
La enfermería en la asistencia sanitaria al anciano

Nursing in health care of the elderly

M.I. Egurza¹, P. Notivol²

INTRODUCCIÓN

El estudio de la contribución de enfermería al cuidado del anciano se inicia desde los postulados teóricos de la disciplina, más concretamente desde los tres paradigmas enfermeros, a saber: p. de la categorización, p. de la integración y p. de la transformación (Fig. 1). Para justificar este interés por la teoría de enfermería hacemos nuestras las razones expresadas por Adam¹, a saber, el derecho legítimo de las enfermeras a ser reconocidas como miembros de pleno derecho de la comunidad científica, la responsabilidad de las enfermeras para contribuir al conocimiento en el campo de la salud y quizás más importante, pero a menudo menos reconocida, la gran necesidad de las enfermeras de adquirir el conocimiento esencial para la práctica.

A partir de 1984, la salud, la persona, el cuidado y el entorno son considerados conceptos centrales de la disciplina o, lo que es lo mismo, del metaparadigma enfermero,^{2,3} dado que la manera particular con que los enfermeros abordan la relación entre esos cuatro conceptos permite delimitar su campo respecto del de otras disciplinas⁴.

El análisis de los mismos desde los diferentes paradigmas enfermeros nos va a permitir contemplar la evolución de la disciplina e identificar el paradigma que orienta nuestra práctica actual en el cuidado al anciano así como sus consecuencias.

CONCEPTOS

La prestación de cuidados al individuo en cualquiera de las etapas del ciclo vital es lo que caracteriza a la disciplina enfermera, siendo la enfermería geronto-geriátrica la que aborda el cuidado del anciano.

La ancianidad es una etapa en la vida de la persona, pero resulta difícil precisar su inicio dada la diversidad de criterios que pueden ser tenidos en cuenta. Criterios laborales o de producción más o menos coincidentes con un declive de las capacidades físicas y mentales del individuo, han sido tradicionalmente utilizados en el sistema sanitario para marcar el inicio de la ancianidad (65 años = jubilación laboral = anciano) y en consecuencia modificar la oferta de asistencia y prestaciones sanitarias.

ANALES Sis San Navarra 1999, 22 (Supl. 1): 9-17.

1. Enfermera. Centro de Salud "Casco Viejo".
2. T.E.U. Universidad Pública de Navarra. Área Enfermería.

Correspondencia:
M^a Irene Egurza García
Centro de Salud "Casco Viejo"
C/Compañía, 8
31001 Pamplona
Tfno. 948 206410

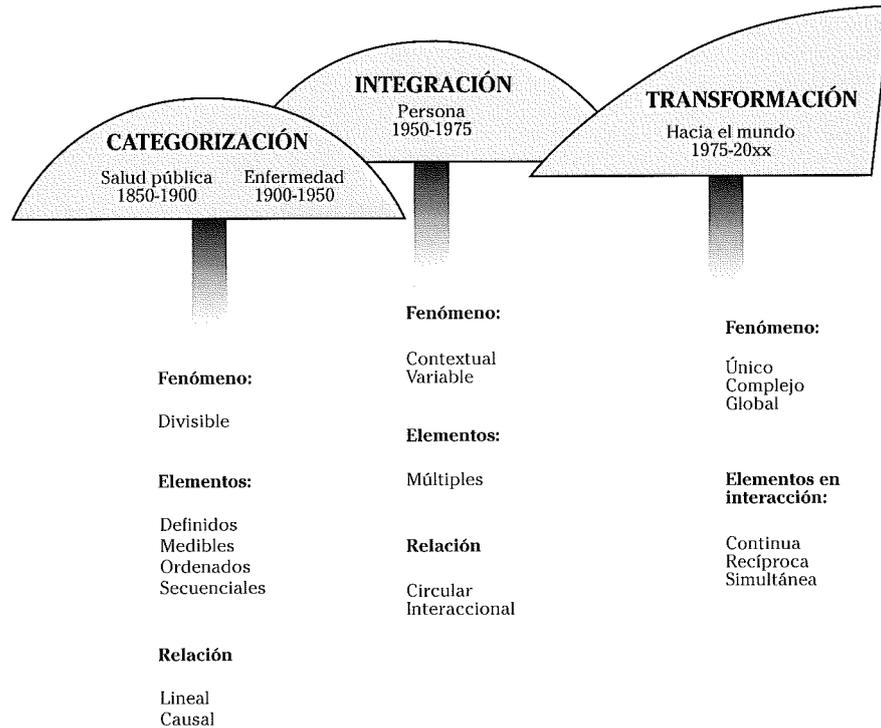


Figura 1. Las corrientes del pensamiento en las orientaciones de la disciplina enfermera. (Fuente: Kéronac y cols.)

Los 65 años pueden continuar siendo un criterio laboral, pero no válido cuando se trata de orientar los programas de asistencia sanitaria dirigidos al anciano. Según los resultados del estudio, de ámbito nacional, realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas³ acerca de 2.500 personas mayores de 65 años, el 75 % son independientes, no precisan ayuda de los demás y habitualmente son ellos quienes ayudan a sus familiares más cercanos (hijos, nietas...). Razones de salud, bienestar, longevidad, expectativas de vida y posiblemente razones económicas (elevado número de mayores de 65 años, insuficiencia o limitación de recursos) hacen que los actuales programas al anciano se dirijan a personas con edades que superan los 70 - 75 años.

EL CUIDADO AL ANCIANO

Históricamente, el cuidado del anciano ha sido asumido por la familia y continúa

siéndolo en la actualidad. Según los resultados del estudio de ámbito nacional⁶, la situación española es coincidente con lo expresado por Leseman y Martin⁷, a saber, "el 70 al 80 % del soporte al anciano, según el país, es proporcionado por la familia en el ámbito del domicilio".

Refiriéndonos en términos de Leininger⁸, la diferencia consiste en que antes el cuidado era casi exclusivamente genérico, entendiéndose como tal los conocimientos y habilidades culturales aprendidas y transmitidas de forma tradicional e informal de generación en generación mientras que en la actualidad se combina el cuidado genérico y el profesional, definido por Leininger⁸ como un aprendizaje formal y cognitivo que se refiere a los conocimientos y habilidades aprendidas en centros educativos.

Factores sociales como la incorporación de la mujer al mercado de trabajo⁹, el envejecimiento de la población¹⁰, la transición de

la familia troncal a la familia nuclear¹¹, entre otros, han hecho necesario el desarrollo del cuidado profesional al anciano. Según Garant y Bolduc¹² compartir responsabilidades y tareas entre la red formal y la red informal en la asistencia al anciano incapacitado es una necesidad en las sociedades modernas, y lo es por una razón de eficacia para los dos sistemas.

¿A QUIÉN SE DIRIGEN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA?

Según Carnevali¹³, en el año 1970 se inicia una atención especializada de enfermería al anciano. Los cuidados de enfermería se dirigen tanto al anciano sano como al enfermo. Ello responde al hecho de que el paradigma de la categorización para el que la salud es sinónimo de ausencia de enfermedad es abandonado y el quehacer de la enfermera se orienta hacia una concepción de salud y enfermedad como dos entidades distintas que coexisten y se encuentran en interacción dinámica (paradigma de la integración) o, hacia la inspirada desde el paradigma de la transformación que concibe la salud como una experiencia que considera al ser humano y su entorno como unidad global¹⁴.

Según lo dicho, la enfermera debe participar en programas de promoción, prevención mantenimiento o restablecimiento de la salud del anciano sano o enfermo. Sin

embargo, si somos autocríticos, descubrimos que la mayor parte de los programas en los que participan están dirigidos a ancianos que presentan alguna patología, siendo curiosamente el Programa de Atención Domiciliaria el que acoge a un importante número de ancianos que denominaríamos sanos pero que, en razón del propio proceso de envejecer, o por barreras arquitectónicas, son incluidos en el programa.

En este sentido, a excepción del programa de vacunación antigripal, las intervenciones específicas referidas al ocio y tiempo libre del anciano, y por supuesto sin olvidar la contribución de las enfermeras que trabajan en residencias de ancianos por la mejora o el mantenimiento del nivel de salud de los "ancianos sanos", existe un vacío en la atención a esta etapa del ciclo vital al que todos, incluida la administración, deberemos dar respuesta.

SISTEMAS IMPLICADOS

La enfermera desarrolla su trabajo desde el equipo sanitario integrado en la red formal. La mayor parte de los autores consideran dos sistemas en la atención al anciano: la red formal y la red informal. Cantor¹⁵ es de los pocos autores que identifica cuatro actores (Fig. 2): el anciano, a quien sitúa en el centro del sistema y considera corresponsable en su cuidado, la

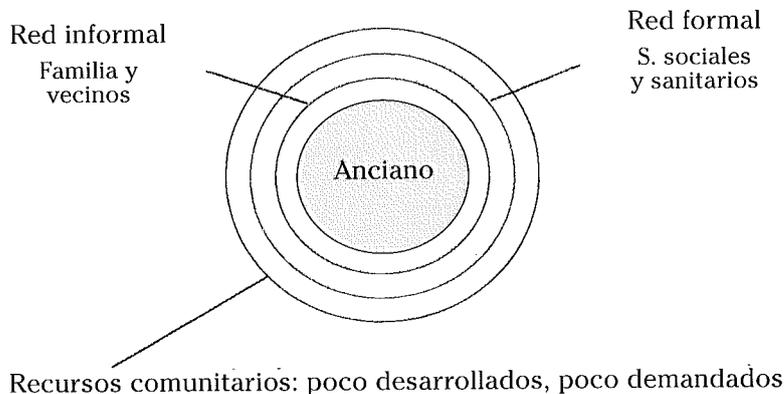


Figura 2. Modelo Sistémico de Cantor. Actores implicados en el cuidado al anciano¹⁵.

red informal (familia y vecinos), caracterizada por su tamaño reducido, su afecto y su compromiso para el bienestar de cada uno de sus miembros¹⁶, la red formal, integrada por los profesionales de servicios sanitarios y sociales que actúan en apoyo del anciano y de sus cuidadores, los recursos comunitarios, poco desarrollados y poco demandados en la actualidad en nuestro país pero que pueden cobrar importancia en el futuro. Por la experiencia de otros países, el benevolado, las asociaciones de familiares de enfermos, etc., además de fortalecer el sistema de atención al anciano constituye un motivo de reintegración en la vida social y ocupación para muchas personas mayores, plenamente capacitadas, con deseos de compartir sus conocimientos, habilidades o experiencia profesional, y que han sido apartadas del sistema productivo. Sería conveniente un estudio para conocer las motivaciones que inciden en la implantación de este tipo de recursos.

Cantor¹⁵ pone el acento en la naturaleza interactiva y cambiante del sistema. Desde esta perspectiva, para una buena asistencia, además de la necesidad evidente de colaboración (interacción) entre los cuatro actores, el profesional de enfermería no debe perder de vista que no solo el receptor del cuidado es anciano sino que, cada vez con mayor frecuencia, el cuidador principal también lo es precisando cuidados en sus dos vertientes como cuidador y como anciano.

Probablemente este modelo no es reconocible en todos los casos; son constatables los fallos de relación incluso dentro de la propia red formal (servicios sociales-servicios, sanitarios), pero por la propia evolución de la sociedad y a través de la educación se puede considerar como un modelo de futuro.

EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS

La consideración de la persona, en nuestro caso el anciano, y el cuidado según los diferentes paradigmas enfermeros (Fig.1) nos permite ver la evolución sufrida en su concepción así como la influencia sobre las formas de actuación

de la enfermera y la relación enfermera-anciano.

El paradigma de la categorización ha inspirado una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica. Según esta orientación, la persona es considerada un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente. El cuidado está enfocado hacia los problemas, los déficits o la incapacidad de la persona según un modelo biomédico¹⁴, siendo su consecuencia la fragmentación de los cuidados en numerosas tareas. Una enfermera participa en la higiene del anciano, otra distribuye medicamentos, otra hace curas¹⁷. La enfermera es el experto y sus intervenciones son sinónimo de "hacer para" la persona, a quien la percibe "bajo" sus cuidados y los de otros profesionales. La relación de desigualdad enfermera - anciano es evidente.

Entre los años 1950 - 1975 en América del Norte, el paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. La idea de interrelación entre los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales dan origen a la concepción de persona como un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. La enfermera utiliza los principios de relación de ayuda¹⁸. Intervenir significa "actuar con" la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Se inicia una diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica dando lugar al desarrollo de diferentes concepciones de la disciplina enfermera y a la elaboración de modelos conceptuales. La enfermera modifica su lenguaje y su actitud, el paciente es denominado cliente esperándose de él una colaboración en el tratamiento. El proceso sistemático (recogida de datos, análisis e interpretación de los mismos, planificación, intervención, y evaluación) basado en un modelo conceptual enfermero es incorporado a la actividad de la enfermera a fin de definir la contribución específica desde la disciplina enfermera¹⁴.

El tercer paradigma denominado de la transformación o de la apertura hacia el mundo puede constituir una orientación

futura en la asistencia al anciano dado que supone un cambio de mentalidad tanto en los profesionales como en los ancianos e incluso en el resto de miembros de la sociedad. La persona es considerada como ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad indisociable de su universo¹⁹. Un principio esencial de este enfoque es la participación de los ancianos y el resto de miembros de la comunidad en las actividades de planificación, realización y evaluación del proyecto sanitario dirigido al anciano. El profesional trabaja desde una relación de igualdad con personas cuyos valores y prioridades a veces son diferentes a los suyos. Según Pelland²⁰ esto exige espíritu abierto, tolerancia, capacidad de negociar, apertura al compromiso y apreciación de la diversidad. Los aspectos humanísticos y filosóficos del cuidado, o como dice Collière²¹ la parte invisible del cuidado, cobran importancia. Los cuidados enfermeros se dirigen al bienestar tal como la persona lo define y están basados en el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias y de sus convicciones⁸. Intervenir significa "estar con" el anciano. La enfermera y el anciano son compañeros en un cuidado individualizado

ENTORNO

El concepto de entorno también ha ido evolucionando en el curso de los años. La consideración que de él se hace en el paradigma de la categorización responde al de un elemento separado de la persona, diferenciándose entorno físico, social y cultural. La idea de interrelación presente en el paradigma de la integración se constata también en el concepto de entorno al que se define como los diversos contextos (histórico, social, político,...) en el que la persona vive, existiendo una interacción de tipo circular entre el entorno y la persona. Entornos positivos favorecen el desarrollo de individuos sanos, quienes a su vez tenderán a crear entornos positivos. El paradigma de la transformación concibe el entorno como el conjunto del universo del que la persona forma parte estando, persona y entorno, en constante cambio mutuo y simultáneo¹⁴.

REFLEXIONES SOBRE LA PRÁCTICA ACTUAL

Examinados los cuatro elementos del metaparadigma enfermero parece oportuno reflexionar sobre nuestra práctica a la luz de la teoría.

El ámbito en el que se desarrolla el cuidado del anciano es diverso. Residencias de ancianos, centros de jubilados, centros de salud, hospitales, viviendas comunitarias y, sin duda, el domicilio constituyen los puntos de encuentro entre la enfermera y el anciano. Cada ámbito presenta sus particularidades pero teniendo en cuenta que sólo un 2,8% de mayores de 65 años viven en residencias⁵ y que el medio hospitalario recibe ancianos tanto desde residencias como desde el domicilio, nos centraremos en el nivel primario de asistencia.

La enfermera de atención primaria desarrolla su trabajo en dos ámbitos principales: el centro de salud y el domicilio. En el centro de salud, realiza actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad así como de mantenimiento o rehabilitación, a través de los programas de crónicos y por tanto dirigido a ancianos con alguna patología e incluso polipatológicos, siendo excepcional la existencia de programas también orientados al anciano sano (ej. programa de vacunación antigripal). Aunque parezca contradictorio, en ocasiones, la enfermera aborda el cuidado del anciano sano desde el Programa de Atención Domiciliaria. Esto se explica porque un criterio de inclusión es la incapacidad de la persona para desplazarse al centro de salud y, en este sentido, las barreras arquitectónicas juegan un papel determinante incluso más importante que la propia salud.

ETAPAS DEL PROCESO SISTEMÁTICO

El examen de las etapas del proceso sistemático nos permitirá profundizar en el conocimiento del rol de la enfermera en el cuidado al anciano. Este cuidado exige trabajar con profesionales de otras disciplinas y, como afirma Ducharme²², parece primordial que la enfermera pueda definir con claridad y precisión su contribución específica en el equipo de cuidados. Para

ello propone la adopción de un modelo conceptual que incidirá en la mejora de la calidad de los cuidados.

Recogida de datos. La recogida de datos a fin de establecer el plan de cuidados responde, en general, a la concepción que cada una de las enfermeras tiene de lo que supone el cuidado al anciano. Ese "modelo" particular se encuentra, sin duda, influenciado por postulados, valores y elementos de los modelos conceptuales que, en su día, estudiamos. ¿Quién no tiene en mente algunas de las 14 necesidades referidas en el modelo de Virginia Henderson²³, o trabaja desde la perspectiva del autocuidado propugnado por Dorothea Orem²⁴. Sin embargo, no está generalizada la adopción personal o institucional de un modelo conceptual enfermero que clarifique la naturaleza de los cuidados que realizamos, nos dote de un vocabulario común, y nos oriente en una recogida de datos pertinentes para la elaboración del plan de cuidados enfermeros²².

Mucho más extendida se encuentra la utilización por parte de la enfermera de instrumentos de valoración no siempre estandarizados, ni validados para nuestro medio, pero que, sin duda, además de la valoración del anciano nos proporciona un marco para unificar criterios de actuación y para organizar las intervenciones de los diferentes profesionales. Como hay capítulos dedicados a la valoración integral del anciano en el que se tratan los instrumentos, sólo queremos insistir en algunas conclusiones obtenidas a través de la observación de la práctica diaria. La importancia de utilizar instrumentos estandarizados que permitan la comparación, que sean concisos para evitar errores de apreciación, fáciles de puntuar y codificar, que no precisen mucho tiempo en su aplicación²⁵, reservando los instrumentos que por sus cualidades requieran más tiempo, para situaciones específicas.

Cuando hablamos de instrumentos de valoración pensamos en escalas objetivas pero, al menos para enfermería, resultan muy útiles las escalas de percepción o subjetivas (por ejemplo la escala de moral del centro geriátrico de Filadelfia²⁶), que nos permiten diferenciar lo que es nuestra per-

cepción de la del anciano. Estos valoran la importancia de poder expresar sus sentimientos y de que este aspecto sea incluido en el plan de cuidados. Al mismo tiempo las enfermeras sienten que este instrumento facilita la comunicación con el anciano accediéndose a una información que, en la mayoría de los casos, si no es por este medio no suele ser expresada²⁵.

Análisis de datos. Nos lleva a contemplar otro nuevo aspecto, los diagnósticos de enfermería, definidos como "juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales". Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base que permite a la enfermera seleccionar las intervenciones oportunas para el logro de los objetivos de los que ella se corresponsabiliza²⁷.

Al igual que los modelos conceptuales, su utilización no está generalizada, si bien, dentro de la profesión existe un debate y se han realizado experiencias sobre la conveniencia de incorporar a la práctica los modelos conceptuales^{28,29}, los diagnósticos de enfermería^{30,31} o ambos^{32,33}.

Planificación de cuidados. En esta etapa, el modelo sistémico de Cantor¹⁵ es de obligada referencia para recordar la necesaria implicación de los cuatro sistemas en la asistencia al anciano y en consecuencia la participación en la planificación de los cuidados. Ciñéndonos a nuestra disciplina, la enfermera de atención primaria conoce bien la necesidad de contar con el anciano y/o con los miembros de la red informal, más concretamente con el cuidador principal a la hora de planificar los cuidados. Los planes de cuidados son individualizados, pero siempre a partir de un soporte (programas marco, instrumentos de valoración,...) que, aunque raramente sea específico de nuestra disciplina (modelo conceptual, diagnósticos de enfermería...), posibilita unificar criterios y garantiza una calidad de cuidados.

Las dimensiones referidas al anciano así como las referidas al entorno son tenidas en cuenta. Debemos tener presente que, en atención domiciliaria, el profesional acude al medio natural del cliente y esto influye tanto en el cuidado como en el

tipo de relación. Con el paso de los años se ha producido una evolución en la consideración del anciano y la red informal por parte de la enfermera y del resto de profesionales. En un principio, la red informal era contemplada como parte del problema, posteriormente como recurso, y como necesitada de recursos, para finalmente percibirla como colaboradora³⁴.

Esta situación se hace patente en la atención domiciliaria, en la que la enfermera planifica teniendo en cuenta que la familia es el cuidador principal y esencial, y que su labor profesional es de soporte a la familia. Desde un status de igualdad, familia y enfermera trabajan por un objetivo común: el bienestar del anciano y su entorno. Esta percepción del cuidado está estrechamente ligada al concepto de *empowerment*, que entiende el poder, que sin duda tiene el profesional, como un capacitar al otro, un poder basado en el respeto y que requiere activa e igual participación.

Intervenciones. La asistencia al anciano requiere participación cuando menos multidisciplinar, es decir, la presencia de diferentes profesionales que yuxtaponen sus conocimientos aunque frecuentemente cada uno habla sin escuchar a los demás y donde los límites o las competencias están muy definidos³⁵. Sin embargo, sería deseable la participación interdisciplinar en la que, además de reunir y sumar disciplinas próximas o complementarias, existe comunicación real y el profesional trasciende de su especialización para, a partir de ella, acceder a una visión global³⁶.

La enfermera no debe sustraerse a lo que exige el cuidado al anciano. En la mayoría de los casos su participación es multidisciplinar y se realizan esfuerzos para tender a una participación interdisciplinar. Muchas e históricas son las diferencias a salvar desde todas las disciplinas. Como enfermeras, la legítima búsqueda y definición de nuestro rol autónomo no debe llevarnos a obviar la existencia de funciones interdependientes con profesionales de otras disciplinas. Sin embargo tampoco debemos apoyar nuestras intervenciones sólo en aspectos interdependientes aunque nos resulte más conocido

y, mucho menos, podemos pensar en trascender de nuestra disciplina si previamente no la hemos definido.

Las intervenciones de la enfermera se dirigen hacia la asistencia, soporte o facilitación de acciones del anciano y su familia con el objetivo de mejorar o mantener la forma de vivir o de afrontar la muerte⁸. Las intervenciones no están desprovistas de manejo de tecnología, pero en Atención Primaria es donde se pone de manifiesto la parte invisible del cuidado señalado por Colliere²¹. Muchas veces resulta difícil precisar en qué ha consistido nuestro cuidado pues no ha mediado ninguna prueba diagnóstica o aplicación de tratamiento tangible. Sin embargo, la escucha activa, preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recordar la esperanza o acompañarle en su camino estando presente, también es cuidado aunque este sea invisible¹⁴.

Los beneficios de nuestras intervenciones son también, a veces, intangibles pero expresiones del anciano y/o familia como "entonces hasta dentro de dos meses, mientras tanto tú tranquila y cuida a otros porque si surge algo ya te llamaré" denotan seguridad y mejora de autoestima en el anciano, quien se convierte de alguna manera en guardián de sí mismo y del profesional.

Otro aspecto a señalar es la dificultad de hacer efectivas medidas que por ejemplo en el ámbito hospitalario no plantean problema alguno. Además de la habitual resistencia por parte de todas las personas para modificar hábitos, factores económicos, de relación, de infraestructura...etc., deben ser tenidos en cuenta pues posibilitan o no las intervenciones. El cambio de ropa de cama, la higiene del anciano, la modificación de la dieta, asegurar regularidad en el horario de comidas..., son intervenciones corrientes en el medio hospitalario. Sin embargo, en Atención Primaria sugerir un cambio de ropa de cama o personal significa asegurarse quien va a lavar, planchar, o la frecuencia con la que recibe y envía la ropa al servicio de ayuda a domicilio. La ausencia de ducha o bañera en el domicilio condiciona la frecuencia con que pueda bañarse. Recomendar la inclusión

de kiwis en la dieta para combatir el estreñimiento da origen a respuestas como "¿sabes lo que valen los kiwis?" (la receta es gratuita), "No puedo hacer diferencias dentro de la familia y enrarecer la relación". Estos ejemplos no tienen la intención de dar una imagen derrotista de las intervenciones de enfermería, todo lo contrario, con ellos se quiere mostrar la diferente dinámica en la que están inmersas las intervenciones de la enfermera de Atención Primaria cuando aborda el cuidado del anciano. Estamos convencidas de que precisamente en el nivel primario es donde se pone de manifiesto la Enfermería como ciencia y como arte^{36,14}.

Evaluación. En esta etapa del proceso sistemático no vamos a exponer los diferentes tipos de evaluación que se realizan, sino que preferimos extraer, de lo expuesto hasta el momento, algunas conclusiones acerca de la asistencia de enfermería al anciano.

La observación de la realidad y el análisis de los escritos, teóricos y empíricos, publicados sobre los cuidados al anciano permiten constatar que el paradigma de la integración orienta el cuidado actual de los ancianos en España, si bien, en función del medio en que se desarrollan esos cuidados así como de las características propias de ancianos y profesionales, se pueden identificar actuaciones que responden al paradigma de la categorización pero también algunas más innovadoras propias del p. de la transformación. Indudablemente estamos dentro del proceso de cambio y podría parecer difícil de aceptar dado que, según nuestra opinión, los cambios producidos en la práctica de las enfermeras españolas no responden a un conocimiento profundo del discurso teórico, sino más bien son fruto de la evolución natural de la profesión.

Sin entrar a polemizar sobre la preponderancia de la teoría o de la práctica y, en la convicción de que teoría y práctica deben ir unidas, hacemos una apuesta no sólo por la incorporación de la teoría a nuestra práctica sino por generar conocimiento a partir de la práctica.

Según Fawcett³⁷ tener una concepción de la disciplina guía y transforma la practi-

ca enfermera. Recíprocamente, la práctica enfermera guía y transforma la concepción, proponiendo matices y refinando el contenido.

BIBLIOGRAFÍA

1. ADAM E. Nursing theory: what it is and what it is not. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières (Nursing Papers)* 1987; 19 : 5-14.
2. FAWCETT J. The metaparadigm of nursing. Current status and future refinements. *Image* 1984; 16: 84-87.
3. FLASKERUD JH, HALLORAN EJ. Areas of agreement in nursing theory development. *Adv Nursing Science* 1980; 3: 1-7.
4. FAWCETT J. On the requirements for a metaparadigm: an invitation to dialogue. *Nursing Science Quarterly* 1996; 9: 94-106.
5. Centro de investigaciones sociológicas (C.I.S.). Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar. Ministerio de Asuntos Sociales: Madrid, 1995a.
6. Centro de investigaciones sociológicas (C.I.S.). Cuidados en la vejez. el apoyo informal. Ministerio de Asuntos Sociales: Madrid, 1995b.
7. LESEMANN F, MARTIN C. Les personnes âgées. Dépendance, soins et solidarités familiales. comparaisons internationales. La documentation française: Paris, 1993.
8. LEININGER M. Transcultural nursing. Concepts, theories, research & practices. Mc Graw-Hill, Inc: New York, 1995.
9. MOLINERO S. Fragilidad en la esfera social. *Revista española de geriatría y gerontología* 1997; 32 : 21-25.
10. Instituto Nacional de Estadística. Datos de población. Padrón 1996 y España en cifras 1998.
11. PEREDA C, DE PRADA M, ACTIS W. Investigación cualitativa. En: cuidados en la vejez. El apoyo informal. Ministerio de Asuntos Sociales: Madrid, 1995.
12. GARANT L, BOLDOC M. L'aide par les proches. Mythes et réalités. Ministère de la santé et de services sociaux. Direction de l'évaluation. Collection études et analyses, 8. Québec: 1990.
13. CARNEVALI DL. Tratado de enfermería geriátrica. Interamericana McGraw-Hill. México:1988
14. KÉROUAC S, PEPIN J, DUCHARME F, DUQUETTE A, MAJOR F. La pensée infirmière. Éditions études vivantes: Laval (Québec), 1994.

15. CANTOR MH. Family and community: changing roles in an aging society. *Gerontologist* 1991; 31: 337-346.
16. SOLDÓ BJ, AGREE EM, WOLF DA. The balance between formal and informal care. *Aging Health Care* 1989; 9: 193-216.
17. KÉROUAC S, DUQUETTE A, SANDHU BK. Les systèmes de prestation des soins. *L'infirmière canadienne* 1990; 86 : 39-42.
18. MELEIS AI: Theoretical nursing: development and progress, 2ª ed. Lippincott: Philadelphia 1991.
19. MARTIN C. Les soins de santé primaires...une notion à déchiffrer. *Nursing Québec* 1984; 4 : 8-13.
20. PELLAND J. Soins de santé primaires: une connaissance accrue de l'univers. *Nursing Québec* 1992; 12: 15-18.
21. COLLIERE MF. Invisible care and invisible women as health care-providers. *Int J Nursing Studies* 1986; 23: 95-112.
22. DUCHARME F. La importancia de la utilización de un modelo conceptual para la práctica de la enfermería en gerontología. *Gerokomos* 1998; 9: 94-106.
23. HENDERSON V. The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research and education. Macmillan: New York 1966.
24. OREM DE. Nursing: concepts of practice (4ª ed). The mosby company: St Louis 1991.
25. EGURZA I, NOTIVOL MP, LASAGA MR, ROBLES C, OSACAR MT. Escalas de valoración: resultados y reflexiones entorno a la aplicación en atención domiciliaria y consulta de enfermería. *Jornadas de atención primaria: Tudela* 1996.
26. LAWTON MP. The philadelphia geriatric center moral scale: a revision. *J Gerontology* 1975; 30: 85-89.
27. Grupo de trabajo de la Nanda. Diagnósticos de enfermería de la Nanda. Definiciones y clasificación 1992-1993. Mosby/Doyma: Madrid 1994.
28. FERNANDEZ A, FERNANDEZ MP. Intervención de la enfermera de asistencia domiciliaria en el sistema familiar. *Enfermería clínica* 1995; 5: 216-220.
29. SUBIRANA M, JOVER C, PASCUAL S, SOLA N. Fuentes de dificultad y manifestaciones de dependencia del paciente con epoc reagudizada. *Enfermería clínica* 1998; 8: 229-235.
30. GONZALEZ P, RIVAS A, TORAL I, HERNANDEZ M, SANCHEZ P, QUERO A, RAMIREZ MD. Validación de las categorías diagnósticas de la nanda en cuatro áreas asistenciales. *Enfermería clínica* 1997; 7: 1-8.
31. MARTINEZ M, CUSTEY A, DE FRANCISCO MA, FERRER C, FLORES E, ARCALA MJ, VAQUE RM. Validación de una clasificación de diagnósticos de enfermería en atención primaria. *Enfermería clínica* 1996; 6: 1-10.
32. LASAGA A, BONFILL E, MATEU ML. Seguimiento de un anciano afectado de hemorragia cerebral según modelo de Virginia Henderson. *Enfermería clínica* 1995; 5: 171-174.
33. RODRIGUEZ C, BILBAO C, DE DOMINGO MJ, TORONJO MA, RODRIGUEZ G. Enfermedad de Alzheimer: intervención en tres situaciones. *Gerokomos* 1998; 9: 134-144.
34. MORONEY RM. Shared responsibility: families and social policy. Hawthorne, NY: Aldine 1986.
35. GUSDORF G. Réflexions sur l'interdisciplinarité. *Bull Psychol* 1990; 43:869-885.
36. Rogers ME. An introduction to the theoretical basis of nursing. JA Davis: Philadelphia 1970.
37. FAWCETT J. Conceptual models and nursing practice: the reciprocal relationship. *J Adv Nursing* 1992; 17 : 224-228.