

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

---

# Análisis de las competencias de la Enfermera Especialista en Geriatría

---

## Analysis of the competencies of the Specialist Nurse in Geriatrics

---

**AUTOR:** Alberto Pernía González-Linares

**DIRECTORA:** Aída de la Fuente Rodríguez

**CURSO ACADÉMICO 2021-22**

---



## **AVISO DE RESPONSABILIDAD DE UNIVERSIDAD DE CANTABRIA**

“Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

## Índice

Resumen.....	4
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Objetivos.....	8
Metodología.....	8
Organización de los capítulos.....	9
Capítulo 1:Estudiar la evolución de la enfermería y la situación de las especialidades enfermeras.....	10
Capítulo 2: Analizar las competencias de la Enfermera Especialista en Geriatria.....	13
2.1 BASES DE LA GERONTOLOGÍA.....	14
2.2 GERONTOLOGÍA EXPERIMENTAL.....	20
2.3 GERONTOLOGÍA CLÍNICA.....	20
2.4 GERONTOLOGÍA PSICOLÓGICA.....	23
2.5 GERONTOLOGÍA SOCIAL.....	24
2.6 EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO GERONTOLÓGICO.....	25
2.7 MARCO LEGAL Y POLÍTICAS SOCIOSANITARIAS EN ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA.....	25
2.8 BIOÉTICA EN ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA.....	26
2.9 INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA.....	27
2.10 GESTIÓN DE CUIDADOS Y SERVICIOS GERONTOLÓGICOS.....	27
Conclusiones.....	29
Bibliografía.....	30
Anexos.....	38

## Resumen.

El envejecimiento poblacional unido a las consecuencias de la pandemia de la Covid-19 han puesto en manifiesto la complejidad de los cuidados de las personas mayores, así como la necesidad de formar equipos capacitados y acreditados para atender a la salud de estos pacientes, desde una perspectiva de atención integral y multidisciplinar, atendiendo a la creciente multimorbilidad, la polifarmacia y los factores sociales que influyen en su salud.

La enfermera especialista en geriatría es considerada una figura clave como respuesta en la atención compleja del adulto mayor y sus consecuencias; aportando un valor imprescindible en la respuesta a la creciente tríada “envejecimiento- cronicidad- dependencia”.

Dentro de la atención al paciente anciano, la enfermera especialista abarca competencias desde conocimientos demográficos e históricos de los cuidados, pasando por el conocimiento sobre las principales patologías y sus complicaciones más frecuentes, tanto a nivel físico como psicológico; atendiendo también al ámbito social del paciente desde el inicio de sus cuidados hasta el momento de su muerte.

A su vez, aunque la literatura es más escasa, la enfermera especialista desarrolla un papel clave en su capacidad para educar y fomentar un envejecimiento activo y saludable. Las competencias investigadoras de la enfermería facilitan basar la práctica clínica en la mejor evidencia posible.

Palabras clave: envejecimiento, enfermera especialista en geriatría, anciano, competencias.

## Abstract.

Population aging together with the consequences of the Covid-19 pandemic have highlighted the complexity of the care for the elderly, as well as the need to form trained and accredited teams to care for the health of these patients, from a general perspective of comprehensive and multidisciplinary care, keeping in mind the growing multimorbidity, polypharmacy and the social factors that influence their health.

Specialist nurse in geriatrics is considered a key figure in response to the complex care of the elderly and its consequences, providing essential value in the response to the growing triade “aging- chronicity-dependency.”

Within the care of the elderly patient, the specialist nurse encompasses competencies from demographic and historical knowledge of care, through knowledge of the main pathologies and complications, both physically and psychologically; also keeping in mind the social environment of the patient from the beginning of the care to the moment of their death.

Although the literature is scarcer; the specialist nurse plays a key role in his ability to educate and promote healthy and active aging. Nursing research skills make it easier to base clinical practice on the best possible evidence.

Key Words: aging, specialist nurse in geriatrics, elderly man, competencies.

## Introducción

Se entiende como envejecimiento el proceso natural, biológico y progresivo que afecta a todos los seres humanos. Se trata de un proceso irreversible y universal que supone una pérdida continua de la capacidad de adaptación. Hace referencia a cambios derivados por la edad y no necesariamente significa dependencia o discapacidad, aunque la segunda suele predisponer con más sencillez a la primera.

El envejecimiento está predeterminado por el contexto social y conlleva unas consecuencias y significados muy variados dependiendo del momento y lugar en que se viva **(1)**.

Es una realidad que debe de considerarse individualmente, a la vez que como un fenómeno colectivo en el que convergen una serie de acontecimientos que han modificado cuantitativa y cualitativamente las condiciones de vida de las poblaciones. Los estudios demográficos evidencian un envejecimiento poblacional y sus consecuencias socioeconómicas en relación con la dependencia de los ancianos de la población activa.

Este envejecimiento se está produciendo a una escala mundial. Se calcula, según las proyecciones de poblaciones de Naciones Unidas, que para 2050, España será el tercer país más viejo del mundo, por detrás de Italia y Japón.

Es importante destacar que no solo ha aumentado el número de personas ancianas en respecto a la población en general, sino que también ha aumentado la esperanza de vida. **(2)**

En 2017, la esperanza de vida al nacer era de 85,7 años en mujeres, y 80,4 en los hombres.

En España, la discapacidad y mortalidad están relacionadas a las enfermedades crónicas, las cuales, en el año 2016 supusieron un 92,8% de todas las muertes que ocurrieron en mayores de 70 años. **(3)**

Según las predicciones, se espera que, en 2050, en España habrá 16 millones de personas mayores, lo que supondrá un 30% de la población total.

La población potencialmente dependiente aumentara en 1,99 millones en 2030 y a 3,2 millones en 2050. **(4)**

El impacto de la pandemia por la Covid-19 entre los mayores ha supuesto un notable incremento de la mortalidad de ambos sexos entre 2017-2019 y 2020, del 17% entre la población de 65 a 79 años; y del 19% entre los mayores de 80. **(5)**

Con un envejecimiento tan acusado, se plantean una serie de problemas en las personas ancianas en cuanto a la pobreza, la soledad, el aislamiento social, los problemas de salud y de dependencia, todo ello agravado por la pandemia de la Covid-19.

La dependencia en el tramo de edad de 65 a 74 años apenas llega al 15 %, sin embargo, a medida que aumenta la edad, aumentan los porcentajes, llegando a una proporción de cinco de cada ocho personas mayores con dependencia una vez pasados los 85 años.

Existe una estrecha relación entre edad y dependencia, pues conforme consideramos grupos de mayor edad, se produce una notable aceleración del porcentaje de pacientes con limitaciones en su capacidad funcional alrededor de los 80 años, con necesidad de cuidados. **(2)**

La población mayor de 65 no es homogénea, así que en la práctica clínica se diferencian distintos tipos de perfiles.

El *anciano sano* es aquella persona de avanzada edad con ausencia de enfermedad objetivable, independencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD),

con capacidad funcional conservada y sin alteración mental o social debido a su estado de salud.

Por otro lado, se considera *anciano enfermo* a aquel anciano con una enfermedad aguda por un proceso único, cuyos problemas de salud pueden ser resueltos con normalidad dentro de los servicios sanitarios tradicionales de la especialidad médica que corresponda.

Se denomina *anciano frágil* a aquella tipología de paciente que conserva su independencia de manera inestable y en una situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con varias enfermedades de base que mientras se mantienen compensadas permiten al anciano mantener su independencia gracias al equilibrio con el entorno sociofamiliar; pero en caso de procesos adversos, como infecciones o caídas, pueden llevar a una pérdida de la misma. La capacidad funcional parece estar conservada para las ABVD, aunque pueden aparecer dificultades para la realización de las AIVD.

Por último, se define como *paciente geriátrico* a aquel de avanzada edad con una o varias enfermedades crónicas y evolucionadas. Presenta discapacidad y dependencia en las ABVD, y con frecuencia suelen presentar problemática social o patología mental. **(6)**

La estructura de servicios para personas mayores y personas dependientes está integrada dentro de la Ley de Servicios Sociales de cada Comunidad Autónoma, donde cada una tiene la suya propia.

A través de Consejo Interterritorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se establecen los criterios mínimos en lo que respecta a la ratio de cuidadores por usuario, las cualificaciones del personal y los recursos materiales, el equipo y la documentación de los centros acreditados.

En la práctica, el problema reside en el déficit en la calidad de empleo; lo que supone una gran desemejanza entre las normativas y los planes de calidad.

Las residencias de mayores no son consideradas centros sanitarios y no están incluidas dentro de los sistemas sanitarios autonómicos. A excepción de algunos centros con condición de centro sociosanitario, la gran mayoría no están medicalizados, por lo que sus pacientes acceden al sistema nacional de salud en las mismas condiciones que el resto de los ciudadanos.

La calidad de la atención a los usuarios depende, en gran parte, de las condiciones laborales de sus trabajadores. Durante la crisis, se han demostrado las dificultades de atención debido a la falta de suficientes cuidadores y personal especializado, entre ellos, de enfermería.

Con una situación laboral caracterizada por una elevada temporalidad en el empleo y una baja calidad, permitiendo a los trabajadores enlazar contratos de diferentes modalidades siempre que no supere la limitación impuesta por las normas. Sin derecho al plus de antigüedad, y con una media de 2,38 contratos/anuales.

Además, cabe destacar la gran concentración de trabajadores en categorías profesionales bajas según la clasificación de la Seguridad Social, como auxiliares administrativos, oficiales, peones, subalternos y asimilados.

El impacto de la Covid-19 en las personas mayores y dependientes que viven en residencias se ha reflejado en un desbordamiento de la capacidad de respuesta asistencial.

Las residencias tuvieron que asumir de facto una responsabilidad para la que no estaban preparadas, dotadas ni protegidas. Han sido una trampa mortal para la población mayor. **(4)**

Según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), "las personas mayores han sido discriminadas en su capacidad de acceso real a servicios sanitarios especializados y las residencias han sido estigmatizadas".**(7)**

La crisis ha puesto de manifiesto la necesidad de crear nuevos protocolos de acreditación y control de calidad de las residencias en todo el Estado; la mejora de los ratios profesionales y de su cualificación y estabilidad laboral; una atención médica y de enfermería especializada, el respeto por la autonomía y derechos de los residentes, el desarrollo y difusión de buenas prácticas de atención, una mejora de la coordinación sociosanitaria y un mayor número de inspecciones. **(4)**

El perfil de la persona mayor está cambiando. Prefieren vivir en sus hogares el mayor tiempo posible, y cuando esto no sea posible, un alojamiento con características similares a las de su hogar.

Un lugar donde se le considere como persona única y se le trate en relación con sus capacidades, se facilite la participación de la familia en sus cuidados si se desea y que cuente profesionales capacitados.

Un lugar donde se dé soporte a su autonomía e independencia, que cuente con actividades comunitarias para favorecer las relaciones sociales y donde el rol de la persona mayor sea como agente activo en la gestión de sus cuidados. **(1)**

La salud está enfocada a mantener la autonomía y la funcionalidad. Sin embargo, los adultos mayores perciben la salud más allá de lo que para el médico puede ser realmente clínico.

Por un lado, perciben la salud como “un poder hacer”. Experimenta salud cuando percibe que puede hacer cosas, moverse, trabajar, sentirse útil para sentirse integrados en la sociedad.

Por otro lado, la salud como “estar bien con la familia”. El papel de los hijos y los nietos, así como el contacto social, ejerce una fuerte percepción de salud para ellos. Estudios como el de *Vargas-Santillán et al* en 2017, demuestran que el apoyo social sirve como factor protector ante la presencia de enfermedad o discapacidad, y hace al adulto mayor más resistente ante los problemas

Y, por último, la salud como “ausencia de dolor y enfermedad”. Aunque estos pacientes refieran que a su edad ya es imposible no tener ninguna patología, se ven con ganas y aspiraciones de seguir adelante. **(8)**

La reorganización del modelo tradicional de cuidados en consecuencia al menor tamaño de las familias y la creciente participación de la mujer en el mercado laboral han favorecido la oferta de servicios formales de cuidados. Sin embargo, esto ha supuesto una reducción de la población cuidadora informal, incrementado así el número de horas que estas dedican a proporcionar cuidados a las personas dependientes. **(4)**

Hace 5 años, más de la mitad de las estancias hospitalarias correspondían a personas mayores, con el problema que esto supone cuando las tasas de morbilidad hospitalaria aumentan con la edad, que también se asocia con peores estados de salud y cronicidad. **(9)**

Es importante considerar que el uso de los sistemas sanitarios es más acusado por los pacientes ancianos, lo cual está interrelacionado a un mayor número de complicaciones, una mayor refrecuentación e institucionalización tras el alta. **(10)**

Además, este grupo necesita atención sanitaria urgente, debido a las descompensaciones provocadas, no solo por su edad, sino también por la cronicidad, la pluripatología o la polifarmacia. **(11)**. Debido a una mayor frecuencia en el consumo de fármacos, este grupo es más susceptible a la aparición de reacciones adversas a los medicamentos.

También es necesario tener en cuenta que el paciente anciano requiere evaluaciones más complejas con un mayor número de pruebas complementarias realizadas, más consultas de otros especialistas, lo que supone un mayor número de ingresos. **(10)**

El envejecimiento y la cronicidad justifican un cambio en el modelo de atención sanitaria debido al gran impacto que tienen estos sobre la sostenibilidad del sistema sanitario y social.

Para atender a esta población es necesaria una visión integral, interdisciplinar y multidimensional que preserve sus reservas funcionales. **(9)**

No se puede cambiar el proceso de envejecimiento, pero sí se puede tratar de adaptarse a él y a los cambios que provoca realizando una valoración integral del mayor, controlando adecuadamente las enfermedades crónicas e impulsando cambios en el sistema sanitario **(11)**, ya que el actual modelo no parece estar dando respuestas eficaces ni sostenibles. **(12)**

Se requiere adaptar los sistemas de salud a las personas mayores, pasando hacia un modelo de atención que fomente el envejecimiento saludable, con servicios al alcance de todos los pacientes que proporcionen una atención centrada en la persona mayor y con personal debidamente capacitado. **(9)**

Para ello es necesaria la creación de equipos multidisciplinares especializados en Geriátrica y Gerontología, con el fin de mejorar la calidad asistencial al poner al servicio de este grupo poblacional y su familia una atención especializada e integral. **(11)**

Debido a los cambios sociales, las nuevas situaciones y demandas en el ámbito de la salud, y la cada vez mayor complejidad para ofrecer respuestas en los diferentes contextos de la atención requiere la incorporación de profesionales de cuidados, capaces de dar solución a necesidades de salud específicas y de desarrollar nuevas competencias derivadas del avance de los profesionales en las áreas de atención a las que se refiere cada especialidad. Esto acredita la consolidación de las especialidades enfermeras, sin omitir los perfiles de enfermeras generalistas de incuestionable valor y presencia en nuestra sociedad. **(13)**

## Objetivos

El objetivo general de este trabajo es analizar las competencias de la Enfermera Especialista en Geriátrica en relación con los cuidados del paciente anciano.

### Objetivos específicos:

1. Estudiar la situación demográfica actual y la situación del paciente anciano tras la pandemia de la Covid-19.
2. Estudiar la evolución de la profesión enfermera.
3. Estudiar la evolución de las Especialidades de Enfermería.
4. Analizar las competencias descritas en la Orden SAS/3225/2009, por el que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica.

## Metodología.

Para la elaboración de este trabajo se realizó una búsqueda en las bases de datos de la Biblioteca de la Universidad de Cantabria (BUC) en su Buscador Único, en las bases de datos de Scielo y Dialnet; y en Google Académico.

Para la búsqueda se utilizaron los descriptores recogidos en la Biblioteca Virtual en Salud (DeCS- Descriptores en Ciencias de la Salud).

**-DeCS:** Enfermería , Enfermería Geriátrica, Rol de la Enfermera, Atención de Enfermería, Competencias de Enfermería, Geriátrica, Residencia de Mayores, Salud del Anciano Institucionalizado, Anciano frágil.

Además, la búsqueda se realizó mediante la combinación de dichos descriptores con los operadores booleanos “AND” y “OR”.

Los criterios de inclusión fueron:

-Artículos de revista científica, artículos de publicaciones profesionales, ensayos, libro, libro electrónico, revisiones sistemáticas, capítulo de un libro, revistas, documentos, tesis doctorales, tesis de fin de grado y tesis de fin de master que analizasen las competencias de la enfermería especialista en geriatría.

- Antigüedad inferior o igual a 5 años. 2017-2022. Por su relevancia para este trabajo, se utilizaron referencias con fecha de publicación previa a 2017. Son los artículos: 1, 6, 10, 22, 34, 39, 44, 47, 48, 55, 66, 67, 72, 73.

- Disciplinas de Enfermería y Medicina

- Texto en inglés y/o español.

- Texto completo en línea.

Los criterios de exclusión fueron:

Todos aquellos documentos, que una vez examinado el título y el resumen, carecían de interés o relevancia para lo estudiado en el trabajo.

De la base de datos de la BUC, utilizando los descriptores y los operadores booleanos, se obtuvieron un total de 624, de los cuáles fueron analizados 15. De esta misma base de datos, mediante búsqueda manual, se obtuvieron además 9.

De Google Académico, con la combinación de los descriptores y los operadores booleanos, y también mediante búsqueda manual, se obtuvieron un total de 43 que fueron analizados.

Además, se han obtenido distintos artículos como Boletines Oficiales del Estado o Reales Decretos.

También se han consultados revistas científicas Redacción Médica, páginas web de enfermería como Salusplay, o la web oficial de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.

## **Organización de los capítulos.**

### **-Capítulo 1: Estudiar la evolución de la enfermería y la situación de las especialidades enfermeras**

En este capítulo se pretende examinar la evolución de la profesión enfermera y los cambios que se han llevado a cabo, así como estudiar la evolución de las especialidades enfermeras hasta hoy en día.

### **-Capítulo 2: Analizar las competencias de la Enfermera Especialista en Geriátrica**

En este capítulo se pretenden abordar las principales competencias de la Enfermería Geriátrica en relación con las publicadas en la Orden SAS/3225/2009 por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad.

## **Capítulo 1: Estudiar la evolución de la enfermería y la situación de las especialidades enfermeras.**

La enfermería en España y sus especialidades han experimentado importantes modificaciones formativas y legislativas a lo largo del último siglo **(14)**. Se han llevado a cabo profundos cambios en la sanidad, procedentes de los ocurridos en el terreno educativo y sociopolítico en los últimos cien años. La disciplina enfermera ha logrado transformaciones de gran alcance. **(13)**

En el año 1896, se funda en España la Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, primera escuela de Enfermería en España, establecida por el Dr. Federico Rubio y Galí y ubicada en el Hospital de la Princesa de Madrid. **(14)**

Posteriormente, se estableció un programa de enseñanza a partir de la Ley De Instrucción Pública de 1857. Aunque se hablaba de enfermeras, practicantes y matronas, no fue hasta el año 1915 cuando se reguló el título de Enfermera bajo dichas tres denominaciones, al aprobarse el primer plan de estudios. La expedición de este título fue el inicio de la profesionalización de la Enfermería.

El auge en la formación de profesionales sanitarios supuso la creación en 1924 de la Escuela Nacional de Sanidad. **(15)**

La Guerra Civil Española demoró la formación que se impartía en las Escuelas de Enfermería **(14)**. La demanda de personal sanitario durante el conflicto bélico fue considerable. Tras la guerra y la postguerra, en 1953, mediante la publicación un Decreto **(16)** ,se integraron los estudios de practicantes, matronas y enfermeras, formando los Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) bajo dicho título. Un año después, se hizo pública la normativa que dirigía el funcionamiento de las Escuelas de ATS, así como los requisitos para su entrada.**(15)**

Cabe destacar que este decreto **(16)** marcó la especialización de la profesión, capacitando al Ministerio de Educación Nacional para organizar o autorizar la creación de las especialidades que se considerasen adecuadas para los ATS. El título gozó de gran importancia y crecimiento.**(13)**

Desde 1957, con la creación de las especialidades de Asistencia Obstétrica y Fisioterapia, fueron nueve especialidades en total las que se crearían hasta 1975. La especialidad de Radiología y Electrología en 1961, la de Podología un año más tarde. Posteriormente sería aprobada según el Decreto 3524/1964 de 22 de octubre, la especialidad de Pediatría y Puericultura, en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios (BOE 11 de noviembre de 1964). Las especialidades de Neurología y Psiquiatría surgieron ambas en 1970 **(13)**, mientras que las de Análisis Clínicos, y Urología y Nefrología; se crearon en 1971 y 1975 respectivamente. **(14)**

La constitución Española de 1978, establece, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. La nueva Ley General de Sanidad incorporó, entre otros aspectos, la universalidad de la asistencia, la evolución del concepto salud-enfermedad y la importancia de la educación para la salud.

En los 80, las especialidades de Fisioterapia y Podología se constituyeron en otras titulaciones diferenciadas. **(13)**

Los cambios ocurridos de supusieron la integración en la Universidad de las escuelas de ATS, como Escuelas Universitarias de Enfermería. A partir de esta fecha, se modeló como profesional autónomo con el objetivo fundamental de ayudar a las personas a cuidar de sí mismas, o proporcionar cuidados a quienes lo precisan. Se introdujo el termino Diplomado Universitario en Enfermería (DUE), con un plan de estudios de tres años de duración.**(17)**

El Real Decreto 992/1987 dispuso que «*el título de Enfermero Especialista, expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia, tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado y será necesario para utilizar de modo expreso la denominación de Enfermero Especialista*». También supuso una reorientación de las especialidades que se dispusieron en relación con “las grandes áreas de cuidados”.

Se determinó por primera vez que la formación se llevaría a cabo bajo el sistema de residencia en «unidades docentes acreditadas para desarrollar los correspondientes programas de formación, que estarán supervisadas y coordinadas a estos efectos por las Escuelas Universitarias de Enfermería que correspondan».

De las especialidades mencionadas solo se desarrollaron dos, la de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) en 1992, y Enfermería de Salud Mental en 1998. **(18)**

En el año 2005, se sustituye el decreto anterior de 1987, mediante la proclama del vigente Real Decreto 450/2005, donde se reproducía que «*el título de Enfermero Especialista, expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia, tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado y será necesario para utilizar de modo expreso la denominación de Enfermero Especialista*».

<b>RD 992/1987</b>	<b>RD 450/2005</b>
Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas).	Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
Enfermería Pediátrica.	Enfermería Pediátrica.
Enfermería de Salud Mental.	Enfermería de Salud Mental.
Enfermería de Salud Comunitaria.	Enfermería Familiar y Comunitaria.
Enfermería de Cuidados Especiales.	Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.
Enfermería Geriátrica.	Enfermería Geriátrica.
Gerencia y Administración de Enfermería.	Enfermería del Trabajo.

El nuevo Decreto ordena 4 vías de acceso.

En primer lugar, la vía normalizada, con el modelo de Enfermero Interno Residente (EIR), pudiendo acceder a través el aprobado de una prueba de carácter estatal. Los actuales programas de formación incluyen contenido en investigación .

Por un lado, se encuentra la disposición adicional segunda, que supuso la supresión de las Especialidades establecidas con anterioridad: Neurología; Urología y Nefrología; Análisis Clínicos; Radiología y Electrología; Enfermería de Cuidados Especiales; Pediatría y Puericultura; Psiquiatría; Asistencia Obstétrica (Matrona); Enfermería de Salud Comunitaria, Gerencia y Administración de Enfermería.

Los DUE o ATS con títulos de especialista suprimidos podrán postular la expedición de un nuevo título de especialista. **(19)**

Con el Real Decreto 99/2011, una vez obtenido el título de Enfermera Especialista, de una duración de dos años, se puede acceder al doctorado. **(20)**

Por otro lado, se encuentra la disposición transitoria tercera, que supuso el acceso por la vía excepcional al título de especialista a todos aquellos profesionales que acrediten la práctica profesional en el campo específico de la especialidad y superen una prueba de evaluación. El

plazo para la obtención del título de Especialista del Trabajo, Enfermería Geriátrica y Enfermería Pediátrica han concluido **(13)**; sin embargo, según el *Boletín Oficial del Estado publicado a Lunes, 8 de noviembre de 2021*, se convocaba la prueba objetiva correspondiente para el acceso al título de Especialista en Enfermería Comunitaria y Familiar. **(21)**

Por último, la disposición transitoria segunda especificó la posibilidad de acceder al título de Especialista en Enfermería del Trabajo, a los DUE o ATS poseedores del título de la especialidad de Enfermería de Trabajo; cuando acrediten que han ejercido 4 años de ejercicio profesional en el correspondiente ámbito. Este proceso finalizó en marzo de 2006.

Con la aprobación del Plan Bolonia, desde el curso 2009-10, la enseñanza universitaria de la enfermería adoptaba un nuevo sistema organizado en grados y postgrados, sustituyendo a las licenciaturas y diplomaturas; con una duración de 4 años para estos. Se estableció un sistema común de créditos con 60 por curso (un total de 240 créditos), además del fomento y promoción de la movilidad de los estudiantes entre universidades, y el desarrollo de sistemas de calidad y mecanismos de acreditación y certificación, que supusieron la recreación de la disciplina desde el conocimiento teórico. **(22)**

El informe “Radiografía de la situación de los cuidados enfermeros en España”, ha analizado el desarrollo que está teniendo la implantación de las especialidades de enfermería que, tras 17 años en vigor tras la aprobación de Real Decreto de 2005, solo ha tenido desarrollo real la especialidad Obstétrico-Ginecológica. Además, no hay ninguna comunidad autónoma (CCAA) que tenga aprobado el programa formativo de la especialidad Médico-Quirúrgica. **(23)**

Las especialidades que más se han reconocido por parte de las CCAA en los últimos años, además de la ya nombrada Obstétrico-Ginecología que está implementada desde el origen y la Médico-Quirúrgica; han sido la de Salud Mental (en Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia, Comunidad Valenciana y Murcia), y la de Trabajo (Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Extremadura, Galicia, Murcia, Navarra, y Comunidad Valenciana). **(24)**

Un problema es que, una vez formados los especialistas, la Administración no crea las plazas asociadas para estos, de manera que el que tiene el título de especialista en Geriátrica, por ejemplo, puede desarrollar su labor en cualquier otro servicio clínico como Nefrología o Cardiología. **(23)**

	Enfermero Especialista	Obstétrico-Ginecológica (Matrona)	Salud Mental	Geriátrica	Trabajo	Familiar y Comunitaria	Pediátrica	Cuidados Médico-Quirúrgicos
Andalucía	X	X			X			
Aragón		X	X	X	X	X	X	
Asturias		X						
Baleares		X	X	X	X	X	X	
Canarias		X	X	X	X	X	X	
Cantabria		X	X		X			
Castilla La Mancha	X	X						
Castilla y León	X	X						
Cataluña		X						
Ceuta y Melilla		X						
Pais Vasco	X	X						
Extremadura		X	X	X	X	X	X	
Galicia	X	X	X		X			
Madrid	X	X						
Murcia	X	X	X		X	X	X	
Navarra	X	X			X			
La Rioja	X	X						
C. Valenciana		X	X	X	X	X	X	

Categorías de las Especialidades enfermeras reguladas en las CCAA. Tabla realizada por el Consejo General de Enfermería (24)

Aunque en este respecto, Jose Luis Cobo, actual Vicepresidente III del Consejo General de Enfermería (CGE), aseguraba que “en los últimos años, ha habido un parón, pero, a raíz de las denuncias de nuestro organismo, estamos notando que las CCAA se están poniendo las pilas para crear las categorías profesionales”.

De esta manera, se considera que la “oficialización” de la creación de la categoría estatutaria está determinada por la inclusión de las plazas de las especialidades en las plantillas orgánicas. **(24)**

El objetivo del Ministerio era crear bolsas de trabajo específicas para las especialidades de Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Pediátrica y puedan acceder a plazas de la Atención Primaria de los Servicios de Salud. **(25)**

En relación con la especialidad de Enfermería Geriátrica, se encuentra aprobada en las CCAA de Aragón, Canarias, Extremadura, Comunidad Valenciana y Baleares. **(23)**

El examen de Enfermero Interno Residente es una oposición de carácter estatal que permite a las enfermeras hacer una residencia pagada de dos años en una unidad docente, donde conseguirá un contrato de trabajo laborar para formarse como especialista.

En 2022, el total de plazas ofertadas distribuidas por CCAA para Enfermería en el EIR de 2022 es de 1822. 128 podrán ser cubiertas por el turno de personas con discapacidad, y 36 plazas por personas no titulares de una autorización para residir en España. De estas, 78 corresponden a la especialidad de Enfermería Geriátrica. **(26)**

LA SEEGG publicaba un importante avance para la Enfermería Geriátrica en la Comunidad de Madrid, con la convocatoria del proceso de integración de las nuevas categorías de enfermeras especialistas en régimen estatutario, a aquel personal estatutario fijo que sea especialista con anterioridad y venga prestando servicios en las Instituciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud, en base a la Orden 200/2021, del 23 de febrero.

En los últimos años las CCAA firmaban acuerdos y/o creaban la categoría de Enfermera Especialista en Geriátrica, pero ninguna ha creado la categoría profesional con un grupo superior al de la Enfermera. La Orden dice que podrán instarlo aquellas que estén ejerciendo en los servicios de: *Unidades hospitalarias de Geriátrica, Consulta externa de Enfermería Geriátrica, Hospital de Día Geriátrico, Unidad de Media Estancia (UME) o Unidad de Recuperación Funcional (URF), Unidad Geriátrica de Agudos (UGA), Asistencia Geriátrica Domiciliaria, Enfermera de Valoración Geriátrica.*

Aunque es cierto, que esto deja fuera a todas las enfermeras de las residencias y centros de atención a la dependencia. **(27)**

## **Capítulo 2: Analizar las competencias de la Enfermera Especialista en Geriátrica.**

La enfermera especialista en Enfermería Geriátrica es el profesional que atiende y presta cuidados de enfermería a la población anciana, siendo capaz de enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a este colectivo en situaciones complejas. **(2)**

Marjory Warren, enfermera y cirujana inglesa, considerada como la madre de la geriatría moderna, evidenció en los años 40 como la atención a las personas de edad avanzada con patologías crónicas asociadas, que eran atendidas por un equipo multidisciplinar, con unos cuidados de calidad e individualizados y una rehabilitación temprana mejoraban tempranamente, recuperaban su autonomía y regresaban a la comunidad.

Warren defendía que la atención a personas de edad avanzada requería conocimientos específicos, y promovió la investigación en este campo.

En los años 60 ya se comenzaba a hablar de discriminación por edad de los problemas bioéticos que surgen de la atención a los mayores; en los 70 se definían los grandes síndromes geriátricos; y en la década de los 80, la valoración geriátrica integral (VGI). **(9)**

En los años 40, en España, se crea la primera cátedra en Europa, el primer servicio de Geriátrica y Gerontología; y se reconoce en 1978 la especialidad médica. **(28)**

Las enfermeras acceden a la Universidad en 1977, y comienza a impartirse Enfermería Geriátrica como asignatura. En el real decreto 992/1987, se reconoce por primera vez la *especialidad enfermera*, **(18)** y en el 2005, aparece como una de las 7 especialidades enfermeras a desarrollar, en el real decreto 450/2005. **(19)**

El aumento de la población anciana según los datos demográficos analizados previamente, y la creciente demanda de cuidados por parte de dicho colectivo acredita la importancia de la especialidad de enfermería geriátrica.

La complejidad de los cuidados enfermeros a la persona anciana, tanto en salud como en enfermedad, requieren un nivel de competencia profesional que no son cubiertos en la formación básica de enfermería. **(2)**

Las especialistas en Enfermería Geriátrica son profesionales con un conocimiento experimentado y que desarrollan unas competencias especializadas para atender al proceso de envejecimiento, las patologías más usuales, las presentaciones menos comunes de las enfermedades, y para llevar a cabo una valoración geriátrica integral y abordar los síndromes geriátricos, siendo un valor imprescindible en el equipo interdisciplinar que atiende a las personas mayores.

En el 2009 se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. **(9)**

Según el Real Decreto, se establece un programa oficial de formación con una duración de 2 años, y con el requisito previo de poseer como estudios previos la Diplomatura/Grado de Enfermería.

La formación especializada en Ciencias de la Salud es una formación reglada y de carácter oficial que tiene como objetivo dotar a los especialistas de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propias de la especialidad para que, al concluir el periodo formativo, hayan adquirido las competencias necesarias para el adecuado ejercicio de la profesión.

Dichas competencias se desarrollan en la *Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica.*

Las competencias definidas están vinculadas con los siguientes áreas. **(2)**

## **2.1 BASES DE LA GERONTOLOGÍA**

(ANEXO 1)

### **2.1.1. Conocimiento relevante de los aspectos históricos y antropológicos en el cuidado de la persona anciana y capacidad para su aplicación.**

Desde los tiempos más remotos, todos los pueblos han tenido personas expertas en el arte del cuidado, en el arte de la sanación.

La evolución histórica de los cuidados se puede dividir en 4 etapas.

*La doméstica*, del Neolítico a la Caída del Imperio Romano, con el cuidado femenino; *la vocacional*, desde la expansión del Cristianismo (siglo V) hasta la llegada del Mundo Moderno (s. XVI-XVIII), con el cuidado de los enfermos por parte de aquellos que se dedicaban a Dios; *la etapa técnica* (del comienzo de la edad Contemporánea hasta los s. XIX y XX), con unos cuidados mecanizados, en el ámbito hospitalario; y *la etapa profesional* (desde la segunda mitad del s. XX), donde los cuidados son llevados a cabo por la enfermera, con un cuidado holístico, dirigido a la persona en todos sus aspectos, la familia y la comunidad. **(29)**

La enfermería camina rumbo a la adquisición de prácticas de cuidado más humanísticas, capaces de visualizar al anciano como individuo único; donde la antropología, como campo de estudio, presenta elementos que pueden ayudar al equipo de enfermería en el proceso de cuidado.

La adopción de modelos de cuidados basados en elementos de la antropología, favorecen el cumplimiento de principios, supuestamente inviolables, como la dignidad, la autonomía y la máxima independencia posible del anciano.

La antropología contribuye en la valorización de la subjetividad del abordaje clínico, ofrece ayudas para mejorar la comunicación y relación enfermero-paciente. Ayuda a comprender como percibe el anciano su enfermedad, así como las posibles causas de resistencia al tratamiento.

En conclusión, la adquisición de bases de esta ciencia favorece una práctica de cuidados enfermeros más humanística y holística, integrando desde su cuerpo físico al social. **(30)**

### **2.1.2. Conocimiento relevante de la gerontología, capacidad para desarrollarla y para realizar valoraciones gerontológicas utilizando las herramientas y marcos adecuados para la persona anciana.**

La gerontología aborda el proceso de envejecimiento y vejez en sus dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, históricas, culturales, educativas y económicas.

Son tres los temas centrales que definen la gerontología contemporánea; la edad, el envejecimiento y el sujeto envejeciente. **(31)**

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es una evaluación llevada a cabo por un equipo interdisciplinar con el objetivo de determinar todos los problemas y establecer un programa de cuidados para mejorar la calidad de vida y funcionalidad del paciente geriátrico **(10)**; mejorando la exactitud diagnóstica atendiendo a las cuatro esferas; clínica, funcional, mental y social.

Hay que comenzar con una anamnesis minuciosa para obtener toda la historia de posibles enfermedades que haya tenido el paciente a lo largo de su vida, así como habrá que recoger minuciosamente los hábitos de vida, los tratamientos actuales, farmacológicos o de otro tipo, y la adherencia a los mismos. En esta misma anamnesis es necesario conocer la existencia de algún síndrome geriátrico.

En relación con la valoración clínica, cabe destacar la atipicidad de los síntomas o la dificultad para la anamnesis debido a la posible incapacidad para facilitar la información necesaria.

En relación con la valoración médica, se requiere una mayor destreza y minuciosidad.

La exploración física tiene que ir “más allá” de lo que el paciente nos refiere, ya que la forma de presentación de las patologías en el anciano es peculiarmente diferente. **(32)**

Para la valoración nutricional, un instrumento de precisión es la MiniNutritional Assessment Test (MNA); mientras que para valorar el riesgo de aparición de Ulceras por Presión (UPP), existe la Escala de Norton y Braden. **(10)**

El área funcional está formada por el conjunto de capacidades para realizar las actividades habituales de su vida, y mantener su independencia y autonomía en el lugar en que viva. **(32)**

Para realizar la valoración funcional, se puede llevar a cabo mediante escalas que valoran las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (ANEXO 2), como sería la Escala de Barthel o el Índice de Katz . Para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), se utilizaría por ejemplo la escala de Lawton y Brody.

Para valorar la fragilidad, se puede hacer uso de la Escala de Barber **(10)**.

Por otro lado, para valorar el riesgo de caídas, el índice Downton es uno de los más utilizados en el medio hospitalario, sin embargo, en este mismo ámbito, es donde se ha demostrado que su capacidad para predecir el riesgo de caídas disminuye; por lo que no figura entre las herramientas a escoger, que en cambio sí aconsejan por ejemplo, el uso de la escala Stratify. **(33)**

La parte cognitiva depende de entre otros, de factores orgánicos, psicosociales, y de las enfermedades que padece el paciente (hipertensión, diabetes, alteraciones tiroideas, insuficiencia renal o hepática, etc.) el consumo elevado de fármacos y alteraciones en los órganos de los sentidos.

Todos estos factores se correlacionan con la parte afectiva. Los trastornos por ansiedad y depresión son los más frecuentes en este grupo de edad.

Por lo tanto, la identificación de estos factores de riesgo y otros asociados, puede ser una forma de identificar al anciano con fragilidad afectiva.

La prevalencia de problemas en el área mental es muy elevada, alrededor del 25% de los ancianos tienen algún trastorno psiquiátrico, y tiene importantes repercusiones en la calidad de vida.

Las demencias afectan en España a un 12,1% de las personas entre los 80-84; 20,1% en los 85-89; y 39,2% entre los mayores de 90 años. **(32)**

En relación con la valoración mental, resulta un marcador de alto riesgo la presencia de deterioro cognitivo, ya que además es un factor de mal pronóstico; asociándose a una mayor mortalidad tanto a corto, como a largo plazo. Las escalas de apoyo para su detección deben ser breves, sencillas y adecuadas a las circunstancias. Alguno de los que más ha demostrado su utilidad, es el Mini Mental State Examination, el Quick Confusion Scale (QCS), o el Test de Pfeiffer.

Algunas de las principales escalas de valoración de la depresión, sería la de Yesavage. Para valorar el apoyo social, se podría utilizar la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón; o para valorar la sobrecarga del cuidador, estaría la Escala de Zarit. **(10)**

Para valorar la soledad, encontramos la Escala OARS, que valora el apoyo social con el que cuenta la persona mayor; o la Escala de Filadelfia, con una valoración más subjetiva de la soledad. **(34)**

Una vez realizada la valoración geriátrica integral es de gran utilidad elaborar un listado de los problemas detectados en la misma, priorizándolos y estableciendo un plan realista de cuidados. **(32)**

### **2.1.3. Conocimiento relevante del envejecimiento poblacional y capacidad para analizar las causas y consecuencias del mismo.**

El hecho de que la Covid-19, en términos de mortalidad, se cebara con las edades más avanzadas, ha reducido el efecto sobre la esperanza de vida, siendo previsible una temprana recuperación una vez el virus esté controlado y se llegue a vivir con él, conviviendo con cierta normalidad.

Lo mismo hace pensar, en que una vez recuperada la normal circulación de personas, se retomen los flujos de entrada; aunque las consecuencias de la pandemia pueden originar cambios en los orígenes y la composición de los mismos.

Será necesario atender a las consecuencias diferidas, como las secuelas de la infección, la mortalidad debido a otras causas de muerte, o los daños colaterales del estrés al que se subyugado al sistema sanitario. **(5)**

A nivel sanitario, el envejecimiento de las poblaciones supone un aumento de la morbilidad y las enfermedades degenerativas, de los estados de incapacidad física y/o psíquica, y de los cuadros de cronicidad compleja **(35)**, para los que son necesarios profesionales especializados, para dar una eficiencia de cuidados a este perfil, que consume gran cantidad de recursos. **(9)**

A su vez, supone un aumento de la demanda y los servicios sanitarios; junto con una sobrecarga del sistema y una necesidad de adecuación de la demanda/oferta sanitaria.**(35)**

### **2.1.4. Conocimiento relevante de los factores que influyen en el envejecimiento saludable y capacidad para su aplicación.**

La enfermería, como ciencia asociada al cuidado de la salud de las personas, debe tener sin duda un papel clave en el desarrollo de estrategias encaminadas a fomentar el envejecimiento saludable. **(36)**

La práctica de actividad física supone mejoras en la salud y calidad de vida de las personas mayores. Reduce el estrés, la ansiedad, el insomnio o la depresión; mejora la calidad del sueño y refuerza la actividad intelectual.

Mejora el estado de ánimo y bienestar, incide en la felicidad, mejora la capacidad para el autocuidado y facilita las relaciones y la participación social.

Contribuye al equilibrio psicoafectivo, disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares, incrementa la capacidad muscular, la flexibilidad y la capacidad aeróbica, enlentece la atrofia muscular e incrementa la longevidad **(37)**; además de tratar y prevenir la sarcopenia.

En relación con la alimentación, la enfermera debe orientar el seguimiento de la dieta mediterránea, que reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, neurodegenerativas y el cáncer.

Se pueden utilizar estrategias como el asesoramiento individual, o los talleres de alimentación dirigidos hacia una correcta ingesta de nutrientes.**(36)**

Es imprescindible por parte de enfermería la detección de los déficits nutricionales, pactando metas y revisando la medicación que pudiera afectar al apetito. **(38)**

Las enfermeras son indispensables para identificar y cuidar la depresión en adultos mayores.

Para evitar el deterioro cognitivo, es necesario hacer uso del aprendizaje diario y los ejercicios mentales; así como la interacción social o el intercambio de conocimientos.

El sueño-descanso tiene un importante papel en la memoria **(39)**, así como otras medidas no farmacológicas como puede ser la musicoterapia o la meditación.

La enfermera debe adaptar los productos tecnológicos, integrándolos en los programas de promoción de la salud; permitiendo romper con la “brecha digital” (36), ayudando así a las personas mayores a combatir la soledad, la depresión y la ansiedad. (34)

Respecto a la medicación, es imprescindible que la enfermera revise y actualice todas las medicaciones de las personas mayores (36), evitando las reacciones adversas a los medicamentos, ya que este grupo es mucho más susceptible a ellas. (10)

A su vez, las enfermeras deben garantizar que sus pacientes estén al día con sus calendarios de vacunación, siendo conocedoras de que vacunas existen, cuando deben ser administradas y que beneficios se esperan de ellas. (36)

#### **2.1.5. Capacidad para responder a las necesidades personales durante las etapas del envejecimiento y proceso de muerte, teniendo presente la historia de vida y desarrollar las bases de la tanatología.**

La tanatología surge para responder a las necesidades de las personas que sufren pérdidas, en el momento que inicia su duelo.

La enfermería puede ayudar a disminuir, modificar o aliviar algunos de los efectos que produce el vivir alguna pérdida significativa; detectando las situaciones que ponen a la persona en estado de indefensión. Es importante que la enfermera no transfiera ninguna situación personal, siendo así una ayuda limpia.

Todo el proceso requiere una escucha activa, para detectar las posibles necesidades. (40)

La muerte es un fenómeno natural, definida como la pérdida total de las funciones vitales, además de considerarse como el fin de la existencia del hombre.(41)

Cuando las personas adultas mayores (PAM) envejecen, van integrando conceptos acerca de la muerte, aunque al ser un tema tan abstracto, no todas las personas aceptan hablar sobre ello.

El miedo y la ansiedad ante la muerte son las principales emociones que experimenta el enfermo ante la muerte. El abordaje de enfermería ante el miedo y la ansiedad comienza con la comprensión y reorganización de las percepciones respecto a la muerte, dándole la importancia suficiente a la expresión de los temores individuales. (42)

El estudio de *Morales Ramon et al.* mostró que los sentimientos que el personal de enfermería posee en el cuidado del paciente ante la muerte es de indiferencia; lo que puede deberse a que el enfermero en su rutina diaria observa este suceso de manera habitual, en donde tratan de no involucrar sentimientos o lazos afectivos. (41)

La enfermera debe ayudar a mentalizar a la PAM sobre la idea de crear un proyecto de vida con sentido, estableciendo una lista de los valores positivos que son importantes en la vida e identificando sus prioridades durante la etapa de la vejez; lo que favorecerá a que el pensamiento de la muerte no genere angustia.

Otra de las intervenciones radica en el apoyo espiritual, respetando sus elecciones religiosas-espirituales; debido al hecho de que los aspectos espirituales actúan como factor protector ante el miedo a la propia muerte. (42)

#### **2.1.6. Conocimiento exhaustivo de teorías, modelos de enfermería y práctica de enfermería avanzada mediante los diagnósticos, intervenciones y resultados esperados en el cuidado de la persona anciana y capacidad para su aplicación.**

Los modelos y teorías de enfermería tienen como objetivo describir, examinar y establecer los fenómenos que conforman la práctica enfermera.

El modelo naturalista, cuyo máximo representante es Florence Nightingale, es el modelo más sencillo de todos.

El modelo de suplencia o ayuda tiene como principales representantes a Virginia Henderson y Dorothea Orem. Revolucionó el mundo de la enfermería redefiniendo la misma y catalogando las 14 necesidades básicas, con las cuales hoy en día se trabaja. **(43)**

Una de las teorías más utilizadas de este modelo, la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, puede aplicarse en particular a los cuidados paliativos.

Orem propone una clasificación en siete grupos, y el grupo final representa la enfermedad que limita la vida. El cuidado se centra en la calidad de vida que se ve afectada, hasta llegar a la etapa final de la vida. El cuidado central pasa a ser el sostenimiento del confort en dicha etapa. **(85)**

Por último, el modelo de la interrelación. Los modelos más representativos son los de Hildegard Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Mira Levine. **(43)**

#### **2.1.7. Capacidad para reconocer los diversos roles, responsabilidades y funciones de una enfermera especialista en el marco de un equipo interdisciplinario, en los distintos niveles asistenciales.**

Esta competencia es desarrollada más adelante en el área de Gestión de Cuidados y Servicios Gerontológicos.

#### **2.1.8. Capacidad para planificar, ejecutar y evaluar cuidados relacionados con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria considerando los aspectos emocionales, físicos, sociales y espirituales.**

Los profesionales de enfermería desarrollan una importante labor evaluando las necesidades del paciente y su familia. En la planificación de cuidados, valoramos las ABVD.

Para llevar a cabo dicha valoración, el personal de enfermería hace uso de índices o escalas, entre las que destacan el Índice de Barthel. Este es una medida del nivel de independencia. Es la escala de medición más conocida, estudiada y difundida.

Por otro lado, como instrumento de valoración de las AIVD, encontramos el Índice de Lawton y Brody.

Considera aspectos como capacidad para usar el teléfono, realizar compras, preparar la comida, el cuidado de la casa, el lavado de la ropa, utilizar el transporte, el manejo de los medicamentos y de los asuntos económicos.

Este tipo de escalas puede ayudar, por ejemplo, a resolver la necesidad que tiene muchas personas mayores de contar con apoyo continuo en su hogar. **(44)**

#### **2.1.9. Capacidad para evaluar los programas individualizados más apropiados de atención, junto a la persona anciana, sus cuidadores, familia y otros profesionales**

Esta competencia es desarrollada más adelante dentro del área de Gerontología Social.

### **2.1.10. Capacidad para enseñar, educar, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de cuidados de salud y otro personal involucrado.**

La enfermera debe ser un agente activo en la ampliación de la familia e el cuidado del paciente, formando y educando a los cuidados no profesionales. **(45)**

Es necesario también, desarrollar intervenciones y estrategias que favorezcan una mejor y mayor distribución de los cuidados entre hombres y mujeres, pudiendo ser la enfermería el motor de cambio del modelo tradicional. **(46)**

Debido a los cambios en la docencia universitaria en los últimos años, la enfermera especialista puede actuar como tutor de las prácticas clínicas de los estudiantes para su formación como profesionales. **(47)**

## **2.2 GERONTOLOGÍA EXPERIMENTAL**

(ANEXO 3)

### **2.2.1. Conocimiento relevante de los avances en las teorías sobre envejecimiento.**

Las teorías del envejecimiento pretenden describir, establecer y examinar las causas y efectos de este proceso. Se han propuesto varias teorías y conceptos sobre cómo se vive el envejecimiento. Dentro de ellas están:

-Las teorías biológicas intentan explicar el envejecimiento desde un desgaste natural de todos los órganos y sistemas, como una consecuencia normal y natural de todos los seres vivos **(48)**.

Destacan *la teoría de daño del ADN*, que afirma la presencia de mutaciones genéticas causadas por la edad; *la teoría de la oxidación humana*, debido a una agresión del ambiente alterando el organismo al envejecer; *la teoría de la longevidad programada*, que afirma la existencia de códigos genéticos preparados para la muerte; o por último, *la teoría del factor inmunológico*, que trata de demostrar que la disminución del sistema inmune produce vulnerabilidad. **(49)**

-Las teorías psicológicas se centran en aspectos cognitivos y de personalidad.

Destacan *la teoría de la integridad del ego*, donde Erikson nombró a la últimas de sus ocho etapas con este nombre. Afirmaba que para desarrollo sano se debe de pasar por las ocho etapas enfrentado y superando los nuevos retos.

También se puede destacar *la teoría de la continuidad*, que afirma que no existe un paso de la edad adulta a la vejez, sino que es una prolongación de las experiencias, hábitos de vida y proyectos por realizar.

-Las teorías sociales tratan de comprender y predecir la adaptación satisfactoria de las personas mayores en la sociedad.

Destacan *la teoría de la disociación*, que considera que el retirarse de la vida social constituye una forma de adaptación a la vejez. También destaca *la teoría de la actividad*, que afirma que un alto grado de participación es clave para lograr un buen envejecimiento y autorrealización. **(48)**

## **2.3 GERONTOLOGÍA CLÍNICA**

(ANEXO 4)

Las formas de envejecer se pueden dividir en tres grandes grupos.

El *envejecimiento satisfactorio* hace referencia al mayor sano, sin enfermedades ni discapacidades. El *envejecimiento patológico*, hace referencia al mayor con enfermedad crónica progresiva y discapacitante. Se considera *envejecimiento normal* a las personas mayores con menor o mayor grado de fragilidad y vulnerabilidad, afectados por enfermedades crónicas sin o con moderada repercusión funcional. **(50)**

Según la RAE, fragilidad significa quebradizo, que con facilidad se hace pedazos. **(51)**. Si esto es aplicado al contexto, la fragilidad sería el umbral a partir del cual la pérdida de reserva fisiológica y de la capacidad de adaptación del organismo son insuficientes para mantener la in51. (ANEXO 5)

La fragilidad es un factor de riesgo para la discapacidad. **(6)**

El Consejo de Europa define la dependencia como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas para realizar las ABVD. **(51)**(ANEXO 6)

El envejecimiento produce alteraciones sistémicas cuando los órganos y sistemas van disminuyendo su funcionalidad. **(52)**

Los síndromes geriátricos son una situación no clínica del adulto mayor originados por la conjunción de una serie de enfermedades, signos y síntomas que ocurren con mayor prevalencia en el anciano; y que usualmente son origen de incapacidad. **(53)**

La **inmovilidad** es uno de los síndromes geriátricos más frecuentes, aunque muchas veces es ignorado. Las principales consecuencias de la inmovilidad son las úlceras por presión, el aislamiento social y el aumento del riesgo de caídas debido a que, la sarcopenia es consecuencia de la inmovilidad.

Enfermería tiene un papel muy importante en la detección, mediante la VGI, de los pacientes con alto riesgo de desarrollar este síndrome; y en la prevención y reversión del mismo. El tratamiento se basaría en los cuidados generales en los áreas que el paciente necesite, además de rehabilitación y terapia ocupacional para ayudar a la recuperar las relaciones sociales. **(54)**

A continuación, se recogen los principales cambios fisiológicos ocurridos durante el envejecimiento.

En relación con la composición corporal, se produce una disminución del agua corporal y del tamaño de los órganos; así como un aumento relativo de la grasa corporal. **(52)** Esto supone una alteración en la distribución de los fármacos. **(55)**

La **iatrogenia** es otro síndrome geriátrico. El personal de enfermería debe de mostrar precaución a la hora de administrar la medicación a los pacientes, ya que debido a la polifarmacia de estos pacientes, son más favorables las reacciones adversas a los medicamentos **(10)**. Se hace imprescindible la revisión y actualización de todas las medicaciones de las personas mayores por parte de enfermería. **(36)**

La piel también es afectada por el proceso del envejecimiento debido a una disminución del recambio de células epidérmicas **(55)**, con la aparición de la xerosis. Existe una mayor predisposición a la aparición de **úlceras por presión** (UPP), considerado como otro síndrome geriátrico.

Para tratar las UPP se deben seguir la evidencia científica y las nuevas aportaciones, establecer un programa de cambios posturales y de evaluación continua de la lesión, utilizar elementos protectores en zonas de riesgo, aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO), utilizar colchones protectores y mantener un control exhaustivo de la humedad. **(56)**

La masa muscular, a partir de los 80, disminuye de 30 a 40% respecto a los 30 años, debido a una disminución del número de células musculares. Las articulaciones pierden su elasticidad y aparece la osteoporosis y la artritis.

En relación con el sistema musculoesquelético, la marcha se modifica con un aumento de la base de sustentación, así como una mayor flexión del tronco; lo que predispone a sufrir un mayor riesgo de caídas.(57)

Las **caídas** son consideradas un síndrome geriátrico también. Los trastornos de la marcha y el equilibrio se encuentran entre las causas más comunes de caídas en los adultos mayores. La historia de caídas es un fuerte predictor de caídas futuras. Los medicamentos usualmente asociados con un mayor riesgo de caídas son los sedantes o aquellos que afectan la marcha y el equilibrio.(53)

Como medidas de prevención de caídas hay que minimizar la presencia de escaleras y substituir por rampas con barandillas, quitar las alfombras, evitar muebles innecesarios y mantener una buena iluminación. (56) A su vez, el calzado ideal debe ajustarse correctamente, ser cómodo y proporcionar un amplio soporte y estabilidad. (53)

Un estudio revela que la principal práctica preventiva en el ámbito hospitalario que llevan las enfermeras es el uso de la barandilla en la cama, seguido de la orientación al mayor en cuanto a la solicitud de ayuda y posteriormente la contención física y/o química. (58)

El envejecimiento cardiovascular está caracterizado por los cambios en las funciones y las estructuras de las distintas partes del sistema. (59) Las arterias de gran calibre se vuelven más rígidas y gruesas.(55)

Las principales intervenciones de enfermería en el paciente anciano, en relación con sus cambios a nivel cardiológico son, en primer lugar, la monitorización cardíaca debido a la elevada prevalencia de arritmias, como bloqueos de primer grado, fibrilaciones auriculares o extrasístoles supraventriculares; que pueden ser manifestados en forma de palpitations, mareos o síncope. Es muy importante vigilar síntomas de insuficiencia cardíaca como disnea, astenia, hipotensión, edemas y valorar el estado hídrico. (56)

A nivel del sistema respiratorio se produce una disminución de la fuerza de los músculos respiratorios, que junto con la disminución del aclaramiento mucociliar, produce una disminución del reflejo tusígeno; lo que predispone a paciente mayor a una mayor probabilidad de broncoaspiración e infecciones respiratorias.(60)

A nivel genitourinario, existe una mayor tendencia a las infecciones del tracto urinario. (61)

La **incontinencia urinaria** es uno de los síndromes geriátricos más frecuentes. La principal intervención de enfermería es la educación para la salud de los pacientes y sus familias. Se pueden recomendar medidas como el reentrenamiento vesical, la restricción hídrica, la reducción de peso o los ejercicios de suelo pélvico. El tratamiento farmacológico debe utilizarse siempre y cuando los métodos no farmacológicos no hayan obtenido resultados positivos durante al menos 3 meses.(53)

Se deben de adaptar los baños con suelos antideslizantes para evitar las caídas, así como inodoros adaptados, barandillas o grúas de transferencia para pacientes inmovilizados. (56)

El envejecimiento afecta al aparato digestivo en su totalidad. A nivel bucal, se produce una disminución de la producción de saliva (xerostomía) y del sentido del gusto. La xerostomía dificulta la formación del bolo alimenticio lo que supone un mayor riesgo de atragantamiento. (55)

Para evitar los atragantamientos, el personal de enfermería debe evaluar la capacidad del anciano para coger cubiertos, controlar la deglución o la capacidad de sostén cefálico. Al igual

que se ha mencionado previamente, para valorar la incontinencia fecal es necesario que enfermería valore la capacidad del paciente de identificar el estímulo, o de comunicarse efectivamente.(51)

En relación con el esófago y estómago se produce una disminución del peristaltismo, lo que favorece el reflujo gastroesofágico y la disfagia. A nivel de colon se produce también una reducción del peristaltismo junto a una disminución de la presión del esfínter anal del recto.(62)

El **estreñimiento** es otro de los síndromes geriátricos. El tratamiento puede ser no farmacológico, con medidas de educación para la salud como la actividad física, revisar los fármacos por parte de enfermería para comprobar que no sea este el origen, o favorecer una dieta rica en fibra. El tratamiento farmacológico se basaría en la administración de laxantes. En caso de impactación fecal, la extracción sería, si es posible con enemas, y si no, mediante extracción manual.(63)

## **2.4 GERONTOLOGÍA PSICOLÓGICA**

(ANEXO 7)

En relación con el **deterioro cognitivo**, el personal de enfermería juega un papel esencial en la detección precoz de los síntomas (63), y en la orientación de los pacientes y familiares hacia los programas establecidos por el equipo.

Enfermería puede hacer uso de pastilleros diarios o semanales para que no olviden a medicación, educar en el uso botones de alarma o teleasistencia en caso de emergencia, dispositivos de alarma (humos, gas, caídas) o localizadores GPS.(51)

Por otra parte, aunque la mayoría de las caídas no suponen lesiones físicas graves o muerte, a menudo suponen una reducción de la actividad social y física, y una pérdida de confianza en la propia independencia funcional.

Una de las consecuencias derivadas de las caídas es el denominado síndrome post caída.

La experiencia previa de una caída provoca que el anciano evite o rechace salir o efectuar la mínima actividad deambulatoria. De esta forma el sujeto alivia su miedo (experiencia que actúa como elemento reforzador) y mantiene así la misma respuesta. Este refuerzo de evitación se refuerza a través del propio personal cuidador del centro residencial en el que se aloje el anciano o por medio de sus familiares cuando vive en su hogar.

El personal de enfermería debe evitar que el anciano continúe reforzando dicha conducta, para que no conduzca hacia la dependencia.(64)

A la hora de tratar con un paciente agresivo, cuyo comportamiento suele estar asociado a patologías psiquiátricas como la esquizofrenia, la demencia o el alzhéimer; el principal objetivo es garantizar su seguridad y la de los que se encuentran a su alrededor.

Las intervenciones deben siempre ser lo menos restrictivas posibles, comenzando con modificaciones ambientales, reduciendo al máximo los estímulos externos que pueda percibir el paciente (luz, ruido, estimulación excesiva), minimizar el número de personas que intervienen, situarse siempre junto la salida más cercana y evitar los objetivos potencialmente peligrosos.

La reducción verbal sería la siguiente intervención para intentar lograr una alianza terapéutica estableciendo los límites. El paciente necesita sentir que le escuchan, entienden y respetan.

Hasta que no se agoten las medidas no farmacológicas no se optará por el uso de los fármacos. El objetivo de tratamiento farmacológico es calmar a la persona y disminuir el riesgo de agresión, no es para tratar la afección subyacente que pueda haber. Aunque se utilice el tratamiento farmacológico, se deben seguir manteniendo los cambios ambientales y la desescalada verbal.

Cuando se hayan agotado ya todas las medidas posibles, se procederá a la aplicación del aislamiento y/o restricción física. Se debe mantener una monitorización continua de las medidas restrictivas físicas.

El aislamiento consiste en el uso de una habitación preparada para que el paciente pueda moverse dentro de ella, pero no salir; y que esté garantizada su seguridad.

La restricción física debe supervisarse continuamente, realizando cambios posturales y de los dispositivos restrictivos, que se eliminaran de forma gradual. **(65)**

## **2.5 GERONTOLOGÍA SOCIAL**

(ANEXO 8)

La enfermera debe individualizar los cuidados del paciente mayor a sus necesidades. El adulto mayor encuentra el significado de salud en tres áreas principales; estar bien con la familia, mantener la ausencia de dolor y enfermedad y poder hacer cosas de manera autónoma, con el beneficio moral que supone ser autosuficientes, sentirse útiles y mantener un rol social.

Estudios demuestran que el apoyo social, en específico el familiar, sirve como protección frente a la presencia de enfermedad y discapacidad. **(8)**

La enfermera participa activamente en la implicación de la familia como agente de cuidado. Diversos estudios han afirmado que este rol es más frecuentemente asumido por mujeres. **(45)** Este hecho es parte de una construcción social e histórica, asumida desde la infancia; que tiene además un componente emocional, ya que muchas veces el acto de cuidar es satisfactorio. **(46)**

El deber de cuidar de sí mismo, junto al cuidado de la persona dependiente, facilitan la sobrecarga del rol.

Es necesario que la enfermera especialista identifique los factores sociodemográficos que condicionan la sobrecarga; proponiendo acciones como el uso de las tecnologías como sistemas de apoyo, permitiendo por ejemplo el seguimiento telefónico de los pacientes.

Así, la cuidadora podrá reconocer sus propias necesidades de cuidado, delegar funciones y realizar las actividades que disfruta. **(45)**

Es necesario que la enfermera especialista asegure la continuidad entre los distintos niveles asistenciales, debido a la continua situación en la que los pacientes y sus familiares no saben qué hacer y se sienten desbordados por el complicado laberinto de personas, entornos e intervenciones.

Es necesario potenciar un modelo de atención integral que garantice la atención multiprofesional y coordinada. **(12)**

La SEEGG alerta sobre la importancia de la lucha contra el maltrato con recomendaciones basadas en acciones de carácter preventivo y de detección precoz. El maltrato a los ancianos se relaciona con cuidados de larga duración, tanto en el ámbito institucional como en el doméstico. Este maltrato se relaciona directamente con la falta de ayudas, apoyo y descanso del cuidador. El instrumento más eficaz de prevención es el apoyo al cuidador, donde la

enfermería geriátrica, debido a su cercanía con la familia, juega un papel clave al tener un conocimiento profundo sobre los problemas y las necesidades cambiantes de los ancianos y los cuidadores.(66)

## **2.6 EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO GERONTOLÓGICO**

(ANEXO 9)

La Educación para la Salud (EPS) se ha ido presentado en las anteriores competencias, puesto que está presente en muchas de las actividades propias de la profesión enfermera.

La EPS es entendida como un conjunto de procesos de aprendizaje caracterizado por la transmisión y recepción de conocimientos necesarios para abordar los problemas del ámbito de las enfermedades.

El motivo central de esta radica en la generación de elementos positivos que potencialicen las luchas sociales por el bienestar y la salud individual y colectiva. Abarca aspectos como la alimentación sana y equilibrada, vivienda higiénica y funcional, actividad física o recreación social.

Puede ser tanto individual como colectiva, reconociendo siempre al adulto mayor su carácter de sujeto activo en los procesos de educación, en los que el personal de enfermería juega el papel de orientador/facilitador del aprendizaje, rompiendo con el esquema de “profesor” y “alumno”.

Lo más importante es enseñar a aprender, haciendo que sea el sujeto quien tome sus propias acciones para el cambio.

La evidencia científica demuestra que el paciente anciano se mantiene preocupado por su salud, y que son capaces de cambiar rutinas y conductas cuando se le informa y capacita adecuadamente.

Lo ideal para lograr un envejecimiento saludable sería educar a las familias para que sean capaces de transmitir la cultura y conducta saludable a las siguientes generaciones. Y así llegar a la edad adulta, y reforzar la educación de manera individual.

Se necesita creatividad para motivar lo suficiente al anciano para realizar ese cambio de conducta necesario para el control de riesgos y complicaciones de sus enfermedades. Se debe informar de los beneficios y acompañarle en sus procesos, dificultades o miedos.

Es necesario personal altamente capacitado y sensibilizado con el envejecimiento demográfico, el aumento de las enfermedades crónicas.

Lo principal que se debe trabajar es enseñar a aprender, ya que es un factor clave que estimula el desarrollo de independencia y de las funciones sociales.

Los estudios demuestran que la Educación para la Salud mejora la adhesión a estilos de vida saludables y que las intervenciones educativas influyen positivamente en los ancianos.(67)

## **2.7 MARCO LEGAL Y POLÍTICAS SOCIOSANITARIAS EN ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA**

(ANEXO 10)

El profesional de enfermería debe conocer los servicios de ayuda a las personas mayores, los cuales están integrados dentro de los servicios sociales de cada Comunidad Autónoma.

Según la Orden de 24 de Septiembre de 2004, quedó regulado el sistema de ingreso y traslado en plazas de centros residenciales de atención a personas mayores integradas en la Red Pública de la Comunidad Autónoma de Cantabria.(68)

El 14 de Diciembre de 2006, queda aprobada la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Tención a las personas en situación de dependencia a nivel estatal, teniendo como requisito encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados (ANEXO 6) establecidos y ser residente español y haberlo sido durante 5 años. (69)

Dependiendo de los grados definidos en el **Anexo 2**, se desarrolla en 2009 el catálogo de servicios del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia y se regula la aportación económica de las personas usuarias en la Comunidad Autónoma de Cantabria.(70)

Dentro de estos servicios, destacan la teleasistencia, que se ofrece a las personas con cierto grado de dependencia que viven en casa para resolver situaciones de emergencia, inseguridad o aislamiento; y la ayuda a domicilio, para dar respuesta a las necesidades básicas de la vida diaria de las personas mayores en su domicilio, siendo el 69% de las personas que utilizan este servicio mayores de 80 años. También, encontraríamos los servicios de cuidados residenciales, donde se ofrece alojamiento y manutención.(4)

A su vez, aparecen algunos como los centros de día y de noche, ajustándose a las necesidades específicas de cada persona; o los servicios de promoción de la autonomía personal, con el fin de desarrollar y mantener la capacidad de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las preferencias propias.(70)

En 2019, quedó regulado el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones de la Comunidad Autónoma de Cantabria.(71)

## **2.8 BIOÉTICA EN ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA**

(ANEXO 11)

La atención al anciano genera problemas éticos con una mayor frecuencia que en el resto de los grupos de edad.

La *bioética* es «el estudio sistemático de las dimensiones morales, incluyendo la visión moral, decisiones, conductas y políticas, de las ciencias de la vida y de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un marco interdisciplinario»

Para poder analizar los diferentes conflictos éticos y establecer el proceso de toma de decisiones, la bioética utiliza como instrumentos los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. (ANEXO 12)

Las voluntades anticipadas son instrucciones que toda persona puede redactar con respecto al tratamiento que puede desear recibir o rechazar, en caso de no tener capacidad de decisión. Puede ser modificado en cualquier momento siempre que el paciente sea capaz de decidir.

El consentimiento informado es la decisión terapéutica tomada voluntariamente por un paciente con capacidad y basada en la información sobre riesgos, beneficios y tratamientos alternativos. En caso de necesitar obtener un consentimiento de un anciano no capaz sin voluntades previas, se obtendrá de su representante legal. Cualquier persona puede nombrar un representante en temas médicos.

El anciano tiene derecho a ser informado de cualquier diagnóstico y tratamiento que vayan a ser llevados a cabo.

La capacidad es la aptitud para gestionar y realizar los actos necesarios decisivos para los intereses de una persona.

La incapacidad es una medida protectora donde un juez ha reconocido que una persona es incapaz de cuidar de sí mismo. Puede ser parcial, total o desestimada.

Puede ser solicitado por conyuges, ascendientes y descendientes de primer grado, hermanos o el Ministerio Fiscal.

El tutelaje es nombrado por el juez tras la declaración de incapacidad. El tutor precisa de autorización legal para actos con trascendencia económica.

En caso de internamiento no voluntario para recibir tratamiento médico, se debe seguir un proceso legal administrativo para determinar la idoneidad y ubicación del paciente. *Artículos 211 y 271.1 Código Civil*. En caso de necesitar únicamente cuidados, será el turno con responsabilidad quien decida.

Ante una fase de agonía, los criterios de una “buena muerte” son sin dolor, sin sufrimiento, con control de la situación, consciente y que sea lo más breve posible.

La eutanasia voluntaria directa requieren consentimiento informado del paciente y, según la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de Marzo, en el artículo 5.1, la persona debe ser capaz y consciente en el momento de solicitud. En caso de incapacidad, según los artículos 3 y 9, si estuviera solicitado en el documento de voluntades previas, el médico continuará con el procedimiento; mientras que en caso de no haberlo, deberá denegar la solicitud. **(72)**

## **2.9 INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA**

(ANEXO 13)

Las enfermeras especialistas, en un campo tan ligado a los cuidados como la geriatría, deben basar la práctica clínica en la mejor evidencia posible, para generar conocimiento que sea posteriormente transmitido a los profesionales y a la población.

El envejecimiento ofrece a las enfermeras oportunidades con gran potencial para la investigación en discapacidad, síndromes geriátricos, demencia o fragilidad. **(9)**

Un reciente estudio revela cómo un número indeterminado de enfermeras especialistas en formación (EIR) no encuentran el apoyo necesario para la realización de su proyecto. En ocasiones son incorporadas a proyectos de investigación médicos, fomentando que otras profesiones vuelvan a orientar a la enfermería, en vez de realizar investigaciones propias que repercutan en su propio área de conocimientos. **(73)**

## **2.10 GESTIÓN DE CUIDADOS Y SERVICIOS GERONTOLÓGICOS**

(ANEXO 14)

La enfermera especialista en geriatría posee un papel clave en la respuesta a la atención a la persona mayor, la cronicidad y cronicidad compleja, y sus consecuencias sobre la dependencia.

En relación con la atención de la cronicidad compleja, el rol de la enfermera especialista podría ser el del profesional que coordina el proceso de atención al paciente, su familia y entorno; realizando las intervenciones que protejan e impulsen la autonomía del paciente, asumiendo en muchas ocasiones el rol de liderazgo en el equipo interdisciplinar. **(9)**

A su vez, la enfermera especialista puede actuar como enfermera gestora de caso (EGC), lo que facilita facilitando la adaptación del paciente a su situación de cronicidad compleja. Las intervenciones de la EGC disminuyen la sobrecarga de las personas cuidadoras; así como resultan más efectivas y eficientes. **(12)**

Dentro del sector residencial, la enfermera especialista en geriatría se define a sí misma como un pilar fundamental para que poco a poco el paciente recupere su independencia. Se debe ofrecer unos cuidados individualizados, siendo importante la capacidad de los profesionales para comunicarse, comprender y mostrar empatía hacia los problemas, dudas o temores de los pacientes o sus familias.

Sin embargo, debido a la falta de tiempo y personal, proporcionar unos cuidados individualizados resulta complicado. **(74)**

La enfermera especialista puede incorporar nuevas respuestas en estos contextos de atención.

Una enfermera especialista aportará una atención basada en la evidencia, incorporando competencias de gran valor para liderar los cuidados dentro de los equipos de provisión de servicios y se hará visible el valor añadido de los cuidados especializados. Será entonces cuando la sociedad reconozca este valor y los sistemas entiendan porque es necesario formar y emplear a las enfermeras especialistas.

El objetivo de que se desarrollen las especialidades no es otro que visibilizar el valor que aportan estos cuidados en ayudar a cambiar y resolver las necesidades de una ciudadanía que precisa un enfoque diferente del de hasta el momento. **(75)**

## Conclusiones.

Con una situación demográfica como la vivida actualmente, las personas ancianas precisan de un cambio radical de la organización de los sistemas para que sus necesidades básicas puedan ser solventadas por los profesionales de la salud.

La situación vivida en las residencias y centros sociosanitarios durante la pandemia, han puesto en evidencia las carencias en el sistema sanitario nacional, así como la falta de personal cualificado para atender a dichos pacientes.

Son varias décadas que en nuestro país se están formando enfermeros especialistas y el sistema sanitario está realizando una inversión de la que no saca rédito.

Se ha de ser capaz de reorganizar los servicios dentro de los sistemas sanitarios y utilizar estos perfiles especialistas como elemento clave para responder a lo que la sociedad necesita.

Aunque la figura de enfermera especialista en geriatría está reconocida en la Comunidad de Cantabria, así como su programa formativo esta instaurado en la mayor parte de España, siguen sin crearse bolsas de empleo específicas donde solo pueda acceder el personal acreditado con esta titulación.

Además, son solo 10 las CCAA que tienen acreditadas plazas; mientras que las comunidades autónomas de Andalucía, Cantabria, Murcia, La Rioja y Euskadi no ofertan ninguna plaza de residente según Comisiones Obreras.

Los informes muestran que las enfermeras especialistas son capaces de identificar y dar respuesta a las necesidades específicas de pacientes complejos en cuanto a aspectos relacionados con la educación, prevención, reconocimiento signos y síntomas, mejoras en cuanto a calidad de vida y funcionalidad, y disminución de los reingresos.

Más allá de los estereotipos sociales como “la enfermera es la ayudante del médico”, que no tiene independencia y es sumisa y obediente, o la ignorancia sobre sus capacidades y competencias, o la idea de una profesión únicamente femenina; las enfermeras especialistas son capaces de, desde influir en los factores que influyen en el envejecimiento, pasando por conocer los principales síndromes geriátricos y las intervenciones frente a los mismos, tratando con pacientes en todas las etapas del envejecimiento y la muerte, y llegando a influir en el entorno social de los pacientes tratando con las familias y haciendo frente a comportamientos violentos y desafiantes, manejando conocimientos y aptitudes sobre gerontología psicológica.

A pesar de ello, no se cambia la estructura organizativa para dar lugar a la enfermera especialista, no hay decisiones políticas, ni de los tomadores de decisiones a distintos niveles para contar con estos perfiles.

Cuando el sistema logre esto, la enfermera especialista podrá brindar unos cuidados de calidad que impacten de manera positiva sobre los equipos sanitarios multidisciplinares, las organizaciones y en los resultados de salud.

## Bibliografía

(1) Miralles Rojano, Á., Rey Reñones, C. (2015). Evolución del modelo de atención residencial, una propuesta para una residencia de mayores. *Gerokomos*, 26 (4), 132-136.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2015000400004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000400004&lng=es&tlng=es).

(2) Ministerio De Sanidad. (2009). Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que Se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. *Boletín Oficial del Estado*, 101976-101992.

<https://www.boe.es/boe/dias/2009/11/30/pdfs/BOE-A-2009-19139.pdf>

(3) Abellán García A, Aceituno Nieto P, Pérez Díaz J, Ramiro Fariñas D, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. *Inf Envejec en red*. 2019;22:38

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>

(4) Gallego, V. M., Codorniu, J. M., Cabrero, G. R. (2021). The impact of COVID-19 on the elderly dependent population in Spain with special reference to the residential care sector. *Ciência&SaudeColetiva*, 26(1), 159-168.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33872020>

(5) Esteve Palós, A., Blanes Llorens, A., Domingo Valls, A. (2021). Consecuencias demográficas de la COVID-19 en España: entre la novedad excepcional y la reincidencia estructural. *Panorama Social*, 33, 9-23.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8014951>

(6) Robles, J; Miralles, R; Llorach, I. (2010). Definición y objetivos de la especialidad de Geriatria. Tipología de ancianos y población diana. *Tratado de Geriatria para Residentes*, 25-32.

[https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05\\_01\\_I.pdf](https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05_01_I.pdf)

(7) Presidencias de Sociedades Española y Autonómicas de Geriatria y Gerontología. (2020). 9 *Propuestas Covid-19 De La Geriatria Y Gerontología*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 5-6.

<https://bit.ly/32AmIWS>

(8) Vargas Santillán, M.L., Arana Gómez, B., García Hernández, M.L., Ruelas González, M. G., Melguizo Herrera, E., Ruiz Martínez, A. O. (2017). Significado de salud: La vivencia del adulto mayor. *Aquichan*, 17(2), 171-182.

<https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.2.6>

(9) Viña-García-Bericua, M., Román-Medina, I. (2019). *La enfermera especialista en geriatría como respuesta clave en la atención a la persona mayor, la cronicidad, la cronicidad compleja y sus consecuencias en la dependencia*. *Enfermería Clínica*. 29(6): 381-384.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.09.013>

(10) Martín-Sánchez, F.J., Fernández Alonso, C., Merino, C.. (2010). El paciente geriátrico en urgencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(Supl. 1), 163-172.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272010000200017&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200017&lng=es&tlng=es).

(11) Dehesa Fontecilla, M. A., Fernandez, N., Aláiz-Moretón, H., Sánchez-Valdeón, L., Benítez-Andrades, J. A. (2021). Tasa de retorno y características asistenciales de pacientes mayores de 65 años en un servicio de urgencias en atención primaria. *Atención Primaria*, 53(8), 102084. 1-9.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102084>

(12) Vidal-Thomàs, M. C., Yañez-Amoros, B., Torrens, I., Torres-Solera, E., Esteva, M. (2016;2017;). Conocimientos y actitudes de las enfermeras de atención primaria sobre el manejo del paciente con insomnio. *Enfermería Clínica*, 27(3), 186-192.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.11.006>

(13) Cuevas-Santos, C. (2019). Especialidades de enfermería y ejercicio profesional: Situación actual y perspectivas de futuro. *Enfermería Clínica*, 29(6), 357-364.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.002>

(14)Gómez Cantarino, S., Gutiérrez de la Cruz, Sergio, Espina Jerez, B., Dios Aguado, M. de las M., Pina Queirós, P. J., Alves Rodrigues, M. Desarrollo formativo de la enfermería española y sus especialidades: Desde los albores del s. XX hasta la actualidad. [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad de Alicante. Cultura de los Cuidados. 2018, 22(52): 58-67.

<https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.05>

(15) Gómez-Cantarino, S., Dios-Aguado, M. d., Peñalver, A. C., Dominguez-Isabel, P., Montejano, J. R., Espina-Jerez, B. (2020). Regulación de la enfermería española: Incorporación a la profesión sanitaria (1850-1950). *Escola Anna Nery Revista De Enfermagem*, 24(4). 1-8.

<https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0053>

(16) Decreto de 4 de diciembre de 1953, por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. Boletín Oficial del Estado, número 363, de 29 de diciembre de 1953.

<https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1953/363/A07723-07724.pdf>

(17) Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, número 200, de 22 de agosto de 1977.

<https://www.boe.es/boe/dias/1977/08/22/pdfs/A18716-18717.pdf>

(18) Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista. Boletín Oficial del Estado, número 183, de 1 de agosto de 1987.

<https://www.boe.es/boe/dias/1987/08/01/pdfs/A23642-23644.pdf>

(19) Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, número 108, de 6 de mayo de 2005.

<https://www.boe.es/boe/dias/2005/05/06/pdfs/A15480-15486.pdf>

(20) Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de doctorado. Boletín Oficial del Estado, número 35, de 10 de febrero de 2011.

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-2541-consolidado.pdf>

(21) Resolución de 4 de noviembre de 2021, de la Secretaría General de Universidades, por la que se convoca la prueba objetiva correspondiente al acceso al título de Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.

<https://www.boe.es/boe/dias/2021/11/08/pdfs/BOE-A-2021-18263.pdf>

(22) Estrada-Masllorens, J. M., Galimany-Masclans, J., Constantí-Balasc, M.. (2016). La formación universitaria en enfermería: de la diplomatura a la licenciatura. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 19 (2), 71-76.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2014-98322016000200004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322016000200004&lng=es&tlng=es).

(23) Europa Press.(14 de Mayo de 2019). Comunidades Autónomas que necesitan más enfermeras. *infosalus.com*.

<https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-comunidades-autonomas-necesitan-mas-enfermeras-20190514134517.html>

(24) Pérez Nova, I. (2019). Solo en cinco CCAA están implantadas todas las especialidades enfermeras. *Redacción Médica*.

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/solo-en-cinco-ccaa-estan-implantadas-todas-las-especialidades-enfermeras-6947>

(25) Dominguez, M ; Pérez Nova (2019). Las enfermeras especialistas tendrán bolsas de trabajo específicas en 2020. *Redacción Médica*.

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/las-enfermeras-especialistas-tendran-bolsas-de-trabajo-especificas-en-2020-8521>

(26) Salus. Todo lo que necesitas saber sobre las plazas del EIR 2022. (20 de Enero de 2022). *Salusplay*.

<https://www.salusplay.com/blog/plazas-eir-2022/>

(27) Blog SEEGG. (17 de Marzo de 2021). Un avance para la Enfermería geriátrica en la Comunidad de Madrid. *Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*.

<https://seegg.es/2021/03/17/un-avance-para-la-enfermeria-geriatrica-en-la-comunidad-de-madrid/>

(28) Ribera Casado, J. M. (2019). *Gregorio Marañón y el nacimiento de la especialidad de geriatría en España*. *Educación Médica*, 20(2), 125–129.

<http://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.02.003>

(29) Jaén Pérez, J. (2022). Modelos del cuidado de enfermería en el envejecimiento: pasado, presente y futuro. [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia.1-204.

<http://hdl.handle.net/10201/118124>

(30) dos Santos Souza, A., Menezes, M.R., Hisako Takase Gonçalves, L., Martorell Poveda, M.A., Almeida da Silva, V.. (2017). El abordaje antropológico y el cuidado de la persona anciana hospitalizada. *Index de Enfermería*, 26(1-2), 62-66.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000100014&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100014&lng=es&tlng=es).

(31) Fergusson-Cárdenas, I., Rojas-Jara, C., Piña-Morán, M., Polanco-Carrasco, R., Olivo-Viana, M. G. (2020). Gerontología: un mirada bibliométrica de las citaciones clásicas en Web Of Science (1975-2018). *Terapia psicológica*, 38(1), 29-46.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000100029>

(32) Wanden-Berghe, C. (2021). Valoración geriátrica integral. *Hospital Domiciliario*, 5 (2), 115-124.

<https://dx.doi.org/10.22585/hospdomic.v5i2.136>

**(33)** Bueno-García, M. J., Roldán-Chicano, M. T., Rodríguez-Tello, J., Meroño-Rivera, M. D., Dávila-Martínez, R., Berenguer-García, N. (2017). Características de la escala dntnton en la valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. *Enfermería Clínica*, 27(4), 227-234.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.02.008>

**(34)** Puig Llobet, M., Lluch Canut, M.T., Rodríguez Ávila, N. (2009). Valoración de enfermería: detección de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*, 20(1), 9-14.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2009000100002&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000100002&lng=es&tlng=es)

**(35)** Abellán García, A., Pérez Díaz, J.. Envejecimiento demográfico y vejez en España. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. Instituto de Economía, Geografía y Demografía. *Panorama Social*. 2018; 28(2), 11-47.

<https://digital.csic.es/handle/10261/241140>

**(36)** Mostacero Morcillo, E, Martínez Martín, ML. (2019). Rol de la enfermera en el envejecimiento activo y saludable. Revisión narrativa. *Gerokomos*, 30(4), 181-189.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2019000400181&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400181&lng=es&tlng=es)

**(37)** Heredia, N. M., Rodríguez, E. S., García, A. M. R. (2021). Beneficios de la actividad física para la promoción de un envejecimiento activo en personas mayores: revisión bibliográfica. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, Universidad de Granada. (39), 829-834.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7586487>

**(38)** Molés Julio, M. P., Clavero, A. E., Maciá Soler, M. L.. (2018). Estado nutricional y factores asociados en mayores de 75 años no institucionalizados. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71(3), 1071-1076.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0207>

**(39)** Vidal-Thomàs, M. C., Yañez-Amoros, B., Torrens, I., Torres-Solera, E., Esteva, M. (2016;2017;). Conocimientos y actitudes de las enfermeras de atención primaria sobre el manejo del paciente con insomnio. *Enfermería Clínica*, 27(3), 186-192.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.11.006>

**(40)** Hernández Rodríguez, V. M., Álvarez Aguirre, A., Castruita Sánchez, M. del C., Vázquez Rayas, A. (2017). TANATOLOGÍA Y ENFERMERÍA...APLICACIÓN EN UN CASO DE ACOMPAÑAMIENTO. *JÓVENES EN LA CIENCIA*, 3(2), 29–31.

<https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/1414>

**(41)** Morales Ramón F, Ramírez López F, Cruz León A, Arriaga Zamora RM, Vicente Ruíz MA, Cruz García CD la, García Hernández N. Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes. *Revista Cuidarte*. 13 de noviembre de 2020 ;12(1).

<https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1081>

**(42)** Herrera Garibay, I. M., Medina Fernández, I. A., Carrillo Cervantes, A. L., Cortés Montelongo, D. B. (2021). Abordaje de enfermería sobre el miedo y ansiedad ante la muerte en personas adultas mayores. *Salud y Drogas*, 21(1).

<https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.544>

**(43)** Dandicourt Thomas, C. (2018). Modelos de enfermería relacionados con el cuidado preventivo orientado a la comunidad y la familia. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4).

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192018000400017&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400017&lng=es&tlng=es).

**(44)** Giraldo C. I., Franco G. M. . (2008). Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. *Avances en Enfermería*, 26(1), 43-58.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002008000100005&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000100005&lng=en&tlng=es).

**(45)** Betancurth Loaiza, D. P., Mejía Alarcón, A. M., Sanchez Palacio, N., Orozco Castillo, M. L., Giraldo Osorio, A. (2021). Enfermería en atención primaria: Plan de decisiones y acciones basado en la transculturalidad. *Avances En Enfermería*, 39(3), 255-263.

<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n3.86692>

**(46)** Cascella Carbo, G. F., Garcia-Orellan, R. (2020). Sobrecarga y desigualdades de género en el cuidado informal. *Investigación y Educación En Enfermería*, 38(1), 43-58.

<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n1e10>

**(47)** Jiménez Navascués, M.ªL., Alonso Ruiz, C., Fernández Araque, A.M.ª, Ruiz Gómez, Mª.C. (2013). La Enfermería Geriátrica en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Gerokomos*, 24(2), 63-68.

<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000200003>

**(48)** Alvarado García, A. M., Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.

<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>

**(49)** Rico-Rosillo, M. G.; Oliva-Rico, D.; Vega-Robledo, G. B. (2018) Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*; 56 (3), 287-294.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457757174017>

**(50)** Villar Posada, F., Celdrán Castro, M., Serrat Fernández, R. A., Cannella, V. (2018). Abordando la diversidad en el envejecimiento activo: Una propuesta de clasificación. *Aula abierta*. 47(1), 55-62.

<https://www.unioviado.es/reunido/index.php/AA/article/view/12636/11584>

**(51)** Gregori, J. Á., Cuevas, M. E. G., Muñoz, E. O., María, E., García, C., Azofeifa, M. V. Á., Calderón, X. S. (2020). Envejecimiento, fragilidad y dependencia. *Salux: revista de ciencias y humanidades*, 6(9), 27-35.

[https://www.researchgate.net/profile/Joaquin-Alvarez-Gregori/publication/342591220\\_ENVEJECIMIENTO\\_FRAGILIDAD\\_Y\\_DEPENDENCIA/links/5efc63ea92851c52d60caed6/ENVEJECIMIENTO-FRAGILIDAD-Y-DEPENDENCIA.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Joaquin-Alvarez-Gregori/publication/342591220_ENVEJECIMIENTO_FRAGILIDAD_Y_DEPENDENCIA/links/5efc63ea92851c52d60caed6/ENVEJECIMIENTO-FRAGILIDAD-Y-DEPENDENCIA.pdf)

**(52)** Moradell Fernández, A. (2020). Evolución de la composición corporal en personas mayores no institucionalizadas tras 8 años de seguimiento. Efectos de la edad y los estilos de vida. [Trabajo de Fin de Máster] Universidad de Zaragoza. 1-71.

<https://zaguan.unizar.es/record/110981/files/TAZ-TFM-2020-734.pdf>

**(53)** Parada-Peña, K., Rodríguez-Morera, M., Otoy-Chaves, F., Loaiza-Quirós, K., León-Quirós, S. (2020). Síndromes geriátricos: caídas, incontinencia y deterioro cognitivo. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 6(4), 201-210.

<https://www.uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/450>

**(54)** Gracia, M. F., Xifre, M. S., Giménez, L. M. C., Angulo, M. D. L. M. D., Peñarroya, R. F., Ferrer, A. S. (2021). Síndrome de inmovilidad en las personas mayores. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11), 335.

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sindrome-de-inmovilidad-en-las-personas-mayores/>

**(55)** Landinez Parra, N. S., Contreras Valencia, K., Castro Villamil, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (4), 562-580.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lng=es&tlng=es)

**(56)** Samaniego Masa, J. A., Guamán Gómez, J. G. (2021). Rol de la Enfermería en el Cuidado de pacientes geriátricos cardiopatas. [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad Estatal de Milagro. (Ecuador). 1-44.

<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5368/1/ROL%20DE%20LA%20ENFERMER%c3%8dA%20EN%20EL%20CUIDADO%20DE%20PACIENTES%20GERI%c3%81TRICOS%20CARDI%c3%93PATAS.pdf>

**(57)** Navarro Despaigne, D. A., Prado Martínez, C., Manzano Ovies, B. R. (2020). Osteosarcopenia: del envejecimiento de la unidad óseo-muscular a la enfermedad. *Revista Cubana de Reumatología*, 22(Supl. 1), 1-27.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962020000400006&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962020000400006&lng=es&tlng=es)

**(58)** Tonial Pauletto, T., Almeida Oliveira Reiners, A., Capriata de Souza Azevedo, R., Teixeira Cunha, C. R., Dieli Ribeiro Dalla Vechia, A., Nina Mamani, A. R., Segri, N. J.. (2021). Prácticas de enfermeros en la prevención de caídas de ancianos hospitalizados asociadas a conocimientos y actitudes. *Gerokomos*, 32 (1), 12-16.

<https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100004>

**(59)** Berrazueta-Fernández J. R. Envejecimiento y enfermedades cardiovasculares. (2018). *Real Academia Nacional de Medicina de España*; 135(03) 266–280.

<http://dx.doi.org/10.32440/ar.2018.135.03.rev09>

**(60)** Suarez Labrada, M. , Sariego Quintana, I. M. , Benítez Cedeño, Z. , Gregorich Suárez, A. M. , García Rodríguez, A. Variaciones de la Fisiología Respiratoria en el Envejecimiento. Primer Congreso Virtual de Ciencias Básicas Biomédicas de Granma, Manzanillo. 2020. 1-13.

<http://www.cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/view/292/166>

**(61)** García Chaves, D., Jiménez Campos, H. (2018). Cambios estructurales renales en el riñón con el envejecimiento: con énfasis en glomeruloesclerosis. *Medicina Legal de Costa Rica*, 35(1), 75-83.

[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152018000100075&lng=en&tlng=es.](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152018000100075&lng=en&tlng=es)

(62) Correa L. I.. (2019). Desarrollo y cambios con la edad en el tubo digestivo, hígado y páncreas. *Gastroenterol Latinoam* , 30(1), 9-12.

<http://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2019s1000.02.pdf>

(63) Ndam, A. N., Melchior, C., Ducrotté, P. (2018). Estreñimiento. *EMC-Tratado de Medicina*, 22(3), 1-8.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541018914133>

(64) Villavicencio, S. D., Morales, Y. L., Barbeito, N. B., León, A. L., Santos, M. A. C., Mata, A. D. J. N. (2020). Síndrome post-caída en adultos mayores operados de fractura de caderas. *Acta Médica del Centro*, 14(3), 330-339.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2020/mec203e.pdf>

(65) Molina Hernández, M. (2018). ¿Cuáles son las estrategias para el manejo del paciente agresivo?. [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad de las Islas Baleares. 1-44.

[https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/147889/Molina\\_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/147889/Molina_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

(66) Escuredo-Rodríguez, B. (2006). El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. *Index de Enfermería*, 15(52-53), 45-48.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000100010&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100010&lng=es&tlng=es)

(67) Díaz Ramos, J.A., Gaxiola Jurado, N., Fraga Ávila, C., Zúñiga Barba, A.C., Leal Mora, D. (2016) Educación para la salud: envejecimiento exitoso a través del aprendizaje. *Revista de Educación y Desarrollo*, 38, 25-32.

[https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/38/38\\_Diaz.pdf](https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/38/38_Diaz.pdf)

(68) Consejería de Servicios Sociales de Cantabria. (2007).ORDEN DE 24 DE SEPTIEMBRE DE 2004, POR LA QUE SE REGULA EL SISTEMA DE INGRESO Y TRASLADO EN PLAZAS DE CENTROS RESIDENCIALES DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES INTEGRADAS EN LA RED PÚBLICA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA. (Actualizado a fecha 2 de octubre de 2007).

<https://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/normativa/ORDEN%20de%2024%20septiembre%202004%20INGRESO%20TRASLADO%20centros%20mayores%20 actualizada%20a%202-10-07.pdf>

(69) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial de Estado*.

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

**(70)** Consejería de Servicios Sociales de Cantabria (2019). ORDEN EMP/48/2009, DE 24 DE ABRIL , POR LA QUE SE DESARROLLA EL CATÁLOGO DE SERVICIOS DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL Y LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA Y SE REGULA LA APORTACIÓN ECONÓMICA DE LAS PERSONAS USUARIAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA. (Actualizado a fecha 28 de agosto de 2019)

[https://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/normativa/Orden%20EMP%2048%202009%20\(actualizada%20a%2028-08-2019\).pdf](https://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/normativa/Orden%20EMP%2048%202009%20(actualizada%20a%2028-08-2019).pdf)

**(71)** Consejería de Servicios Sociales de Cantabria. (2019). ORDEN UMA/47/2019, DE 20 DE MAYO, POR LA QUE SE REGULA EL PROCEDIMIENTO PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA.

[https://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/normativa/Orden%20UMA%2047%202019%20PROCEDIMIENTO%20RECONOCIMIENTO%20DEPENDENCIA%20\(ACTUALIZADA\).pdf](https://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/normativa/Orden%20UMA%2047%202019%20PROCEDIMIENTO%20RECONOCIMIENTO%20DEPENDENCIA%20(ACTUALIZADA).pdf)

**(72)** Clerencia Sierra, M., Galindo Ortiz de Landázuri, J., López Forniés, A, Iturralde García de Diego, F.(2007).Aspectos Éticos. *Tratado de Geriatria para Residentes*, 11, (123-131)

[https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2011\\_I.pdf](https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2011_I.pdf)

**(73)** Oltra-Rodríguez, E., Rich-Ruiz, M., Orts-Cortés, M. I., Sánchez-López, D., González-Carrión, P. (2013). Competencias de investigación en las especialidades de Enfermería. *Enfermería clínica*, 23(5), 225-230.

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1130862113001198?token=E36944EAA1FA232F4AB47ABEADB4BE5F1D26D3B3C0629466CB597190F50B204D0E14C637DD6FE6858BA387F87984EF96&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220423161409>

**(74)** Hernández Martínez, R., Martínez Lozano, A., Navarro, A. C., Villamayor Fortea, M., Alegre Martín, R. M., Hernández García, L.. (2021). Percepciones de los profesionales de enfermería sobre los cuidados en el paciente geriátrico. *Gerokomos*, 32(3), 142-148.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2021000400002&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000400002&lng=es&tlng=es)

**(75)** Ferrer Arnedo, C. (2019). El valor de las especialidades enfermeras. una visión hacia el futuro. *Enfermería Clínica*, 29(6), 325-327.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.004>

## Anexos

### Anexo 1. Bases de la gerontología. (2)

<p><b>1. Conocimiento relevante de los aspectos históricos y antropológicos en el cuidado de la persona anciana y capacidad para su aplicación.</b></p>
<p><b>2. Conocimiento relevante de la gerontología, capacidad para desarrollarla y para realizar valoraciones gerontológicas utilizando las herramientas y marcos adecuados para la persona anciana.</b></p>
<p><b>3. Conocimiento relevante del envejecimiento poblacional y capacidad para analizar las causas y consecuencias del mismo.</b></p>
<p><b>4. Conocimiento relevante de los factores que influyen en el envejecimiento saludable y capacidad para su aplicación.</b></p>
<p><b>5. Capacidad para responder a las necesidades personales durante las etapas del envejecimiento y proceso de muerte, teniendo presente la historia de vida y desarrollar las bases de la tanatología.</b></p>
<p><b>6. Conocimiento exhaustivo de teorías, modelos de enfermería y práctica de enfermería avanzada mediante los diagnósticos, intervenciones y resultados esperados en el cuidado de la persona anciana y capacidad para su aplicación.</b></p>
<p><b>7. Capacidad para reconocer diversos roles, responsabilidades y funciones de una enfermera especialista en el marco de un equipo interdisciplinar, en distintos niveles asistenciales.</b></p>
<p><b>8. Capacidad para planificar, ejecutar y evaluar cuidados relacionados con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria considerando los aspectos emocionales, físicos, sociales y espirituales.</b></p>
<p><b>9. Capacidad para evaluar los programas individualizados más apropiados de atención, junto a la persona anciana, sus cuidadores, familia y otros profesionales</b></p>
<p><b>10. Capacidad para enseñar, educar, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de cuidados de salud y otro personal involucrado.</b></p>

Anexo 2. Actividades básicas de la vida diaria. (6)

<b>ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA</b>
Comer
Traslado silla-cama
Aseo personal
Uso del retrete
Bañarse/Ducharse
Desplazarse
Subir y bajar escaleras
Vestirse y desvestirse
Control de heces
Control de orina

Anexo 3. Gerontología experimental. (2)

**GERONTOLOGÍA EXPERIMENTAL**

**1. Conocimiento relevante de los avances en las teorías sobre envejecimiento.**

**GERONTOLOGÍA CLÍNICA**

**1.Capacidad para valorar, diagnosticar y dar respuesta a las alteraciones del ciclo salud-enfermedad en las personas ancianas**

**2.Conocimiento relevante de los procesos de fragilidad, enfermedad, incapacidad y dependencia en las personas ancianas y capacidad para aplicar cuidados de calidad en esas situaciones.**

**3.Capacidad para prevenir los factores de riesgo que contribuyan al deterioro funcional, educar en salud, proporcionar bienestar y confort en la situación de fragilidad, sufrimiento, enfermedad, discapacidad, dependencia o muerte.**

**4. Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias complementarias contemplando las especificidades de la persona anciana.**

Anexo 5. Criterios de fragilidad de Fried. (10)

<b>CRITERIOS DE FRAGILIDAD DE FRIED</b>
<u>Pérdida de peso no intencionado</u> (5kg o >5% del peso corporal en el último año)
<u>Debilidad muscular</u> (fuerza prensora <20% del límite normalidad)
<u>Baja resistencia</u> (Autorreferido por dos preguntas escala CES-D )
<u>Lentitud marcha</u> (<20% límite normalidad para recorrer 4,5m)
<u>Nivel bajo de actividad física</u> (consumo de calorías por debajo del quintil inferior)

Anexo 6. Grados de dependencia. (51)

GRADOS DE DEPENDENCIA	CARACTERISTICAS
Grado I	<p><u>Dependencia moderada:</u> Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.</p>
Grado II	<p><u>Dependencia severa:</u> Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.</p>
Grado III	<p><u>Gran dependencia:</u> Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.</p>

**GERONTOLOGÍA PSICOLÓGICA**

**1. Capacidad para identificar y tratar comportamientos complejos y desafiantes.**

**2. Capacidad para realizar una comunicación efectiva que permita que las personas ancianas y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses, para responder adecuadamente**

**3. Capacidad para dar apoyo emocional a las personas ancianas y sus cuidadores en cualquier situación e identificar cuando sea necesaria la intervención de otros profesionales.**

Anexo 8. Gerontología social. (2)

**GERONTOLOGÍA SOCIAL**

**1. Conocimiento relevante de las distintas estructuras sociales**

**2. Capacidad para reconocer a la persona anciana dentro de su cultura, género y clase social para individualizar los cuidados**

**3. Capacidad para reconocer al cuidador no profesional como agente proveedor de cuidados.**

**4. Capacidad para evitar, identificar precozmente y actuar sobre los malos tratos.**

Anexo 9. Educación para la salud en el ámbito gerontológico. (2)

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL ÁMBITO GERONTOLÓGICO**

**1.Capacidad para informar, educar y supervisar a las personas ancianas y sus familias, así como a los cuidadores profesionales y no profesionales.**

**2.Capacidad para utilizar los principios de aprendizaje en adultos en la educación de la persona anciana, la familia y cuidadores.**

Anexo 10. Marco legal y políticas sociosanitarias en enfermería gerontológica. (2)

**MARCO LEGAL Y POLÍTICAS SOCIOSANITARIAS EN ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA**

**1. Conocimiento relevante de las políticas autonómicas, nacionales, regionales e internacionales y capacidad para intervenir en su desarrollo.**

**2. Capacidad para abogar e influir dentro del sistema sanitario, social y político por las necesidades de las personas ancianas, especialmente de los más frágiles y de edad avanzada.**

**BIOÉTICA EN ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA**

**1. Conocimiento relevante de los principios filosóficos, ética y legislación en relación con las personas ancianas y capacidad para su aplicación.**

**2. Capacidad para trabajar de una manera holística para asegurar que los derechos, creencias y deseos de las personas ancianas no se vean comprometidos.**

**3. Capacidad para asegurar la dignidad, privacidad y confidencialidad de la persona anciana.**

**4. Capacidad para cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar críticamente un abanico de información y fuentes de datos que faciliten la elección de la persona anciana.**

**5. Capacidad para hacer frente a las preocupaciones individuales o familiares sobre la prestación de asistencia, la gestión del dolor y los temas relativos a la terminalidad.**

Anexo 12. Principios bioéticos. (72)

<b><u>PRINCIPIOS BIOÉTICOS</u></b>	<b><u>DEFINICIÓN</u></b>
<b>Autonomía</b>	Los pacientes tienen derecho a decidir lo que ellos sienten por «sus intereses» y a participar en las decisiones que les atañen.
<b>Beneficiencia</b>	Defiende que los pacientes deben ser tratados con el objetivo de lograr su mejor interés.
<b>No Maleficencia</b>	Exige que las determinaciones diagnóstico-terapéuticas que se tomen con los pacientes respeten escrupulosamente el balance riesgo-beneficio y estén avaladas por la evidencia científica.
<b>Justicia</b>	Gestión de los recursos en función de la eficiencia y la equidad.

Anexo 13. Investigación en enfermería gerontológica. (2)

**INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA**

**1.Capacidad para generar y difundir el conocimiento científico y proveer cuidados de calidad a las personas ancianas basados en la mejor evidencia disponible.**

Anexo 14. Gestión de cuidados y servicios gerontológicos. (2)

**GESTIÓN DE CUIDADOS Y SERVICIOS GERONTOLÓGICOS**

**1. Capacidad para liderar, coordinar y dirigir los procesos de gestión clínica.**

**2. Capacidad para gestionar los sistemas de información relativos a la práctica profesional.**

**3. Capacidad para gestionar, liderar y coordinar la mejora continua de la calidad de los cuidados, resolver problemas y tomar decisiones que aseguren alcanzar los estándares de calidad en los servicios y evaluar y auditar según los estándares establecidos.**

**4. Capacidad para gestionar, liderar y coordinar la continuidad de cuidados con otros agentes proveedores de servicios y usar eficientemente los recursos sociosanitarios.**

**5. Conocimiento de las tecnologías dirigidas a los cuidados de salud específicos y capacidad para informar, registrar, documentar y derivar los cuidados para mejorar la seguridad y monitorizar el estado de salud y los resultados en personas ancianas**

**6. Capacidad para dirigir y coordinar el equipo interdisciplinar, organizando y delegando actividades y cuidados adecuadamente**

**7. Capacidad para valorar el riesgo y promocionar activamente el bienestar y seguridad de usuarios y profesionales**