



**Correspondencia:**

Residencia Olivaret  
Pl. Tetuán nº 2 Pral. 2ª  
08010-Barcelona  
Tfno.: 93 232 39 15  
E-mail: residencia@olivaret.com

**RESUMEN**

La atención a la salud de las personas ancianas es actualmente un ámbito extraordinariamente dinámico y cambiante, tanto en lo referente a las necesidades de los clientes, como en los requerimientos profesionales necesarios para dar respuestas adecuadas en un medio extremadamente permeable a los acontecimientos científicos, legales, familiares, sanitarios, políticos, etc.

Dentro del equipo multidisciplinar, en los ámbitos específicos de atención gerontológica y a la comunidad, la enfermera es el líder indiscutible del equipo, ya que es el único profesional preparado y entrenado para trabajar según un plan de cuidados integral enfocado a la persona.

Los modelos de enfermería nos aportan el sistema de valores desde el cual la enfermera afronta su rol, evalúa los problemas de salud y planifica sus objetivos específicos, desde el rol autónomo y desde el rol de colaboración con otros profesionales de la salud.

El Modelo Henderson, sus valores y postulados se adaptan muy especialmente a la atención gerontológica y lo hacen comprensible y compatible con los objetivos interdisciplinarios, reforzando el liderazgo de la enfermera dentro del equipo de atención.

El objetivo de este trabajo es aportar una visión gerontológica de los conceptos básicos del Modelo Henderson y del proceso de atención de enfermería, basados en la reflexión sobre la práctica clínica.

**PALABRAS CLAVE**

Enfermería, gerontología, conceptos, proceso, Henderson.

**JUSTIFICACIÓN**

Es imprescindible afrontar la especificidad de los cuidados gerontológicos, contextualizándolos en los cambios socio-demográficos que estamos viviendo, en los recursos socio-sanitarios de nuestro entorno inmediato y en el propósito de las ciencias enfermeras desde la perspectiva de la transmisión de valores, actitudes, conocimientos y habilidades, que faciliten a los profesionales la consecución de la misión que les es propia y que, necesariamente, ha de correspon-

Conceptos básicos de enfermería  
en la atención gerontológica según  
el Modelo V. Henderson

*Basic concepts of nursing  
in gerontological care following  
V. Henderson's Model*

**SUMMARY**

*Nowadays, elderly people care has become an extremely dynamic field as it is changing both in the patient's needs and in the professional requests needed to provide the right answers in a modern environment, which is extremely linked to scientific, legal, familiar, health and political changes.*

*Within the multidisciplinary team, in the specific fields of gerontology and community care, the nurse is the unquestionable leader, as this is the only qualified professional who is trained to follow a whole care plan aimed at every patient. Nursing models give us the system of values which infirmary follows to perform their task, estimate health problems and plans its specific objectives, either individually or when collaborating with other professionals of health.*

*The values and postulates of Henderson model are specially adapted to gerontology and make the model comprehensible and compatible with interdisciplinary objectives, reinforcing the nurse's leadership in the care team.*

*The purpose of this work is to provide a gerontologist vision of the main concepts of Henderson model and care processes of infirmary, based on the reflection about clinical practice.*

**KEY WORDS**

*Nursing, gerontology, concept, process, Henderson.*

derse con las demandas de la sociedad a la que sirven y en la que se desarrollan como profesionales y como personas.

Cuando las ciencias enfermeras aceptan como misión, dar atenciones integrales a los individuos y grupos, sanos y enfermos, acompañándoles en su proceso de crecimiento, desde el nacimiento hasta la muerte, actuando como agentes de salud (OMS, 1991), nos vemos en la necesidad de afrontar la complejidad de este reto en formas muy diversas que, a mi entender, implican desde la revisión de



78 las competencias propias en el marco legal de cada comunidad, la reorientación del desarrollo de las especialidades dentro de la profesión y el replanteamiento de los planes formativos y contenidos curriculares, tanto en la formación básica, como en los ciclos de posgrado.

Ante la magnitud y complejidad de nuestro cometido, es necesario que como colectivo profesional, compartamos un hilo conductor que nos resitúe constantemente en nuestra misión, en el rol profesional hacia los individuos y la comunidad y en todos los ámbitos de actuación profesional reconocidos: atención, gestión, investigación y docencia.

Este hilo conductor diferencial de otras disciplinas de las ciencias de la salud se va perfilando a partir de las necesidades de salud y de cuidados enfermeros en diferentes circunstancias ligadas al desarrollo humano en las diferentes etapas de la vida.

Como enfermera experta en cuidados en la última etapa de la vida de las personas, quiero felicitar la aparición del documento *Laportació de la Infermera a la Salut. Qualitat de Vida*, patrocinado por el Consell de Col·legis d'Infermeria de Catalunya en el que, a partir del ciclo de desarrollo del individuo de Erikson y el Modelo de las 14 Necesidades de V. Henderson, define objetivos de Salud para cada etapa de la vida sobre la base de cada una de las necesidades fundamentales en situación de salud y de enfermedad (1).

Dicho documento aporta un hilo conductor e integrador de las necesidades fundamentales a lo largo de la vida de la persona, confirma la validez del Modelo Henderson en las diferentes etapas de desarrollo vital y reafirma la especificidad diferencial de las intervenciones enfermeras de las de otros profesionales de la salud.

## PREMISAS

Los modelos de Enfermería nos aportan el sistema de valores desde el cual la enfermera afronta su rol, evalúa los problemas de salud y planifica sus objetivos específicos de cuidados a la persona desde el rol autónomo y desde el rol de colaboración con otros profesionales de la salud.

El proceso de atención de enfermería (PAE) es la articulación de todas las actividades enfermeras sobre la base del método científico de trabajo, instrumento interdisciplinar y universal, basado en la utilización sistemática de una secuencia ordenada, razonada, coherente y retroactiva de actividades (valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación) que incluyen en sí mismas, valores, actitudes, habilidades y conocimientos propios de cada disciplina.

El método científico de trabajo es el eje vertebrador del trabajo interdisciplinar, ya que todas las disciplinas utilizan la misma secuencia aplicada a su campo profesional específico.

## INTRODUCCIÓN

La atención a la salud de las personas ancianas es actualmente un ámbito extraordinariamente dinámico y cambiante, tanto en lo referente a las necesidades de los clien-

tes, como en los requerimientos profesionales necesarios para dar respuestas adecuadas en un escenario extremadamente permeable a los acontecimientos científicos, legales, familiares, sanitarios, políticos, etc.

En los últimos 20 años se han producido grandes cambios, tanto en los servicios comunitarios como sanitarios, que es necesario integrar en la atención específica a la población anciana y, por lo tanto, en la formación de los profesionales, como son:

a) Alargamiento de la etapa vital de la vejez. Potencialmente puede durar más de 30 años, con necesidades obviamente distintas al inicio y al final de la etapa más larga del ciclo vital, en nuestro entorno.

b) Integración de nuevas terapéuticas en el abordaje de los problemas de salud de las personas ancianas. Médico-quirúrgicas, farmacológicas, psicosociales, educativas, relacionales, alternativas.

c) Diversificación de los recursos de la comunidad. Con un abanico cada vez más amplio de Servicios, en los que la enfermera debe desarrollar su rol y que, por tanto, ha de conocer: familiares, legales, informales, sanitarios, sociales, sociosanitarios.

d) Nuevas formas organizativas y filosofías de trabajo. Algunas de éstas van evolucionando hacia la corresponsabilidad con el cliente y su familia, el trabajo interdisciplinario y la reflexión bioética.

En conjunto, todo lo anterior hace ver que para dar cuidados adecuados a esta etapa vital de las personas, se requiera un perfil profesional que S. Lauzon, profesora de enfermería de la Universidad de Montreal y eminente investigadora de los cuidados enfermeros en el campo de la gerontología, define así:

La asistencia sanitaria a los mayores constituye un campo especializado en el que los enfermeros necesitan un amplio conocimiento del cuerpo, grandes habilidades de relación, gran capacidad para el trabajo en equipo e intervención familiar, así como cualidades personales como la paciencia y el respeto (2).

Con este propósito, el objetivo específico de este trabajo es aportar una visión gerontológica de los conceptos básicos del Modelo Henderson y del proceso de atención de enfermería, basados en la reflexión sobre la práctica clínica.

## CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO V. HENDERSON

### Necesidad

Entendemos la necesidad fundamental como un requerimiento, más que como una carencia, coincidiendo con García y Sellan (3).

Los requerimientos que precisa una persona para cubrir de forma independiente una necesidad fundamental son de tipo físico, psicológico, social y espiritual.

Aprendemos de Lauzon y Adam que la alteración en la satisfacción de una de las 14 necesidades fundamentales produce alteraciones en la satisfacción de todas y cada una de las restantes (4).

Al realizar la valoración de la persona anciana según el Modelo Henderson y evaluar en cada necesidad las manifestaciones de independencia y de dependencia, incluimos las líneas generales de la valoración geriátrica que son: las de valorar la persona anciana en los aspectos fisiológico, psicológico, social y funcional.

El nivel de capacidad funcional para realizar actividades específicas, encaminadas a satisfacer necesidades fundamentales, es un parámetro importante, pero no el único a tener en cuenta en la valoración enfermera según el Modelo Henderson.

Las líneas a seguir para la valoración de la persona anciana, están orientadas en la propuesta de Ballesteros, García y Torres (5) y de García, Rodríguez Ponce *et al.* (6), en el sentido de tener en cuenta el nivel de funcionamiento fisiológico de los órganos corporales y de las estructuras implicadas.

También será necesario valorar las actitudes, hábitos y capacidades mentales, que permitan la toma de decisiones y las habilidades adecuadas para satisfacer la necesidad fundamental.

Así mismo, exploraremos si el entorno físico, relacional y económico de la persona favorece, dificulta o impide la independencia en la satisfacción de cada necesidad.

### Independencia

Hace referencia a las acciones que la persona lleva a cabo para conseguir el máximo estado de bienestar y de salud, desarrollando sus competencias reales y potenciales.

En Enfermería geriátrica la aplicación de esta idea implicaría conseguir el máximo grado posible de independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales, teniendo en cuenta la edad y el estado de salud en que se encuentra la persona anciana, por medio de acciones que ella misma lleva a cabo, o bien la capacidad de su entorno para satisfacerlas de forma adecuada.

Como mencionamos antes, la capacidad funcional para realizar actividades específicas encaminadas a satisfacer necesidades fundamentales (autonomía funcional), es un parámetro importante pero no el único que es necesario tener en cuenta en la valoración de la persona anciana desde el Modelo Henderson.

Partiendo del supuesto, habitual en la clínica, de los múltiples problemas de salud que padecen las personas ancianas, frecuentemente acompañados de manifestaciones de dependencia funcional, es necesario hacer la valoración buscando en cada necesidad fundamental los signos de independencia que conserva la persona, denominadas en Geriátrica capacidades residuales.

#### *Ejemplos*

Como ejemplo de lo anterior, en una persona funcionalmente y/o psíquicamente muy dependiente, se han de valorar escrupulosamente, en el marco de cada necesidad fun-

damental las reacciones espontáneas y los estímulos del entorno (movimiento de extremidades, continencia de esfínteres, deglución, respuesta al contacto corporal, participación en actividades recreativas, estado de ánimo etc.). Un segundo ejemplo sería una persona que presenta incapacidad funcional para realizar de forma independiente las ABVD, a la que se considera dependiente en la función, pero que puede mantener áreas de independencia que es necesario detectar, para poderlas mantener y potenciar.

### Dependencia

“Es la inadecuación y/o insuficiencia, real o potencial, de las acciones que la persona lleva a cabo por sí misma, para satisfacer las necesidades básicas, teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de salud en la que se encuentra” (7).

También entenderemos como dependencia, las dificultades y/o insuficiencia del entorno familiar para asegurar la satisfacción de las necesidades básicas.

Una característica diferencial de las personas ancianas respecto a otras etapas de la vida es que, éstas son personas frágiles y vulnerables a los cambios internos y externos.

Esto hace que en Gerontología, las manifestaciones de dependencia son siempre multicausales y actúan en cascada o efecto dominó. Por esta razón, la valoración de la persona anciana ha de hacerse de forma global, sistemática y simultánea.

Cuando detectamos una manifestación de dependencia en la satisfacción de una necesidad fundamental, se han de relacionar riesgos potenciales específicos que comprometen y/o alteren la satisfacción de otras necesidades (4).

Entendemos la multicausalidad de la dependencia en geriatría como una alteración en la necesidad de moverse compromete, a la independencia en la satisfacción de necesidades como: comer y beber, eliminar, higiene, autorrealizarse y otras. Por lo tanto, al valorar las dificultades en la eliminación, la higiene, la nutrición, etc., deberemos relacionarlas necesariamente con la alteración de la necesidad de moverse.

#### *Ejemplos*

Consideraremos que una persona dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y que requiere prótesis en los órganos de los sentidos, tiene dependencia en las áreas correspondientes a las necesidades fundamentales que están comprometidas, aunque la suplencia esté correctamente realizada con prótesis (gafas, audífonos, prótesis dentales, etc.), ya que la enfermera deberá actuar sobre el correcto uso y mantenimiento de las prótesis y en la intervención domiciliaria, sobre las fuerzas, conocimientos y habilidades del cuidador principal, formal o informal, en la realización de las actividades de suplencia.

Otro ejemplo es la persona que, siendo funcionalmente capaz de realizar por sí misma las ABVD, pero que sufre un trastorno cognitivo, presenta manifestaciones de dependencia en todas las necesidades fundamentales implicadas en las



80 ABVD, a pesar de su capacidad funcional para realizarlas, ya que su trastorno cognitivo afecta a su capacidad de decidir, razonar, priorizar las decisiones y las acciones adecuadas para poder satisfacer de forma independiente sus necesidades.

La reflexión sobre los supuestos anteriores es muy relevante, y es necesario tenerlos muy en cuenta, ya que pueden inducirnos a errores de base en la valoración de la persona anciana que desvirtúan y contradicen los postulados del modelo y aún, desde mi punto de vista, la metodología enfermera en su misma base.

Respecto al abordaje de los cuidados enfermeros a personas con grandes dependencias, la suplencia de las cuales la realiza un cuidador principal, formal o informal, mi criterio es que se debe hacer una valoración paralela del enfermo y del cuidador, y que es necesario actuar de forma simultánea en ambos para evitar el cansancio y el afrontamiento inefectivo de éste, respecto a las necesidades de la persona dependiente y de las propias del cuidador.

Es obvio que la alteración en la satisfacción de las necesidades fundamentales del cuidador repercutirán en la salud y la calidad de vida de la persona cuidada. Así mismo, el cuidador, como miembro de la comunidad, requiere, sin duda, atenciones enfermeras.

Desde esta perspectiva, me parece muy interesante la aportación de Panisello *et al.* (8), en la que los autores presentan un estudio basado en la valoración de cuidadores principales de enfermos crónicos, basado en el Modelo Henderson.

En cuanto al impacto de los problemas de salud de un individuo en todo su entorno familiar, desde la perspectiva enfermera basada en el Modelo Henderson, son de obligada consulta las aportaciones de Duhamel (9).

Respecto a la intervención enfermera en el medio familiar, me remito a las aportaciones de la escuela de terapia familiar de Calgary (10).

#### Formulación diagnóstica

Cuando nos referimos a los diagnósticos, nos referimos a la utilización del código NANDA.

Para que sea una herramienta útil a la intervención enfermera, es necesario que la formulación diagnóstica cumpla un mínimo de coherencia entre diferentes aspectos de índole diversa, todos ellos presentes en cualquier nivel de la atención gerontológica, en nuestro escenario sociosanitario. A saber:

a) En la persona anciana, coinciden múltiples causas orgánicas y psicológicas en sus problemas de salud y es especialmente vulnerable a los estímulos y condiciones del entorno en cuanto a sus respuestas, manifestaciones y síntomas. No es tarea simple realizar un diagnóstico.

b) La multicausalidad y la interdependencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales, a las que ya nos hemos referido, condiciona también la formulación diagnóstica, tanto en la elección de una etiqueta, dependiendo del enfoque y orientación del problema, como en las características definitorias (causas) del problema elegido, moviéndonos cons-

27 tantemente en un terreno resbaladizo entre el diagnóstico enfermero y/o el problema de enfermería.

#### *Ejemplo de variabilidad en las posibilidades del enfoque diagnóstico*

Una persona anciana afectada de múltiples patologías orgánicas (pluripatología), que requiere suplencia en algunas de las ABVD (dependencia funcional) y que es trasladada a vivir de forma indefinida a un centro residencial donde la enfermera ha de planificar el PAI. En esta situación, la enfermera se enfrenta a una gran cantidad de circunstancias de índole diversa que afectan y/o pueden afectar a la salud y desarrollo de la persona anciana. Coinciden múltiples riesgos reales y potenciales, tanto en el aspecto físico como funcional, psíquico, espiritual, social, relacional, emocional, en una amalgama de causas y efectos en la que a menudo es difícil diferenciar, aún a los especialistas más expertos, ya que las informaciones que aportan las nuevas y constantes investigaciones en el campo de la gerontología y de la geriatría clínica, están aportando elementos de reflexión que cuestionan de raíz los criterios de causa-efecto utilizados hasta ahora.

#### *Primera cuestión a resolver por la enfermera: ¿desde qué prisma enfocaremos la formulación diagnóstica?*

- a) Desde la patología. Trastornos circulatorios, metabólicos, neurológicos, osteoarticulares, psiquiátricos, neoplásicos, etc., tan frecuentemente coincidentes en el tiempo, en una misma persona anciana. Si es así, formularemos diagnósticos de causas difícilmente abordables y, en personas ancianas, frecuentemente irreversibles. Además, será necesario tener en cuenta el marco legal de competencias de la enfermera en nuestro país y el nivel tecnológico, la filosofía y cultura de la organización donde se desarrolla la atención enfermera a la persona.
- b) Desde la autonomía funcional. Deterioro de la movilidad física, intolerancia a la actividad, síndrome de desuso, por citar una serie de etiquetas diagnósticas relacionadas con la movilidad, pero lo mismo podríamos decir de las relacionadas con la incontinencia o con la alimentación, etc. Será imprescindible tener en cuenta los recursos estructurales, técnicos, humanos y personales para intervenir de una forma efectiva en estos aspectos.
- c) Desde los aspectos conductuales. Agitación, confusión, agresividad, trastornos sensorio-perceptivos, trastornos de la conducta. Será necesario valorar previamente los recursos especializados para una intervención científica y éticamente correcta.
- d) Desde las hipótesis emocionales. Pérdidas, duelos, ansiedades, procesos adaptativos. Se hará necesario revisar las actitudes, valores, conocimientos y preparación específica del propio profesional y de todo el equipo de atención, para una valoración y abordaje efectivo.

Definir el enfoque será una cuestión trascendental y prioritaria que tiene mucho que ver con los valores del profesional respecto al ser humano y a su rol profesional y con los recursos del equipo en el que interactúa la enfermera.

*Segunda cuestión a resolver por la enfermera en la formulación diagnóstica*

- a) Formularemos el diagnóstico enfermero priorizando planificar los cuidados desde el rol autónomo, a riesgo de obviar algunas posibles causas trascendentes en la valoración del problema de salud de la persona es una opción posible.
- b) Partiremos de las funciones y actividades establecidas para el rol enfermero en una determinada institución, sin plantearnos una intervención desde el rol autónomo y partiendo de un modelo enfermero. Es otra opción que nos llevará a formular, preferentemente, problemas de enfermería.

Desde mi punto de vista, son cuestiones difíciles de resolver desde la pureza metodológica y conceptual que, en el ámbito de la clínica, podríamos abordar dignamente con la siguiente propuesta estratégica válida para nuestro contexto sociosanitario.

La formulación diagnóstica estará orientada por los objetivos terapéuticos y los recursos tecnológicos del contexto específico, donde tiene lugar la atención de la persona anciana: agudos, crónicos, paliativos, larga estancia, domicilio, centros de día, centros residenciales.

*Ejemplos*

El deterioro de la movilidad física, tendrá un protagonismo capital en una unidad de agudos o de convalecencia. Será un diagnóstico totalmente inapropiado en una unidad de cuidados paliativos y será una intervención sistemática y protocolizada en el contexto de un centro de día, residencial y de larga estancia, como prevención del síndrome del desuso, de tal manera, que no requerirá una formulación diagnóstica específica, salvo en casos especiales.

Otro segundo ejemplo sería el síndrome confusional, que ha de ser diagnóstico de riesgo sistemático para las personas ancianas ingresadas en servicios de urgencias y unidades de agudos, puede aparecer como respuesta (manifestación), a un síndrome de estrés por traslado a un centro de larga estancia o residencial durante los primeros meses del ingreso.

**Diagnóstico diferencial**

Siguiendo el hilo del apartado anterior, referente al proceso de diagnóstico, tan sólo quedaría remarcar la variedad de patologías que con frecuencia coexisten en las personas ancianas, lo que quiere decir que muy posiblemente un mismo problema puede tener múltiples causas que coinciden en una misma persona al mismo tiempo. Esta característica en la salud de las personas ancianas, implica que plantear el diagnóstico diferencial ha de ser una práctica sistemática e ineludible en los cuidados gerontológicos.

La complejidad de los problemas de salud que sufren las personas ancianas y todo lo que rodea la atención gerontológica evidencian que la taxonomía NANDA no siempre pueda definir en una etiqueta, el problema de salud de la persona anciana. No obstante, la taxonomía

NANDA me parece válida como punto de partida para la clínica y la investigación, máxime teniendo en cuenta que, en los sucesivos procesos de revisión de NANDA aparecen etiquetas cada vez más específicas para la atención gerontológica.

*Planteamiento del diagnóstico diferencial*

En el deterioro de la movilidad física relacionada con osteoartropatías, falta de motivación y/o barreras arquitectónicas, será necesario hacer el diagnóstico diferencial, cuando al problema de movilidad, junto a las causas descritas, coinciden patologías respiratorias, cardíacas, neoplásicas, dolor, etc. y decidir cuáles son las causas predominantes en el problema que, en este segundo supuesto, definiríamos como intolerancia a la actividad física relacionada con las causas orgánicas descritas.

Aquí también sería aplicable, el planteamiento hecho para el proceso de diagnóstico, en el sentido de contextualizar el problema y relacionarlo con los objetivos terapéuticos y los recursos del medio en el que es atendida la persona anciana.

**Modos de suplencia**

Según Lauzon, “las necesidades fundamentales de una persona no se pueden suplir. No podemos respirar por otro, ni comer por otro, ni vestirnos por otro, etc.” (4).

Cuando hablamos de suplencia nos referimos, pues, a necesidades específicas que es necesario cubrir para que la necesidad fundamental pueda ser satisfecha.

En la medida que las personas ancianas presentan múltiples problemas de salud en los que coinciden deferentes causas, los modos de suplencia han de ser también múltiples e interdependientes. Es necesario establecer estrategias de abordaje y objetivos que impliquen intervenir simultáneamente en la fuerza, la motivación y los conocimientos.

Así mismo, cabe recordar que las intervenciones en cada una de las áreas o fuentes de dificultad (causas de dependencia) influyen en el resto.

En la atención gerontológica es imprescindible tener en cuenta el entorno, ya que por las características de la persona anciana y sus circunstancias de salud, será la intervención en el entorno a través de la cual, podremos favorecer y/o aumentar la independencia de la persona tal como explican Lauzon y Adam.

Dentro de este concepto de entorno incluimos los espacios de interacción donde se desarrolla la persona anciana: entorno físico o estructural, entorno psíquico o relacional, entorno sociocultural.

**Planes de cuidados de enfermería en la atención gerontológica**

No entraremos a detallar cómo se ha de llevar a cabo el proceso de atención de enfermería, porque entendemos que los profesionales ya tienen la base, en cuanto a procedimiento y metodología; tan sólo remarcaré algunas de las



82 especificidades que ya han quedado reflejadas en apartados anteriores y que me parecen especialmente relevantes en los PAI a personas ancianas.

#### *Valoración*

Como ya hemos apuntado, las manifestaciones de dependencia son siempre multicausales y actúan en cascada o efecto dominó. Por esa razón, la valoración a la persona anciana ha de hacerse de forma:

- **Global.** En los aspectos físico, funcional, psíquico, espiritual y social y que forman parte de la filosofía del Modelo Henderson y de la valoración geriátrica integral.
- **Sistemática.** Es decir, siempre: a todas las personas y en todas las circunstancias asistenciales.
- **Simultánea.** El proceso de valoración global ha de ser simultánea en el tiempo, con la intervención de los profesionales que requiera la situación concreta.

Es necesario poner énfasis en la valoración de las capacidades residuales y la detección de riesgos potenciales en cada una de las necesidades fundamentales.

La historia de vida ha de formar parte sistemáticamente de la valoración enfermera en gerontología, ya que nos proporcionará una información imprescindible para conocer los recursos disponibles de la persona para afrontar los problemas de salud y de desarrollo, y nos ayudará a elaborar planes de cuidados individualizados y objetivos pertinentes (11).

#### *Objetivos*

En la atención gerontológica los objetivos de los planes de cuidados serán:

- Potenciar y mantener las capacidades residuales.
- Evitar complicaciones y cronificación de los procesos.
- Rehabilitación y reinserción sociales.
- Atención y control de los procesos crónicos y agudos.
- Atención y acompañamiento en la etapa del final de la vida y en los procesos de muerte y duelo.

Mantener y potenciar la independencia de las personas ancianas implica actuar de forma simultánea en todos los aspectos de la persona (físico, funcional, psíquico, social y espiritual) para evitar complicaciones y dependencias en otras necesidades. Como afirman Lauzon y Adam, “la alteración en la satisfacción de una de las 14 necesidades fundamentales produce alteraciones en la satisfacción de todas las restantes” (4).

Finalmente, reiterar que la intervención en el entorno es imprescindible y, en ocasiones, la única posible.

#### **DISCUSIÓN**

Como final de esta aportación, basada en la reflexión sobre la práctica, me parece oportuno un posicionamiento respecto al rol de la enfermera en la atención gerontológica, ya que, en ello subyacen los valores de la aplicación del modelo así como el lugar desde donde la enfermera realiza su intervención.

Dentro del equipo multidisciplinar, en los ámbitos específicos de atención gerontológica y a la comunidad, la enfermera es el líder indiscutible del equipo, ya que es el único profesional preparado y entrenado para trabajar según un plan de cuidados integrales, enfocado a la persona.

El Modelo Henderson, sus valores y postulados, se adaptan muy especialmente a la atención gerontológica y lo hacen comprensible y compatible con los objetivos interdisciplinarios, reforzando el liderazgo de la enfermera dentro del equipo.

#### **Rol autónomo**

La autonomía del profesional de enfermería en la atención gerontológica hoy está mucho más relacionado con el propio sistema de valores como colectivo profesional que con cualquier otra circunstancia externa, incluyendo, por supuesto, la incorporación del conocimiento científico propio de la disciplina y la experiencia profesional que, junto con los valores, son las bases sobre las que se fundamenta la capacidad de tomar decisiones y asumir responsabilidades sobre las consecuencias de éstas (autonomía).

La actuación autónoma de la enfermera variará según el contexto en el que se desarrolla y se cuida a la persona anciana.

La atención en centros de agudos en la que, como en otras etapas vitales, el objetivo es el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades agudas que pueden comprometer la supervivencia, las pautas de autonomía y de colaboración profesional son similares al resto de especialidades.

Exceptuando el ámbito del hospital de agudos, la atención gerontológica está siempre basada en la interdisciplinariedad y, por lo tanto, el Rol de la Enfermera es siempre interdependiente (no subalterno) con los profesionales del equipo multidisciplinar.

En cuanto al tema de la multi/interdisciplinaridad, me parece muy clarificadora la aportación de Canes (12).

#### **Rol interdependiente o de colaboración**

En la medida que la enfermera lidera el plan de atención, dentro del equipo multidisciplinar, ésta desarrolla su rol de colaboración con el resto de profesionales del equipo y sus objetivos específicos, realizando funciones de vigilancia y control; y articulando y supervisando el impacto/resultados de las intervenciones profesionales sobre la persona y las actividades que derivan del Plan de Atención multidisciplinar.

- Con el médico en el control y el tratamiento de las enfermedades
- Con el trabajador social en los problemas sociofamiliares
- Con el fisioterapeuta y terapeuta ocupacional en los aspectos de la autonomía funcional y de la movilidad
- Con el psicólogo en los problemas emocionales y conductuales
- Con los gestores en los aspectos organizativos y en los objetivos institucionales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bohigas i Santasusagna A (dir.). Qualitat de vida: l'aportació de la infermera al procés d'atenció a la salut ; directora Barcelona: Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya; 1998.
2. Lauzon S. Congreso Internacional de la S.E.E.G.G. Gijón Mayo 2001. Libro de Resúmenes.
3. García C, Sellan MC. Fundamentos Teoricos y Metodologicos de Enfermería. Madrid: Ed.L.B.S.; 1995.
4. Lauzon S, Adam E *et al.* La persone âgée et ses besoins. Interventions infirmières. Quebec: Seli Arslan de Editions du renouveau Pedagogique Inc; 1996.
5. García M, Torres P, Ballesteros E. Enfermería Geriátrica. Barcelona: Masson-Salvat; 1993.
6. García V, Rodríguez Ponce C, Toronjo A *et al.* La enfermería del anciano. Madrid: DAE; 2003.
7. Luis Rodrigo T, Fernández Ferrin C, Navarro Gómez V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Ed. Masson; 1996.
8. Panisello Chavarria ML, Lasaga Heriz A, Mateu Gil ML. Cuidadores principales de ancianos con demencia que viven en su domicilio. Gerokomos 2000; 11: 167-73.
9. Duhamel F. La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers. Montreal: Caëtan Morin Éditeur; 1995.
10. Wright L, Leahey M. L'infirmiere et la famille. Québec: Ed. Erpi; 1995.
11. Vernet F. La historia de vida en la intervención gerontológica: Instrumentos y métodos para la elaboración. Gerokomos 2001; 12: 148-56.
12. Canes C. El equipo interdisciplinar en la atención geriátrica: unas reflexiones sobre los objetivos, la metodología y los instrumentos. Revista de Enfermería Geriátrica, nº 6.