



Cuidados de la autoestima en el anciano hospitalizado

Attending to the self-esteem in the hospitalized elderly patient

A. Pades Jiménez*
J. Fornés Vives**
J. Gallo Estrada***

* Enfermera. Psicóloga, Profesora Titular de Escuela Universitaria de Enfermería.

** Catedrática de Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental.

*** Enfermera. Profesora Titular de Escuela Universitaria de Enfermería. Departamento de Enfermería. Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca.

Correspondencia:

Antonia Pades Jiménez
Departamento de Enfermería, Edificio Guillem Cifre de Colonya,
Universitat Illes Balears, Carretera de Valldemossa, Km. 7,5,
07007 Palma de Mallorca (Balears) - E-mail: vdinapi0@clust.uib.es.

RESUMEN

El paciente anciano presenta durante su hospitalización diferentes alteraciones, entre ellas, se ve afectada su autoestima y autoconcepto. La enfermera debe identificar las manifestaciones de la baja autoestima, para así poder cuidar y ofrecer apoyo al paciente y familia. En este trabajo se presenta una descripción de los aspectos que influyen en la autoestima, las manifestaciones a través de la expresión de sentimientos del paciente y comportamientos adoptados, así como la influencia de la situación de ingreso en el trastorno. Se presenta un plan de cuidados estandarizado con el objetivo de contribuir y facilitar el trabajo de la enfermera que atiende al paciente anciano con alteración de baja autoestima.

PALABRAS CLAVE

Anciano/vejez; Autoconcepto; Cuidados autoestima.

SUMMARY

During hospitalization, the elderly patient suffers different disorders, among which their self-esteem and self-concept are affected. The nurse should identify the manifestations of low self-esteem in order to help both the patient and his or her family and offer them support. This work presents a description of the aspects that influence self-esteem, how it is manifested through the expression of feelings of the patient, the behavior adopted as well as the influence of the condition of hospitalization on the disorder. A plan of standardized care is presented to contribute to the work of the nurse taking care of the elderly patient with low self-esteem disorders and facilitate his or her work.

KEY WORDS

Elderly; Self-concept; Help in self-esteem.



72 INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento es un período donde el sujeto experimenta importantes cambios morfológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales. Estos cambios exigen que tanto el anciano como la familia adopten estrategias de conducta adecuadas para adaptarse a la nueva situación. La autoestima se ve alterada y también el concepto de uno mismo, sobre todo si el paciente presenta situaciones nuevas que alteran su bienestar tanto físico como psicológico. Durante la hospitalización, la enfermera que cuida al anciano debe atender a estos cambios, interpretando las manifestaciones en cuanto a su alteración de la autoestima y aportándole cuidados y apoyo tanto a él como a su familia. A continuación se presenta una descripción del autoconcepto, de los aspectos y situaciones que contribuyen a su alteración y disminución de la autoestima y valía personal, así como las manifestaciones y los cuidados estandarizados de enfermería para atender y cuidar al anciano hospitalizado que presenta baja autoestima.

EL CONCEPTO DE SÍ MISMO

Existen varias definiciones de concepto de sí mismo. En este artículo, hemos utilizado la de Kinch, 1963 (2) (citado por Aragón, 1997) (1):

"Determinada organización de las cualidades que el individuo se atribuye a sí mismo."

El autoconcepto como constructo tiene diferentes componentes o dimensiones, la *cognitiva* (creencias sobre aspectos como imagen corporal, identidad social, valores, habilidades o rasgos que el individuo considera que posee), la *evaluativa* (sentimientos positivos y negativos que el individuo experimenta sobre sí mismo, fruto de las propias connotaciones ponderativas que atribuimos a las identidades o dimensión cognitiva de nosotros mismos), *conductual* (forma de comportarse) y *autoestima* de la persona respecto a sí misma. Esta última deriva de la dimensión evaluativa del autoconcepto y existen varias controversias en cuanto a su definición. En nuestro caso, después de revisar varias opiniones, hemos

decidido utilizar la definición fenomenológica, donde se hace hincapié en los factores cognitivos y afectivos. Esta definición tiene dos componentes esenciales: la competencia y el merecimiento (3). Estos componentes se ponen constantemente en duda en la persona que presenta una alteración de su autoestima, y pueden presentarse bajo expresiones del tipo:

¿Seré útil o inútil? ¿Soy digno de aprecio? ¿Qué clase de persona soy? (3).

Los componentes o dimensiones citados anteriormente están íntimamente relacionados, ya que según *me conozca o me perciba, me valoraré, actuaré y de allí desarrollaré un grado mayor o menor de autoestima.*

Para muchos psicólogos y sobre todo los de la corriente del ciclo vital denominada LIFE-SPAN, consideran la ancianidad como una fase evolutiva más, donde se producen toda una serie de cambios de forma gradual y universal a diferentes niveles (1, 4). No obstante, la vejez, como la adolescencia, son dos etapas críticas en el mantenimiento de la autoestima. En estos períodos se sufren alteraciones importantes. El anciano sufre unos cambios físicos (arrugas y canas, limitaciones psicomotoras...), psicológicos y sociales (cambios en los roles sociales...) que tienen gran impacto sobre la propia imagen y el concepto de uno mismo. Según se interpreten los cambios y las situaciones novedosas que le acontecen al individuo, se dará un significado que repercutirá en la evaluación (positiva o negativa) que se haga de sí mismo, y en un concepto personal más o menos estable.

No obstante, debemos tener en cuenta que el sí mismo (*self*) es un constructo social (1, 4) que se forma a partir de las interacciones diarias con el resto de semejantes, nuestras vidas se estructuran gracias a la interacción real o simbólica con los demás, la percepción de cómo los otros nos ven, es decir, la forma cómo nos imaginamos que los demás nos miran y juzgan, configura nuestro sí mismo, por lo tanto el juicio sobre nosotros mismos está muy afectado por la forma como nos imaginamos que los demás nos ven y valoran. Por consiguiente, el sí mismo sufrirá alteraciones según varíe el marco social en el que estamos inmersos (1, 4).

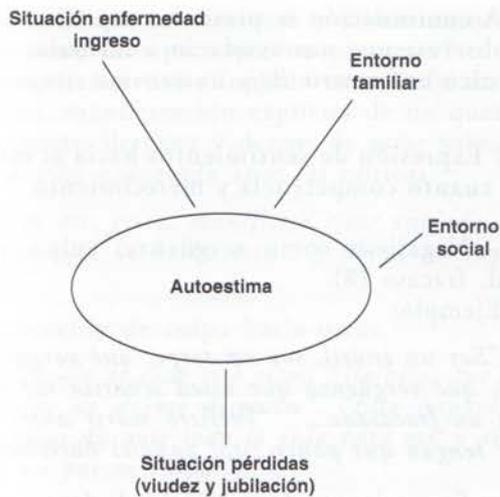


Fig. 1. Aspectos relevantes que influyen en la autoestima.

La faceta afectiva colabora también en la formación de este concepto pues, el anciano generalmente modifica las apreciaciones del pasado y del futuro, dando a éstas últimas un tinte negativo. El se aferra a tiempos pasados con sus recuerdos, como si éstos fueran mejores, sobre todo modifica la valoración de las etapas de adolescencia y juventud.

Debido a la importancia que tiene la autoestima para la formación del autoconcepto, analizaremos los aspectos que la influyen o condicionan.

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA AUTOESTIMA

En el envejecimiento se producen modificaciones orgánicas y cognitivas que van a condicionar cambios en la percepción del entorno y de uno mismo, alterando la integridad psíquica con disminución de la sensibilidad discriminativa y táctil (que afecta a la información procedente de ojos, oídos, nariz, lengua y piel). Además de alterarse la capacidad de coordinación, aprendizaje y memoria. Hay también una disminución del control muscular que da lugar a un lentecimiento psicomotor. Este deterioro contribuye a colocar al anciano en una situación de fragilidad

ante la percepción del estado de salud, la enfermedad y ante el mundo (5). En general, la percepción del estado de salud que tiene la persona anciana es subjetiva y está influida por la imagen social que se tiene del anciano, equiparando a éste con una imagen estereotipada de enfermo.

Los aspectos relevantes que influyen en la autoestima (Fig. 1) son los derivados de diferentes situaciones, entre ellas, la de enfermedad/ingreso, el entorno familiar, la situación de pérdida como la jubilación y viudez; así como los valores imperantes a nivel social que van a contribuir significativamente en mantenimiento o no fortalecimiento de la autoestima.

En este artículo, nos vamos a centrar en la situación de enfermedad/ingreso como factor importante y desencadenante de la baja autoestima situacional.

La situación de enfermedad/ingreso

La enfermedad es percibida por el anciano como una situación de pérdida de independencia y supone un cambio afectivo y comportamental, que obliga a tomar decisiones y reajustes en la forma de vida del individuo.

Moos (1977) (6, 7) habla de enfermedad como situación de crisis. Considerándola como un proceso de deterioro del funcionamiento biológico, psicológico y social, que incluso puede llevar a la muerte. De esta manera, la situación de enfermedad y especialmente el ingreso hospitalario se vive, pues, por el paciente y la familia, como una situación cuya repercusión se hace notar no sólo en el deterioro de la autoestima sino también en otros aspectos, los cuales tienen relevancia alterando la rutina familiar, distribuyendo responsabilidades, modificando las relaciones sociofamiliares, creando la necesidad de tomar decisiones acertadas, alterando la economía doméstica y experimentando cambios emocionales intensos. El proceso de ingreso pues, representa una situación nueva y potencialmente estresora. Supone un acontecimiento que precisa reajuste, que representa dependencia, desafío de sus capacidades físicas e intelectuales, una ruptura en el desempeño del rol habitual... y además el entorno



74 *hospitalario* tiene unas características propias que hacen que el sujeto experimente en mayor o menor medida ansiedad/estrés y desvaloración de sí mismo, e incluso tendencia a la depresión (8). Entre estas características cabe destacar la sobrecarga sensorial de ruidos, olores desagradables, pérdida de identidad por el trato recibido, vestimenta adoptada e impuesta impersonal, anonimato “*la persona se convierte en un número de cama y/o en un diagnóstico*”, visualización de escenas de dolor y sufrimiento de otros, contacto con personas extrañas muchas veces sin identificar, sometimiento a pruebas y técnicas invasivas y semiinvasivas dolorosas... Este entorno no le hace sentirse seguro, sino todo lo contrario, le produce miedo, impotencia y desesperanza con una percepción de falta de control del entorno, sobre sí mismo y sobre su estado. Si a esto le añadimos una baja participación en la toma de decisiones, percepción de déficit de información o recepción de información ambigua y confusa con una falta de conocimientos sobre las técnicas administradas y rutinas hospitalarias, es lógico suponer que experimente un deterioro de la autoestima.

Antes de formular el diagnóstico enfermero, vamos a identificar las manifestaciones de baja autoestima.

MANIFESTACIONES DE BAJA AUTOESTIMA

Las manifestaciones de baja autoestima se refieren a expresión de sentimientos y/o comportamientos adoptados hacia sí mismo y hacia los demás que observamos en el anciano (8).

La enfermera, en ocasiones va a tener dificultad para valorar la situación de baja autoestima en el anciano hospitalizado, si atiende únicamente a la expresión verbal de sentimientos. Ello es debido a que la expresión verbal del anciano puede verse alterada, debido al estado cognoscitivo en que se encuentra, presentado dificultad a la hora de percibir, comprender y comunicarse. Sin embargo, a través de la observación, la enfermera puede recoger datos acerca del comportamiento y conducta no verbal del anciano que le serán muy útiles para identificar el nivel de autoestima.

A continuación se presentan aquellos aspectos a observar que nos ayudarán a formular el diagnóstico enfermero *Baja autoestima situacional*:

1º) Expresión de sentimientos hacia sí mismo en cuanto competencia y merecimiento

– Negativos como vergüenza, culpa, inutilidad, fracaso (8).

Ejemplo:

“*Soy un inútil, soy un torpe, qué vergüenza ser así, qué vergüenza que usted señorita me vea así, soy un fracasado...*”. “*Prefiero morir antes de que me tengan que poner estos pañales horribles*”.

– Sentimientos de inseguridad, desesperanza y miedo.

“*No podré sobreponerme*”, “*Qué mal estoy aquí*”, “*No sé si saldré de ésta*”, “*Haga lo que haga no va a servir de nada*”. “*Tengo miedo al rechazo, miedo a irme de alta a casa, miedo a no poder valerme por mí mismo, tengo miedo a que mis hijos se cansen de mí y me lleven a un asilo.*”

Se observa en el paciente anciano una postura de postración, comunica que le cuesta mucho iniciar actividades, incluso levantarse de la cama. Permanece pasivo, en cama, apenas se comunica verbalmente.

2º) Expresión de sentimientos acerca del comportamiento que adopta hacia los demás y ante los problemas

– Dependencia.

“*Ahora necesitaré más a mis hijos que nunca*”, “*Necesitaré que mi marido me atienda*”, “*Necesitaré continuamente una enfermera en casa.*”

El paciente no participa en los cuidados, y en las acciones cotidianas como asearse, comer, deambular... Necesita continuamente que los otros le ayuden, buscando y exigiendo la ayuda de los familiares y personal sanitario.

– Sumisión y conformismo.

“*Haré lo que el médico, la enfermera me diga*”, “*Total lo único que queda es esperar la muerte.*”



- Introversión, retraimiento y aislamiento.
- "No quiero salir para que no me vean."
- El comportamiento adoptado es no salir de la habitación, manifestación explícita de no querer recibir visitas, desgana y deseos de estar solo.
- Reacción exagerada ante las críticas.

"Yo soy así, grita, manifiesta estar enojado..."
"Toda mi vida he hecho esto... y ahora no voy a cambiar."

- Proyección de culpa hacia otros.
- "El culpable de todo esto es mi hijal/hijo, que no ha parado de darme disgustos". "Ella (esposalo) cocinó grasas durante toda la vida para mí, y ahora estoy así por su culpa."

El comportamiento adoptado es negativa a iniciar nuevos tratamientos, desconfianza con el personal sanitario siempre que se le suministra la medicación. La conducta que presenta es que observa una y otra vez los comprimidos, pregunta constantemente para qué es y qué es esto, qué me debo tomar..., etc.

- Dificultad para tomar decisiones.
- "No sé que hacer", "no sé lo mejor para mí", "largo dudas."

3º) Comportamiento hacia sí mismo

- Hipercrítico.
- "Debo permanecer muy seguro y actuar correctamente". "Nadie sólo yo debe hacer las cosas."
- Excesiva preocupación por las responsabilidades (familiares, laborales y sociales).

"Tengo que irme pronto a casa para organizar mis cosas", "quién le hará la comida a mi esposo si yo estoy ingresada".

El comportamiento adoptado es que llama continuamente a su casa y da órdenes, necesita confirmar que todo va bien fuera del hospital.

- Descuido de la higiene y arreglo personal.

"Para que voy a lavarme, total". "Estoy tan arrugada que no me gusto, aunque me arregle."

Esta manifestación de sentimientos se acompaña con un descuido de su higiene y arreglo personal evidente.

- Obsesión por el arreglo personal. Otros pacientes manifiestan por el contrario, obsesión por el arreglo personal

"No quiero envejecer, no quiero verme estas arrugas, voy a operarme." "Quiero vestirme más actual sino pareceré una vieja."

Su comportamiento es mirarse continuamente al espejo, cambiarse de ropa a menudo.

- Descuido de medidas de prevención de problemas de salud.

"No pienso privarme de nada, seguiré fumando mis dos cajetillas de cigarrillos al día, por lo que me queda de vida."

4º) Opinión sobre éxitos o fracasos en la vida (exageración de fracasos y minimización de éxitos, atribución del fracaso a sí mismo y del éxito a otras personas o al azar) (8)

5º) Opinión sobre el amor y consideración de los demás

- Percepción de no correspondencia.
- "No me quieren mis hijos", "mi esposa está poco tiempo conmigo mientras yo estoy aquí ingresado."
- Percepción de rechazo y desconsideración.
- "Me rechazan, ya no valgo como antes, ya no me quiere nadie."

Ante todos estos cambios y situaciones nuevas en la vida del individuo, se deben adoptar una serie de estrategias para poder adaptarse a los mismos. La adopción de estas estrategias vendrán influidas por la percepción, evaluación e interpretación que la persona haga de los cambios y de las situaciones. Asimismo, las actitudes que preceden a las conductas, juegan un papel fundamental en el mantenimiento de la autoestima. Las experiencias previas que tenga el individuo de éxitos y fracasos, así como el concepto de sí mismo (*self*) en cuanto a autoeficacia, van a condicionar e influir en las actitudes.



76 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

Después de identificar los aspectos que contribuyen en la aparición y las manifestaciones que con frecuencia se presentan, la enfermera puede formular el diagnóstico enfermero de baja autoestima situacional. Para su formulación nos hemos basado en el trastorno de la autoestima situacional, atendiendo a la definición de Carpenito, 1995 (9):

“Estado en el que el individuo, que previamente tenía una autoestima positiva, experimenta o tiene riesgo de experimentar una autoevaluación negativa sobre su yo o sus capacidades, como respuesta a un suceso (pérdida, cambio).”

El individuo se planteará *¿Seré inútil? ¿Seré capaz de hacer esto...? ¿Me merezco el cariño de otros? ¿Soy digno de aprecio? ¿Qué clase de persona soy?* Atenderíamos así a la definición de la autoestima desde el punto de vista fenomenológico, donde se atienden los conceptos de competencia y merecimiento (3).

CONSECUENCIAS

La mayoría de problemas que presenta el paciente, como consecuencia de la baja autoestima, repercuten de manera indiscutible en su forma de vida y en la de su familia. Algunas de las consecuencias más evidentes son el déficit de cuidados y los cambios en los patrones de interacción social.

En ocasiones, el anciano que presenta déficit en los autocuidados genera una situación de dependencia, malestar, y contribuye a la aparición de sentimientos de baja autoestima. No obstante, la baja autoestima también puede ser un antecedente de abandono y aislamiento social.

Los cambios en los patrones de interacción social, se van a hacer evidentes a través de la soledad, sentimientos negativos sobre sí mismo, sobre el entorno y hacia el futuro. Estos cambios, pueden considerarse igualmente antecedentes o consecuentes al estado de baja autoestima.

La enfermera debe conocer las manifestaciones y las consecuencias del trastorno de baja autoesti-

ma en el anciano hospitalizado, con la finalidad de poder prestar cuidados adecuados que ayuden al paciente a recobrar su bienestar psicológico (seguridad, sentimiento de competencia y merecimiento). Con los cuidados de enfermería aportados se pretende conseguir que el individuo identifique aspectos positivos sobre sí mismo, que conozca la fuente de amenaza para su autoestima y que modifique su comportamiento en relación a las nuevas situaciones vividas como amenaza (10). El objetivo es pues, que la enfermera contribuya a que el anciano y la familia se puedan adaptar a los cambios que la hospitalización plantea.

Cuidados de enfermería

– La enfermera debe proporcionar seguridad y bienestar al paciente y a la familia. Para ello, es necesario establecer una buena relación terapéutica, basada en la individualización de los cuidados, uso de habilidades comunicativas efectivas (empatía, escucha activa, respeto de la intimidad, actitud imparcial sin prejuizar...) (10). Los primeros contactos que se establecen entre el personal sanitario y el paciente-familia son fundamentales, ya que repercuten en la calidad de la relación de ayuda (11), y facilitan la adaptación al proceso. Importante es la recepción del paciente y familia. No debemos olvidar presentarnos, recibirles cordialmente, ubicarles y orientarles en el espacio físico (habitación), proporcionarles los enseres necesarios, al igual que presentar a los diferentes enfermos que compartirán con él la habitación.

– La enfermera para poder cuidar debe realizar constantemente valoraciones tanto física, funcional como emocional. Para la exploración emocional, es importante favorecer la expresión de sentimientos creando un ambiente cómodo, relajado, y seguro. Preguntas que pueden ayudarnos *¿cómo se siente?, ¿cómo cree que actuará su familia?, ¿cómo se ve?, ¿cómo cree que le repercutirá esta enfermedad en su futuro? ¿se siente querido?...*

– Identificar factores desencadenantes de ansiedad y de baja autoestima relacionados con la situación de ingreso, la situación de enfermedad y la necesidad de tomar decisiones que implican competencia en su actuación.



COMUNICACIONES

- Explicar a la familia que es importante que controle comentarios en relación a las capacidades del paciente, como por ejemplo: *"qué inútil, va muy lento que es", "no se entera de nada", "no hace falta que se lo explique a él, no le comprenderá"*.

- Favorecer la participación en los cuidados y establecer una relación que fomente en todo momento el autocuidado, de esta forma se fortalecerá la autoestima dirigiendo nuestra atención a la dimensión de competencia. La enfermera como modelo representativo enseñará los cuidados que el paciente debe posteriormente realizar.

- Reforzar la valía del paciente haciendo uso del feedback positivo. Los individuos con baja autoestima se centran en sus debilidades y presentan tendencia habitual a ignorar sus recursos, frente a ello la enfermera puede reforzar el valor personal del paciente, reconociendo sus logros y sus avances haciendo uso del feedback positivo, realizando una apreciación sincera y verdadera de las capacidades del paciente. En la edad adulta, el individuo ha adquirido cierto historial de éxitos y fracasos en términos de competencia y de merecimiento, de tal forma que según sea su percepción constituye la matriz de la autoestima y puede afectar al nivel global de la autoestima de la persona. La aceptación y el uso de este feedback positivo por parte de la enfermera contribuirá al aumento de la autoestima del paciente. Invitar a los individuos a autodescubrirse, a tomar conciencia de los puntos débiles y fuertes, a desarrollar una idea de sus recursos y dificultades es el primer paso a seguir si queremos ayudar a fortalecer la autoestima del paciente.

- Ofrecerle actividades distractorias, atendiendo a sus preferencias, sus capacidades y deseos. Contribuiremos así a aumentar el sentimiento de competencia, si la actividad está bien hecha y le ofrece distracción y placer.

- Aporte de apoyo emocional, sobre todo cuando al paciente se le somete a pruebas diagnósticas y/o procedimientos invasivos y semiinvasivos que agreden la vulnerabilidad de su intimidad y producen dolor.

- Analizar el apoyo social (familia, amigos...) con el que cuenta y facilitarlos.

- Aportar información al paciente y familia acorde a sus capacidades y necesidades. Es im-

portante informar a la familia antes del alta, de los recursos sociosanitarios con los que cuenta (Centro de salud, Unidad geriátrica de día, Asistentes sociales, etc.), tratamiento farmacológico que debe seguir, cuidados que se deben aplicar (higiene, dieta, actividad-ejercicio, sueño-descanso...), complicaciones potenciales y manera de detectarlas.

- Iniciar aprendizaje de estrategias de afrontamiento tanto para el paciente como para la familia. (Una vez reducido el nivel de ansiedad y, la persona y/o familia ha tomado conciencia del problema y siempre que el estado cognoscitivo del paciente lo permita.) La enfermera pues, debe valorar previamente las capacidades intelectuales y cognoscitivas del paciente, así como su estado emocional. Enseñar cuidados para el mantenimiento del bienestar e instruir en técnicas como la relajación y la técnica de solución de problemas (con el adiestramiento en técnica de solución de problemas, se intenta contribuir al aprendizaje de estrategias de respuestas alternativas dirigidas a la solución de la situación-problema presentada, rompiendo así con el déficit conductual y/o con las conductas inadaptativas que posea el sujeto en su repertorio de conducta).

Autores como Frey y Carlock 1989 (3, 12), consideran que el pensamiento negativo que posee el individuo con baja autoestima y el comportamiento correspondiente sostienen el padecimiento y mantenimiento de un estado de baja autoestima crónica, por lo que se debería también instruir en técnicas de reestructuración cognitiva con el fin de que los pensamientos negativos se pudieran modificar por pensamientos más positivos.

- Cuidar que el entorno no sea tóxico en cuanto la autoestima, es importante poder contar con un entorno que valore sus capacidades y le haga sentirse querido, respetado, importante y único (8).

En definitiva, lo que se pretende es que el anciano esté en contacto con la realidad, que implica no sólo orientarse en ella sino también saber hacer frente a las situaciones, adaptando los comportamientos a los cambios que la vida demanda y aceptando lo que no puede modificarse. Es importante esta actitud abierta que hace



78 que se pueda reajustar la forma de vida del paciente y de la familia, no aferrarse a que cualquier tiempo pasado fue mejor, valorar las partes positivas de cualquier avance o cambio, aceptar que todas las cosas no dependen de uno mismo y por tanto no pueden ser cambiadas a nuestra voluntad. Aprender a establecer metas realistas y aprender a desarrollar estrategias apropiadas para la adopción de riesgos es fundamental para el mantenimiento de la autoestima.

— Insistir en que la familia adopte una actitud empática, comprensiva y que fomente la participación intentando la reinserción en su vida familiar y cotidiana de manera saludable y óptima. Transmitir a la familia que es importante el rol del cuidador en el fortalecimiento de la autoestima, insistir en lo fundamental de prestar

atención, proporcionar protección y seguridad y poseer la capacidad de escucha. Para que esto sea posible son necesarias unas relaciones intergeneracionales cálidas y positivas, donde la atención, cooperación y solidaridad sean un hecho, donde los apoyos de todo tipo (afectivos, instrumentales, etc.) estén asegurados en la convivencia familiar, donde sea posible fomentar la autoestima, la autonomía y la libertad y el desarrollo del espíritu grupal y comunitario (13).

Para concluir, podríamos decir que:

“Potenciar el autocuidado y fomentar una actitud abierta de búsqueda de soluciones a los posibles problemas relacionados con el proceso del envejecimiento, son objetivos imprescindibles que debemos plantearnos, siempre como profesionales de enfermería.”

BIBLIOGRAFÍA

1. Aragón JM. Aspectos psicosociales de la senectud. En: Carrertero M, Palacios J, Marchesi A. Psicología evolutiva 3. Adolescencia, madurez y senectud. Madrid: Alianza Psicología; 1997. p. 289-325.
2. Kinch J. A formalized theory of the self concept. American Journal of Sociology 1963;68:481-6.
3. Murk C. Autoestima. Investigación, teoría y práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1998.
4. Antequera-Jurado R, Blanco A. Percepción de control, autoconcepto y bienestar en el anciano. En: Salvarezza L. La vejez: una mirada gerontológica actual. Barcelona: Paidós; 1998. p. 96-124.
5. Sánchez MI. Psicología del envejecimiento. En: Guillém F, Pérez del Molino J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson; 1994. p. 27-30.
6. Moos RH. Coping with physical illness. New York: Plenum; 1977.
7. Moos RH, Schaefer JA. Life transitions and crises: A conceptual overview. En: Moos, Coping with life crises: An integrated approach. New York: Plenum; 1986.
8. Tomás AM. Planes de Cuidados de Enfermería: modelo de referencia, métodos e instrumentos. Madrid: Olalla Ediciones; 1996.
9. Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermería. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1995.
10. Fontanals A, Colell R, Rius P. Relación de ayuda en los cuidados enfermeros. Rol de Enfermería 1994;190:67-71.
11. O'Brien MJ. Comunicación y relaciones en enfermería. México: El Manual Moderno SA de CV; 1983.
12. Frey D, Carlock CJ. Enhancing self-esteem. Muncie, En: Murk C. Autoestima. Investigación, teoría y práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1998.
13. Pérez Alonso-Geta P, Cánovas P. Relaciones familiares y valores: análisis intergeneracional. Infancia y Sociedad 1995; 29:117-47.