de parentesco que guardan con el enfermo es, en el 79 % de los casos, un familiar; en el 4 % de la muestra, un amigo; en otro 4 % de los casos, un cuidador contratado por el enfermo o la familia y, en un 12 % de los casos estudiados, un cuidador no contratado por el enfermo o familia.

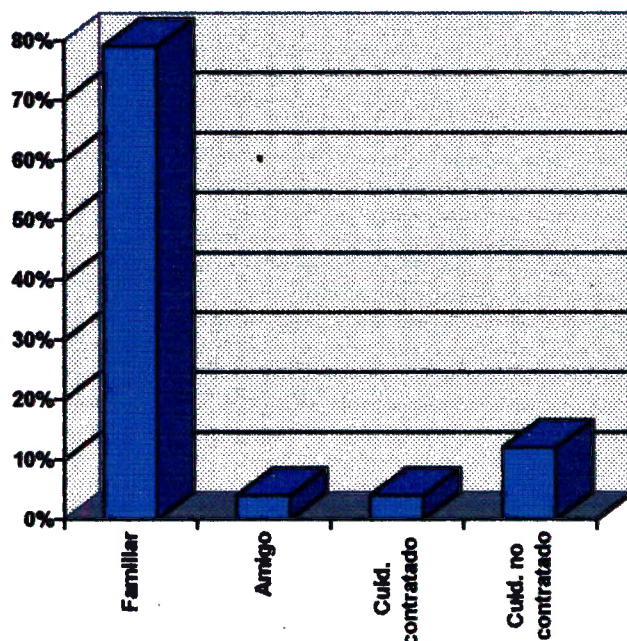


Gráfico 3. c – Distribución de la relación de parentesco con el enfermo.

- **Datos referentes a la formación tanto sanitaria como general.**

Estudios realizados.

Por lo que concierne a los estudios realizados, un 16 % de la muestra no tienen estudios; un 34 % tienen estudios primarios; un 40 % tienen estudios secundarios; y un 10 % tienen estudios superiores.

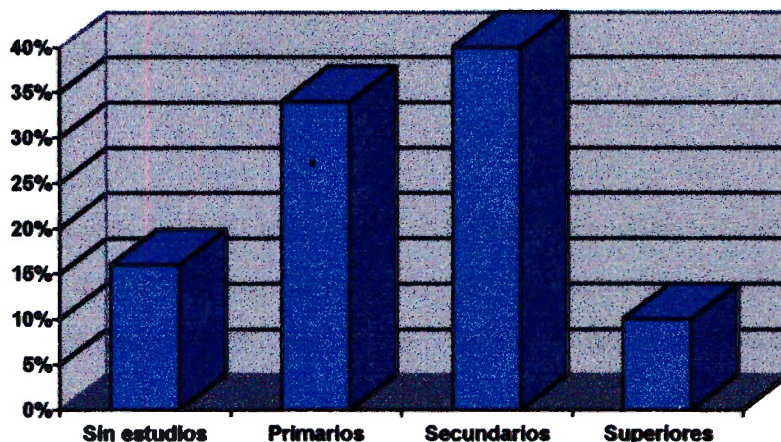


Gráfico 4. C – Distribución de la formación general.

Formación sanitaria.

En cuanto a la formación sanitaria específica, nos encontramos que el 21 % de la muestra estudiada tiene formación sanitaria específica frente al 76 % que no tiene dicha formación.

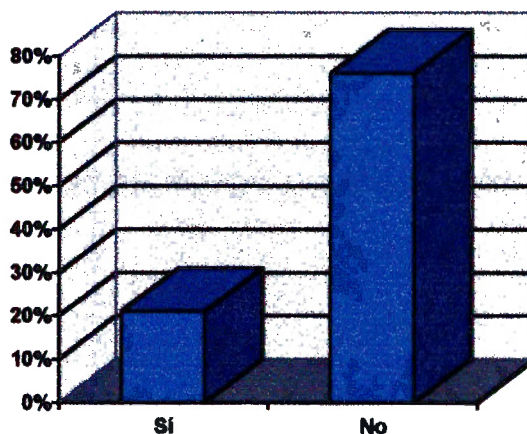


Gráfico 5. C – Distribución de la formación sanitaria.

- **Datos generales sobre los cuidados.**

Tiempo de cuidados.

Al investigar sobre el tiempo que llevan cuidando al enfermo, vemos que la mayoría, el 65 % de la muestra, llevan más de 5 años; entre 1 y 5 años, el 17 % de los encuestados y llevan menos de 1 año cuidando al enfermo, el 18 % de los cuidadores.

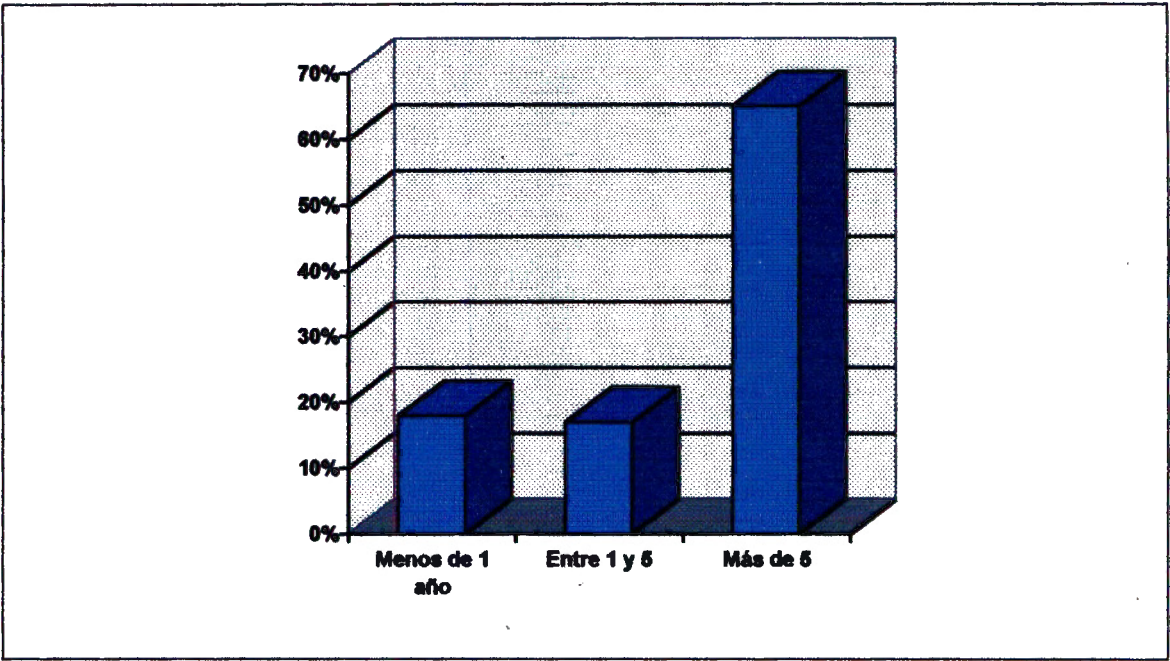


Gráfico 6. C – Distribución del tiempo que llevan cuidando al enfermo.

Domicilio de los cuidadores.

El 81 % de los cuidadores viven en el mismo domicilio que el enfermo frente a un 19 % que no lo hacen por lo que se puede afirmar, dado además los datos anteriormente citados, que la mayoría de los cuidadores son familiares del enfermo.

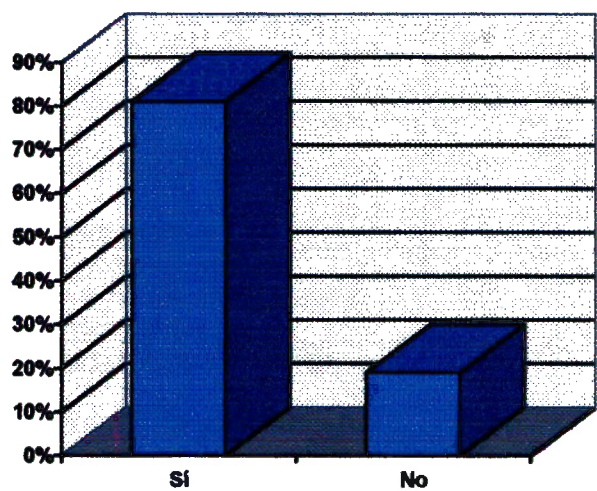


Gráfico 7. C – Distribución del domicilio de los cuidadores.

- **Datos que hacen referencia a las 14 necesidades descritas por Virginia Henderson.**

En cuanto a la ayuda en la satisfacción de las necesidades enumeradas por el modelo conceptual de enfermería de Virginia Henderson, exponemos a continuación los resultados referentes a las variables 8 a 22 de la encuesta a los cuidadores:

Necesidades	Si (%)	No (%)
1. Ayuda a respirar	57	43
2. Ayuda a comer y beber	90	10
3. Ayuda a eliminar	61	39
4. Ayuda a moverse y mantener una postura adecuada	67	33
5. Ayuda a dormir y descansar	65	35
6. Ayuda a vestirse y desvestirse	84	16
7. Ayuda mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales	72	28
8. Ayuda a mantener la higiene y proteger la piel	82	18
9. Enfermo con problema de ansiedad	40	60
10. Enfermo con problema de depresión	55	45
11. Enfermo con dolor	19	81
12. Dificultad enfermo comunicarse	33	67
13. Vivir según las creencias y valores	61	38
14. Enfermo participa decisiones	53	47
15. Estado salud modifica forma vida	90	10
16. Participa enfermo en actividades recreativas	78	21
17. Interés enfermo conocer enfermedad	38	63
18. Interés enfermo conocer medidas para mejorar su estado de salud	36	63

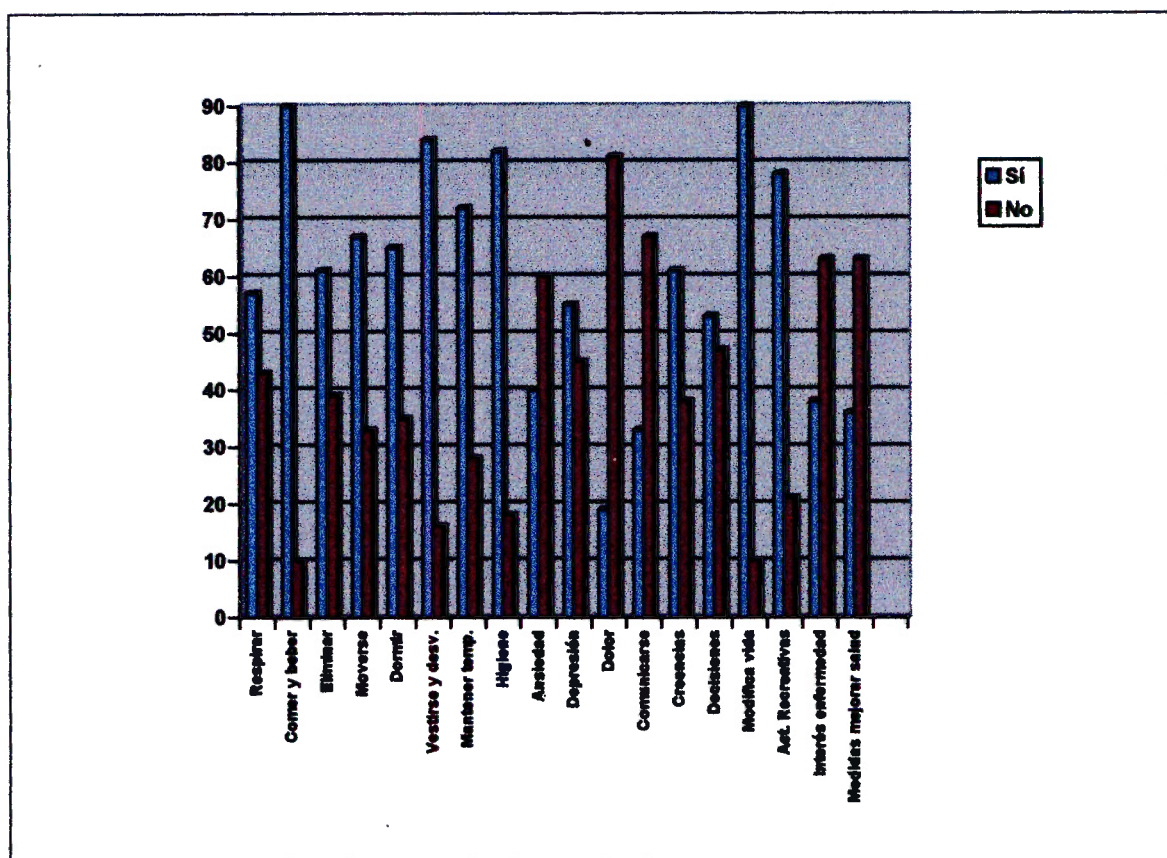


Gráfico 8. C – Distribución de la ayuda prestada para la satisfacción de las necesidades.

Como podemos observar en este gráfico, las necesidades en las que precisa más ayuda la muestra estudiada, según la opinión de los cuidadores, son Comer y beber, Vestirse y desvestirse y Mantener la higiene y proteger la piel. Un 90 % de los cuidadores dicen ayudar a Comer y beber, un 84 % a Vestirse y desvestirse y un 82 % a Mantener la higiene y proteger la piel. Por otro lado, también sobresale el hecho de que un 90% de los cuidadores dicen que el estado de salud ha modificado la forma de vida de los enfermos por ellos cuidados. Además comprobamos que entre las necesidades que menos ayudan a satisfacer, se encuentran Evitar peligros ya que un 81 % de la muestra dicen que no ayudan a los enfermos en sus problemas de dolor y un

60 % afirman que no ayudan a los enfermos en los problemas de ansiedad. Además, un 67 % de la muestra dicen que no ayudan a los enfermos en los problemas para Comunicarse. También destaca el hecho de que un 63 % de la muestra estudiada dicen no ayudar en la necesidad de aprender.

6.3.2 Análisis inferencial.

A continuación expondremos los resultados obtenidos al cruzar las diferentes variables:

Necesidades	Sexo	Parent.	Estudios	Formac. sanitaria	Tiempo cuidados	Mismo domicilio
Ayuda a respirar	-	H1	-	-	H1	H1
Ayuda a comer y beber	-	-	-	-	-	-
Ayuda a eliminar	-	-	-	-	-	H1
Ayuda a moverse y mantener una postura adecuada	-	-	-	-	-	H1
Ayuda a dormir y descansar	-	H1	-	H1	-	H1
Ayuda a vestirse y desvestirse	-	-	-	-	-	H1
Ayuda mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales	-	-	-	-	-	H1
Ayuda a mantener la higiene y proteger la piel	-	-	-	-	-	H1
Enfermo con problema de ansiedad	-	H1	-	-	-	-
Enfermo con problema de depresión	-	-	-	-	-	-
Enfermo con dolor	-	-	-	-	-	-
Dificultad enfermo comunicarse	H 1	H1	-	H1	-	H1
Vivir según las creencias y valores	-	-	-	-	-	-
Enfermo participa decisiones	-	-	-	-	-	-
Estado salud modifica forma vida	-	-	-	-	-	-
Participa enfermo en actividades recreativas	-	-	-	-	-	-
Interés enfermo conocer enfermedad	-	-	-	-	-	-
Interés enfermo conocer medidas para mejorar su estado de salud	-	-	-	-	-	-

Como observamos en el cuadro adjunto, la variable sexo, es decir, el hecho de ser hombre o mujer, influye solamente en la necesidad de comunicarse siendo las mujeres las que mejor se comunican.

Por lo que respecta a la relación de parentesco vemos que tiene influencia en las necesidades de respirar, dormir y descansar, evitar peligros y comunicarse.

Por otro lado, los que más ayudan en la satisfacción de estas necesidades son, en relación a la necesidad de respirar, los familiares y los que menos, los cuidadores no contratados; en cuanto a la necesidad de dormir y descansar nos encontramos con la misma situación; por lo que respecta a la necesidad de evitar peligros, son los amigos y los cuidadores no contratados los que más ayudan a su satisfacción y en la necesidad de comunicarse se da el mismo caso que para las necesidades de respirar y de dormir y descansar, es decir, son los familiares, los que menos problemas tienen a la hora de resolver estas necesidades, y es el cuidador no contratado el que más problemas tiene para solucionar esta necesidad.

Al indagar sobre los estudios realizados por los cuidadores vemos que éstos no influyen en la ayuda que prestan en las necesidades del enfermo.

En cuanto a la formación sanitaria influye en las necesidades de dormir y comunicarse; los cuidadores que no tienen formación sanitaria son los que más colaboran a que el enfermo pueda satisfacer la necesidad de dormir, sin embargo en la satisfacción de la necesidad de comunicarse son las personas con una mayor formación sanitaria los que mejor cubren esta necesidad.

Por lo que hace referencia al tiempo de cuidados, es decir, el tiempo que hace que los cuidadores cuidan al enfermo influye en la satisfacción de las

necesidades de respirar, dormir y en la de comunicarse siendo las personas que más tiempo llevan cuidando al enfermo los que mejor cubren estas necesidades.

Cuando el cuidador vive en el domicilio del enfermo satisface mejor las necesidades de respirar, evacuar, desplazarse, dormir, vestirse y desvestirse, temperatura, higiene y comunicarse. Por el contrario, las necesidades de comer sólo, superar la ansiedad, depresión, dolor, ser consciente de sus limitaciones, tomar decisiones, modificar su forma de vivir, realizar actividades diferentes, interés en conocer su enfermedad, y en tomar medidas que mejoren su salud, son satisfechas de una manera más óptima por los cuidadores que no viven con el enfermo.

7. CONCLUSIONES.

A partir de los datos expuestos a lo largo de este trabajo, podemos concluir diciendo:

Se constata la creciente heterogeneidad de la población anciana, por consiguiente es previsible que las personas jubiladas sean cada vez más instruidas, más urbanas, más cualificadas, más informadas y, en general, más independientes, con lo que su nivel de exigencia social y sanitaria aumentará.

También queda patente que asumir los cambios y adaptarse a ellos, requiere un esfuerzo individual pero también del grupo al que se pertenece. Individual porque cada persona envejece de una forma y los requerimientos en la satisfacción de sus necesidades van a estar condicionados por los recursos con que cuente y por el entorno que le rodee. Requiere un esfuerzo colectivo, porque habrá que poner en marcha diferentes respuestas a las diversas demandas, para la solución de las dificultades de la vida cotidiana.

Las modificaciones de toda índole que acompañan a la vejez, están tan directamente relacionadas unas con otras que no podemos olvidar sus implicaciones. Por ejemplo, los cambios psíquicos que se producen en el individuo que envejece están influenciados por múltiples aspectos, tanto internos como externos. De estos últimos hay que destacar el peso específico del entorno en el que vive el anciano, porque del entorno van a proceder, en la mayoría de los casos, los recursos y posibilidades de ayuda con los que cuente.

El anciano en nuestra sociedad cambia su papel por el mero hecho de cumplir años. Cuando el individuo pasa a formar parte del grupo de los "jubilados", queda automáticamente excluido de la participación social que el trabajo le ofrece, pero se deberían contemplar otras formas de sentirse integrante de un grupo social, y para ello una de las cosas que se debería tener más en cuenta es la preparación para vivir esta etapa de la vida.

Es fundamental que la enfermera se sitúe desde la perspectiva comunitaria y desde el domicilio, donde el anciano y sus cuidadores están adaptados y han ido adquiriendo con el tiempo un aprendizaje funcional que les hace rentabilizar sus recursos y sus propias capacidades residuales. Además, es importante que el profesional de enfermería se coloque en la perspectiva del anciano y su núcleo familiar para poder identificar las fuentes de dificultad que aparecen más frecuentemente en el anciano, como causa de insatisfacción de sus necesidades.

En cuanto a las conclusiones que podemos extraer en relación a nuestro estudio de investigación, y pese a las limitaciones de la muestra seleccionada se resumen de la siguiente forma:

Por lo que respecta a la opinión de los tres colectivos, implicados en el estudio, sobre las 14 necesidades del ser humano definidas por Virginia Henderson en su modelo conceptual y por lo que hace referencia a los **enfermos**, las necesidades que éstos declaran tener más afectadas son: *Comer y beber, Eliminar, Moverse y mantener una postura adecuada, Mantener la higiene y proteger la piel, Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, Evitar peligros, Ocuparse de la propia realización, Participar en actividades recreativas y Aprender*. Por otro lado, las necesidades que los encuestados afirman tener mejor cubiertas son: *Respirar, Vestirse y desvestirse y Vivir según las creencias y valores*.

No es sorprendente pero sí curioso, que en el resultado de las encuestas de los enfermos junto con las necesidades físicas de comer y beber, respirar y vestirse y desvestirse, se encuentre la de vivir según sus creencias y valores dado que ellos valoran muy positivamente estar en su entorno habitual, es decir, en su domicilio y atendidos en la mayoría de los casos por unos cuidadores que forman parte de su familia directa (conyúge, hijos).

Las necesidades más difíciles de solucionar serían las de *Respirar, Comer y beber, Eliminar, Vestirse y desvestirse, Evitar peligros y Vivir según creencias y valores*, mientras que las necesidades con más fácil solución serían las de

Moverse y mantener una postura adecuada, Dormir y descansar, Mantener una temperatura corporal dentro de los límites adecuados, Mantener la higiene y proteger la piel, Comunicarse, Ocuparse de la propia realización, Participar en actividades creativas y Aprender.

Dentro de la dimensión social y/o situacional de la necesidad de movimiento, podemos destacar el entorno físico donde la persona realiza sus AVD (actividades de la vida diaria): condiciones de la vivienda, barreras arquitectónicas,... que actúan en la posibilidad de satisfacción de esta necesidad. También la necesidad de ocio aparece dentro de la dimensión social como un aspecto fundamental respecto a la capacidad de movimiento del anciano.

Por lo que respecta a **las enfermeras** aunque, la mayoría afirman que la hoja de recogida de datos reflejan mal o regular las necesidades de los enfermos, dicen que las necesidades mejor reflejadas en la hoja de recogida de datos son: *Respirar, Comer y beber, y Eliminar*. Estas necesidades son de vital importancia para la supervivencia del individuo y por parte de los profesionales de enfermería requieren una intervención prioritaria y un seguimiento continuo, siempre en colaboración con el cuidador habitual. En cuanto a las necesidades que menos reflejan las verdaderas necesidades de los enfermos son: *Moverse y mantener una postura adecuada, Mantener la higiene y proteger la piel, Vivir según las creencias y los valores, Ocuparse de la propia realización, Participar en actividades recreativas y Aprender*, siendo esta última la peor calificada. Existe también discrepancia de opiniones en las necesidades de *Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales y Evitar peligros* ya que el mismo porcentaje de enfermeras encuestadas le dan igual puntuación en muy mal que en bien. En el caso de los enfermos encuestados, los cambios que representa respecto a las necesidades de Respirar, Comer y beber, y Eliminar están en relación a su proceso de envejecimiento desde el punto de vista físico/biológico y de las condiciones de su entorno. Las enfermeras afirman que la observación es la base de la valoración. Observar significa estar atenta, receptiva a todas las reacciones de la persona anciana en las respuestas a su situación de salud y a las interferencias y/o consideraciones que haga de su situación vital. La escucha acompaña a la observación y ambas, están

intimamente relacionadas. Mediante el seguimiento de la valoración de los resultados por parte de las enfermeras se llevará a cabo la identificación de los problemas y, por tanto, a determinar a que nivel estos profesionales deben intervenir para atender a las demandas de salud de los enfermos domiciliarios.

Por lo que hace referencia a **los cuidadores**, estos opinan que las necesidades que más se necesitan cubrir son por orden decreciente: *Comer y beber, Ocuparse de la propia realización, Vestirse y desvestirse, Mantener la higiene y proteger la piel, Participar en actividades recreativas, Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, Moverse y mantener una postura adecuada, Dormir y descansar, Eliminar, Vivir según las creencias y valores, Respirar, Comunicarse, Evitar peligros y Aprender.*

Además, teniendo en cuenta la valoración de dichos tres colectivos implicados en el estudio (pacientes, enfermeras y cuidadores) y de acuerdo a esta triple valoración, podemos afirmar que tanto los enfermos como las enfermeras y los cuidadores están de acuerdo en las necesidades que requieren los pacientes y en las que deben ser satisfechas, aunque debemos tener en cuenta el hecho de que la mayoría de las enfermeras encuestadas afirman que las necesidades definidas por Virginia Henderson en su modelo conceptual no quedan reflejadas de manera adecuada en la hoja de recogida de datos utilizada.

De los tres grupos encuestados, las enfermeras valoran con un criterio más profesional la hoja de recogida de datos mientras que los enfermos y sus cuidadores tienen una visión más general de la valoración de las necesidades de la persona.

Se evidencia que aunque la media del total de la escala de salud de los enfermos no corresponde a un nivel excesivamente alto de demandas, no se ha encontrado ningún caso en que el enfermo fuera autónomo por lo cual podemos afirmar que todos los pacientes implicados en el estudio necesitan, sin excepción, en mayor o menor medida, cuidados domiciliarios.

En nuestro estudio queda patente que la mayoría de los enfermos son cuidados por sus familiares. Éstos satisfacen mejor determinadas necesidades

como son *Respirar, Eliminar, Moverse y mantener una postura adecuada, Dormir y descansar, Vestirse y desvestirse, Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, Mantener la higiene y proteger la piel y Comunicarse*. Sin embargo, otras necesidades son satisfechas de una forma más optima por las enfermeras y/o por los cuidadores como son las necesidades de *Comer y beber, Evitar peligros, Ocuparse de su realización, Participar en actividades recreativas y Aprender*. De las 14 necesidades de la persona definidas por Virginia Henderson en su modelo conceptual, son las que están implicadas directamnete en las actividades de la vida diaria, las que en los tres grupos encuestados resultan más afectadas.

Considerando las variables intervinientes que se implican en el estudio y según las mismas podemos afirmar que los tres colectivos confirman que no hay diferencias significativas entre las necesidades que manifiestan los hombres y las que tienen las mujeres, es decir, las necesidades son las mismas tanto para los hombres como para las mujeres.

8. LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN.

Durante la investigación y en la explotación de los datos nos hemos encontrado con diferentes limitaciones que han dificultado nuestro estudio en profundidad.

Una de las principales limitaciones fue el tamaño de la muestra de las enfermeras que cumplimentaron los cuestionarios. Solamente eran 17 personas, de las cuales 1 era varón y las 16 restantes mujeres, por lo cual nos encontramos que existe una muestra insuficiente para llevar a cabo un estudio exhaustivo.

Otra de las limitaciones de nuestro estudio la encontramos en el marco teórico dadas las pocas publicaciones dedicadas monográficamente al tema de la asistencia domiciliaria. Muy a menudo, la Atención domiciliaria está contemplada dentro de tratados sobre Atención Comunitaria o Atención Primaria. Y, por otro lado, los tratados de Geriátría no dedican una atención exhaustiva al tema de la atención de dichos pacientes en su domicilio.

También nos ha limitado el hecho de que nuestro estudio se realizó en un único centro de Salud concreto, el Centro de Atención Primaria, "*Sant Antoni*", situado en el barrio del Ensanche barcelonés, por lo que creemos que se debería ampliar la investigación a varios centros de Salud para poder así tener una visión más global de la realidad que existe sobre el tema por nosotras tratado.

En este trabajo también nos hemos visto mermados a la hora de cumplir la finalidad perseguida en la elaboración de este estudio y que consistía en identificar las necesidades reales de los enfermos crónicos domiciliarios, mayores de 65 años, atendidos por enfermería de Atención Primaria, en el Área Básica "*Sant Antoni*" de Barcelona, debido a la gran amplitud de los registros y a la falta de accesibilidad de los mismos.

Por otro lado, y respecto al otro objetivo que era el desarrollo el rol autónomo de enfermería valorando la primera fase del proceso de Atención de Enfermería, la recogida de datos, según el modelo conceptual de Virginia Henderson hemos constatado la falta de adiestramiento por parte de las enfermeras a la hora de realizar las entrevistas a los enfermos.

Además, las limitaciones encontradas en la muestra de las enfermeras han contribuido a que las hipótesis planteadas al inicio de nuestro estudio deban quedar rechazadas por las probabilidades de incumplimiento de éstas.

9. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

Al observar las conclusiones obtenidas en el presente estudio e intentar elaborar unas propuestas en relación al tema, las actuaciones a llevar a cabo según nuestro criterio, irían encaminadas a través de las intervenciones siguientes:

Elaboración de un programa de adaptación de los recursos domésticos para dar respuesta a las necesidades alteradas de los ancianos, y al mismo tiempo para orientar al anciano y sus cuidadores sobre lo que utilizan habitualmente.

Puesto que se ha constatado que el aumento de población anciana repercute directamente en el quehacer de enfermería, siendo uno de los principales usuarios de sus cuidados, se precisa una preparación específica para una mayor apertura del campo de acción que haga posible una atención individualizada, al mismo tiempo que es necesario elaborar programas interdisciplinarios para la asistencia integral del anciano. Estos programas deben basarse en los siguientes objetivos:

1. Identificar las características individuales y colectivas de los ancianos, valorando integramente a la persona. La consideración de su pasado, sus problemas presentes y sus proyectos y posibilidades vitales contribuyen a la comprensión y respeto de sus demandas y en la adecuación de los cuidados que se le presten.
2. Facilitar la participación del anciano en la toma de decisiones con respecto a la satisfacción de sus necesidades. Esta participación deberá orientarse hacia el mantenimiento de su autonomía, y la aceptación de sus limitaciones y dependencia o del soporte preciso para superar sus pérdidas, mediante una adecuada información, interrelación y educación sanitaria, contribuyendo así a racionalizar e individualizar las demandas de cuidados.
3. Planificar y ejecutar las actividades relacionadas con el cuidado de integral, acorde con los valores propios de la persona anciana, y colaborar con la población anciana en todo aquello que contribuya a mejorar la calidad de vida.

En relación a la propia investigación, la realización de este estudio nos sugiere también un nuevo trabajo de investigación donde pueda ampliarse el tamaño de la muestra a estudiar con el fin de poder extrapolar a un mayor ámbito los datos obtenidos. Al mismo tiempo, creemos que sería interesante poder realizar un estudio comparativo entre la recogida de datos con el modelo de enfermería de Virginia Henderson y la recogida de datos con otro modelo de enfermería a fin de poder valorar mejor los diferentes modelos de enfermería de los que se dispone.

Puesto que se confirma que el estado de salud ha modificado la forma de vida de los enfermos implicados en el estudio, los profesionales de enfermería tenemos en esta conclusión un gran campo de investigación para saber de que manera dicho estado de salud modifica la forma de vida de esta población anciana, siguiendo con el proceso de atención en enfermería a fin de poder ofrecer a los individuos una atención integral en base a una metodología científica que mejore su calidad de vida.

La atención al individuo enfermo incluye también la participación de la familia o de sus cuidadores, por ello consideramos que otra línea de investigación podría constituir la educación sanitaria de estas personas para contribuir a mejorar la atención del anciano.

Otra línea de investigación sería estudiar cuales son las vivencias y sentimientos de la persona anciana frente a las modificaciones de sus funciones cognitivas y de su afectividad, por estar intimamente relacionadas con las posibilidades de satisfacer autonomamente sus necesidades.

10. BIBLIOGRAFÍA

10.1 BIBLIOGRAFÍA EMPLEADA

Àrea de gestió n.º 6, Barcelonès Nord y Maresme. Funciones de enfermería en las Áreas básicas de Salud. Barcelona. 1993.

Alberdi Castell, R. M. La atención primaria de Salud. ¿Qué es? ¿Qué debe ser en España?. Ponencia presentada en el grupo de expertos en Enfermería de Atención Primaria, organizado por la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad de Madrid. 1984.

Canalejas Pérez M. C. El modelo de cuidados de Virginia Henderson. Revista Rol de enfermería. 1987; 105: 63-66.

Burguière, A. Historia de la familia, Madrid: Alianza Editorial, 1988.

Collière, M. F.: Evolution des Soins de Santé Primaires CEEJEC. Rev. Inf. Enseignement 1988; 2: 23.

Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Cataluña. Instituto de Estudios de la Salud. Funciones de enfermería en las Áreas Básicas de Salud. Barcelona. 1993.

Donative P. Historia de la enfermería. Barcelona: Ed. Doyma, 1985.

Encuesta de salut de Barcelona 1992-1993. Servei d'informació sanitària del Institut Municipal de la Salut. 1994.

Pla de Salut de l'Eixample. Análisis de la situación. Barcelona, 1993.

García Hernández, M., Torres Egea, P., Ballesteros Pérez, E.,. Enfermería Geriátrica. Barcelona: Masson, 1997.

Gonzalez, J. I., Salgado A. Manejo del paciente anciano en atención primaria. Revista Atención Primaria. 1992; 4: 64-66.

Harmer B., Henderson V. Testbook of the Principles and Practice of Nursing. Nueva York.: Macmillan, 1955.

Henderson V. The Nature of Nursing. Nueva York: Macmillan, 1966.

Henderson V., Nite G. Enfermería Teórica y Práctica: 1. Papel de la Enfermera en la Atención del paciente. México: La Prensa Médica Mexicana, 1987.

Henderson V., Nite G. Enfermería Teórica y Práctica: 2. Cuidados básicos de Enfermería. México: La Prensa Médica Mexicana, 1987.

Henderson V., Nite G. Enfermería Teórica y Práctica: 3. Procedimientos y Técnicas Terapéuticas en Enfermería. México: La Prensa Médica Mexicana, 1987.

Henderson V., Nite G. Enfermería Teórica y Práctica: 4. Problemas específicos de Enfermería. México. La Prensa Médica Mexicana, 1987.

Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería, 1971.

Henderson V. El concepto de enfermería. Revista Rol de Enfermería 1979; 13: 38-52.

Henderson V. ¿Podemos nosotros dar un rol estelar a los pacientes?. Revista Rol de enfermería 1988; 117: 22-23.

- Instituto Catalán de la Salud. Subdivisión de Atención Primaria. Barcelona Ciudad. Curs d'Infermeria Geriátrica, 1996.
- Jamieson A. y Illsey R. Comparación de políticas Europeas en la Atención a las personas ancianas. Madrid: SG Editores Fundación Caja Madrid, 1993.
- Kertzer, D. Anthropology and Family History. Journal of Family History; 9: 3.
- Libro de resumen de comunicaciones de la 4ª Conferencia Internacional sobre la tercera edad. Barcelona, 1991.
- López Lozano A. F., Coma Osorio R., Alonso del Real R., Bermejo Alcorbe J. Programa de atención domiciliaria: análisis de una realidad enfermera. Enfermería científica. 1994; 147: 16-17.
- Marryner-Tomey. Modelos y teorías de enfermería. Madrid: Doyma/Mosby, 1994.
- Martín Zurro A., Cano Pérez, J. F. Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica. Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1994.
- OMS. Santé du Monde. Ginebra, 1979.
- OMS. Serie de informes técnicos. Número 558. Ginebra, 1974.
- Padrón Municipal de habitantes. Centro de estudios demográficos. 1986.
- Pla de salut de la regió sanitaria. Barcelona Ciutat: 1993-1995.
- Programa marc d'atenció primaria a domicili. Divisió d'atenció primaria i hospitalaria. Servei Català de la Salut, 1991.
- Segalen, M. Antropología histórica de la familia. Madrid: Taurus, 1992.

Vega I. et al. Rol de la enfermera en la atención primaria. División de atención primaria del Instituto Catalán de la Salud. Barcelona, 1996.

Vía J. M., Portela E. La sociedad ante el envejecimiento y la minusvalía. Madrid: Editores Científicos, 1994.

Walker, Alan. Actitud de los europeos ante la vejez. Revista Gerontología. 1993; 4: 58-63.

10.2 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Acosta Suárez G. El concepto de fuente de dificultad para mantener la independencia según Henderson, Riopelle, Grondin y Phaneuf. Enfermería clínica, 1994; 4: 247-248.

Alfaro R. Aplicación del proceso de Enfermería. Guía Práctica. Barcelona: Ediciones Doyma S. A., 1992.

Aragó I. Alternatives a l'hospitalizació. Barcelona: Colegio de Médicos, 1987.

Bermejo Alcorbe, R. Coma Osorio, R., Alonso del Real, A. López Lozano F. Programa de Atención Domiciliaria: Análisis de una realidad enfermera. Enfermera científica, 1994; 146: 16-18.

Boyle J. and Smaffe C. Primary health in London, quantifying the challenge. King's fund Institute London. 1994.

Canales F. H., Alvarado E.L., Pinedo E. B. Metodología de la Investigación para la Salud. Manual para el desarrollo de Personal de Salud. Barcelona: Ed. Limusa, 1986.

De La Revilla, L. Conceptos e instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona: Editorial Doyma, 1994.

Delegación provincial de Salud y Consumo. Curso postbásico de atención primaria de salud y enfermería de la comunidad. Madrid, 1986.

Diderot, D. De l'interpretation de la Nature. Paris: Editions Socials, 1953.

El Paciente Crónico y la Medicina Primaria. Fundación Valgrande. Serie Científica, 1992.

Freeman R. B. Enfermería de Salud Pública. México: 1ª Edición. Nueva Editorial Interamericana S. A., 1970.

Frías Osuna A. Control de calidad en enfermería comunitaria: criterios y estándares de proceso. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1990.

García Boada, M. Enfermería y la tercera edad. Revista Rol de enfermería, 1993; 117: 29-32.

Granadero Piris E., Arangüena Muniategui C. Sanchez Mata A. M. Programa Virginia: un método para desarrollar un plan de cuidados informatizado. Enfermería Clínica, 1996; 6: 29-35.

Grier M.R. The need for data in making Nursing decisions. Nueva York: Ed. Springer, 1981.

- Griffith J. V., Christesen P. J. Nursing Process: Applications of Theories, Frameworks and Models. St. Louis: Mosby, 1982.
- Guía de funcionamiento del equipo de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1989.
- Henderson V. Sabiendo lo que sé estoy con las enfermeras. Revista Rol de enfermería, 1988; 117: 24-25.
- Hernández J. et al. Problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. Revista de Atención Primaria, 1992; 3: 50-56.
- Icart M^a T. La revisión bibliográfica, fuentes y documentos esenciales. Revista Rol de enfermería, 1990; 148: 17-19.
- Instituto Catalán de la Salud. Subdivisión de Atención Primaria. Barcelona Ciudad. Curs Metodología de les Cures Infermeres. Centro de Atención Primaria Manso, 1995.
- Jena Alvarez M. Servicios Sociales y Sanitarios. Revista Gerontología, 1994; 2: 39-43.
- Jura H., Walsh M. B. El proceso de Enfermería: Valoración, Planificación, Implementación y Evaluación. Madrid: Ed. Alhambra, 1982.
- Kérouac S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A. Mayor F. Concepciones de Henderson a Parse. El pensamiento enfermero. Barcelona: Mason, 1996.
- Lacarta Vicoso P., Jaramillo C. E., Martínez Merodio P., Sediles Cabello A. Pae y Diagnósticos de Enfermería. Revista Rol de enfermería, 1994; 161: 22-24.
- La infermeria a l'Atenció Primaria de Salut. Barcelona: 1^a Edición. Generalitat de Catalunya, 1993.

Lindro López S., Valencia Barrera S., Fernández Silvala A., Álvarez Otero M. J. Mazariegos A.. Monitorizar un programa de atención domiciliaria. Revista Rol de enfermería, 1992; 13:16-20.

Marriner A. The Nursing Process: A Scientific Approach to Nursing Care. St Louis: 3ª Edición. Mosby, 1983.

Metra-Seis. La ayuda a domicilio como alternativa al internamiento en centros asistenciales. Inserso. Madrid, 1992.

Molina T. Historia de la Enfermería. México: Ed. Intermédica, 1973.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Fortalecimiento de la enfermería y matronería en apoyo de salud para todos. Madrid, 1993.

Olivé Rivas, E. Morir en casa, rol de la enfermera comunitaria. Revista Rol de enfermería, 1989; 188: 62-63.

Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería. Madrid: Ed. Interamericana -McGraw -Hill, 1993.

Pastor P. Proceso de enfermería, valoración. Revista Geriatrica, 1994; 10: 37-43.

Pedreny Oriol R., Icart Isern T., Caja López C. Características del servicio de visitas domiciliarias. revista Rol de enfermería, 1994; 66: 96-97.

Riopelle L., Grondin L., Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Madrid: Ed. Interamericana – McGraw - Hill, 1993.

Santo Tomás Pérez M. Proceso de Atención de Enfermería: ¿Sí o No?. Revista Rol de Enfermería, 1994; 196: 33-38.

San Martin. Salud Pública y Atención Primaria. Barcelona: Ed. Mason S. A., 1995.

Torra i Bou J. E. Atención domiciliaria, utilidad, estrategia y objetivos. Revista Rol de enfermería, 1990; 137: 33-35.

Vaughan-Wrobel B. C., Henderson V. The Problem oriented system in Nursing. St. Louis: Mosby, 1972.

