

## Riesgo de síndrome de estrés del traslado en el anciano institucionalizado

**Daniel Savoini Hernández**

Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda. Complutense s/n. 28040 Madrid.

[daniel.savoini@gmail.com](mailto:daniel.savoini@gmail.com)

**Tutor**

**Andrés Pérez Melero**

Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda. Complutense s/n. Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.

[apmelero@enf.ucm.es](mailto:apmelero@enf.ucm.es)

**Resumen:** Introducción: El incremento de ancianidad, la elevada prevalencia de enfermedades, discapacidad y dependencia en la población mayor, y la limitación del soporte familiar, hacen necesaria en ocasiones la elección de la residencia como recurso social destinado a ofrecer servicios continuados de carácter personal y sanitario. No obstante, el ingreso en una residencia puede generar un estrés al anciano que condicione su adaptación y calidad de vida. Objetivos: Analizar el diagnóstico “Riesgo de síndrome de estrés del traslado” aplicado al anciano institucionalizado para conocer los elementos que participan en el proceso de institucionalización y proponer una intervención que disminuya dicho riesgo. Metodología: Mediante revisión bibliográfica se analiza la etiqueta diagnóstica, su definición y aplicación dentro del contexto descrito, así como la relación del diagnóstico con los factores de riesgo y los posibles efectos sobre la salud del anciano. A su vez, determinamos la relación del estrés con el resto de diagnósticos enfermeros, y realizamos una propuesta de intervención mediante la interrelación del diagnóstico con NIC y NOC. Conclusiones: Es necesario comprender la importancia de los aspectos psicosociales en el proceso enfermero para proporcionar una atención integral de calidad. El carácter preventivo del riesgo debe ser abordado por enfermería promoviendo un entorno adecuado y una comunicación eficaz con el anciano y su red de apoyo, que posibilite un cuidado que respete los derechos fundamentales del anciano y en el que las necesidades y deseos del residente sean el elemento central de cualquier intervención.

**Palabras clave:** Estrés en ancianos - Cuidados. Ancianos – Cuidados en instituciones.

**Abstract:** Introduction: The increase in old age, the high prevalence of disease, disability and dependence in the elderly population, and the limited family support, sometimes necessitate the choice of residence as a social resource to provide continued services and personal health. However, entry into a residence can generate a stress to the

elderly that conditions adaptation and quality of life for him. Objectives: To analyze the diagnosis "Risk for relocation stress syndrome" applied to institutionalized elderly for to know the elements that involved in the process of institutionalization and propose an intervention to decrease the risk. Methodology : Through literature review, the diagnostic label , its definition and application within the context described , and the relationship of diagnosis with risk factors and possible effects on health of the elderly is analyzed . In turn, determine the relationship of stress to the rest of nursing diagnoses , and propose an intervention by the interplay of diagnosis with NIC and NOC. Conclusions: It is necessary to understand the importance of psychosocial aspects in the nursing process to provide comprehensive quality care. The preventive nature of the risk must be addressed by nursing promoting an enabling environment and effective communication with the elderly and their support that enables care to respect the fundamental rights of the elderly and in which the needs and wishes of the resident as the element center of any intervention

Key words: Institutionalization old age. Old age stress

## INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

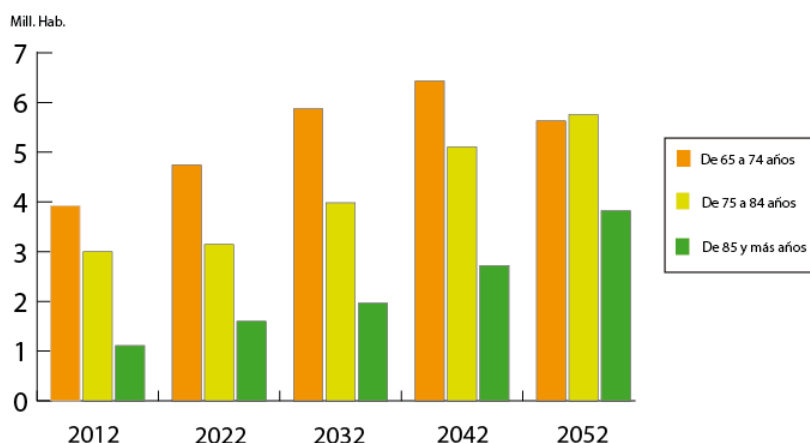
La población mundial envejece, fruto de las mejoras en las condiciones de vida y los avances en biomedicina. Se calcula que el número de personas mayores de 60 años se ha duplicado desde 1980, y se prevé que para el 2050 pase del 11% al 22% de la población mundial<sup>(1)</sup>.

El envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico que afecta a todo el mundo y se debe principalmente al descenso de la natalidad y al aumento de la esperanza de vida. Supone un reto para las sociedades ya que tendrá impacto en distintas áreas y dará lugar a un crecimiento en la demanda de servicios sanitarios y sociales que obligará a una distribución de los recursos disponibles<sup>(2)</sup>.

En España, según la última publicación de Proyecciones de la Población del Instituto Nacional de Estadística (INE), los mayores crecimientos de la población se concentraran en las edades más avanzadas, y en concreto, el grupo de edad de mayores de 64 años pasaría de un 17% actual a un 37% de la población total para el 2050 <sup>(3)</sup>. La esperanza de vida al nacer de las mujeres españolas es de 85,2 años, y de los hombres de 79,3 años <sup>(4)</sup>, y las previsiones a corto plazo las sitúan en 87,0 y 81,8 años respectivamente en el 2022. Por su parte, la esperanza de vida a los 65 años para la misma fecha se situaría en 20,2 años en los varones y 24,1 en las mujeres<sup>(4)</sup>.

Así pues, una de las tendencias previstas es el llamado “envejecimiento del envejecimiento” o “cuarta edad” <sup>(5)</sup>, que se define como un incremento en la población más anciana, la mayor de 80 años.

En nuestro país, si siguen las tendencias demográficas, este grupo de edad pasaría de representar un 5,5% sobre la población total en 2013 <sup>(0)</sup>, a un 15% en 2060 según estimaciones de Eurostat <sup>(0)</sup>. La Figura 1 muestra la tendencia demográfica prevista en los próximos años del envejecimiento de la población más anciana.



**Figura 1. Tendencia demográfica de envejecimiento de la población más anciana por grupos de edad.**  
**Fuente: INE: Proyecciones de la Población a largo plazo 2012-2052. (2012)**

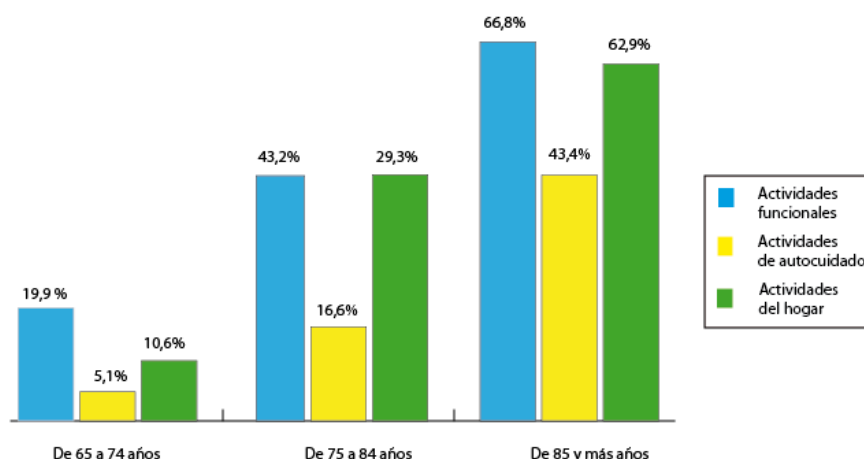
Ahora bien, el hecho de vivir más años no significa que todos esos años se vivan en buenas condiciones de salud, es por ello que cobra especial importancia el concepto de “esperanza de vida libre de discapacidad” definida como el número de años que una persona puede vivir sin discapacidad y que en España se sitúa en los 14,2 años a partir de los 65 años <sup>(0)</sup>.

Así, el aumento de la esperanza de vida tiene implicaciones que van más allá de lo estrictamente demográfico. Edad, incapacidad y dependencia son factores estrechamente relacionados. Aunque el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, con el paso de los años se produce un declive fisiológico que aumenta las posibilidades de padecer enfermedades crónicas, así como un incremento de incapacidad física, psíquica, y mayores tasas de dependencia<sup>(0,0,0)</sup>. La discapacidad y la dependencia son uno de los indicadores más determinantes que influyen en la calidad de vida de las personas <sup>(0)</sup>.

El desarrollo de la discapacidad y la dependencia es progresivo, y se produce cada vez en edades más avanzadas. En España, tres de cada cuatro personas mayores de 85 años dicen estar limitadas por un problema de salud en algún ámbito de la vida <sup>(0,0)</sup>.

Según la Encuesta de Integración Social y Salud, publicada en 2013 por el INE<sup>(0)</sup>, el 19,9% de las personas de 65 a 74 años presenta limitaciones funcionales para ver, oír, caminar o comunicarse. Este porcentaje se eleva a 43,2% en el grupo de 75 a 84 años y al 66,8% de los mayores de 85 años. Las limitaciones en actividades relacionadas con el autocuidado, como asearse, comer sólo y vestirse, afectan a un 5,1% en el grupo de 65 a 74 años, a un 16,6% de las personas de 75 a 84 años, y se eleva drásticamente en los

mayores de 85 años alcanzando un 43,4%. Por su parte, en cuanto a las actividades relacionadas con el hogar, actividades instrumentales como realizar compras, tareas domésticas, usar el teléfono u ocuparse de los trámites administrativos diarios del hogar, están afectadas en el primer grupo en un 10,6% de los casos, un 29,3% en el segundo grupo, y alcanza un elevado 62,9% en los mayores de 85 años.

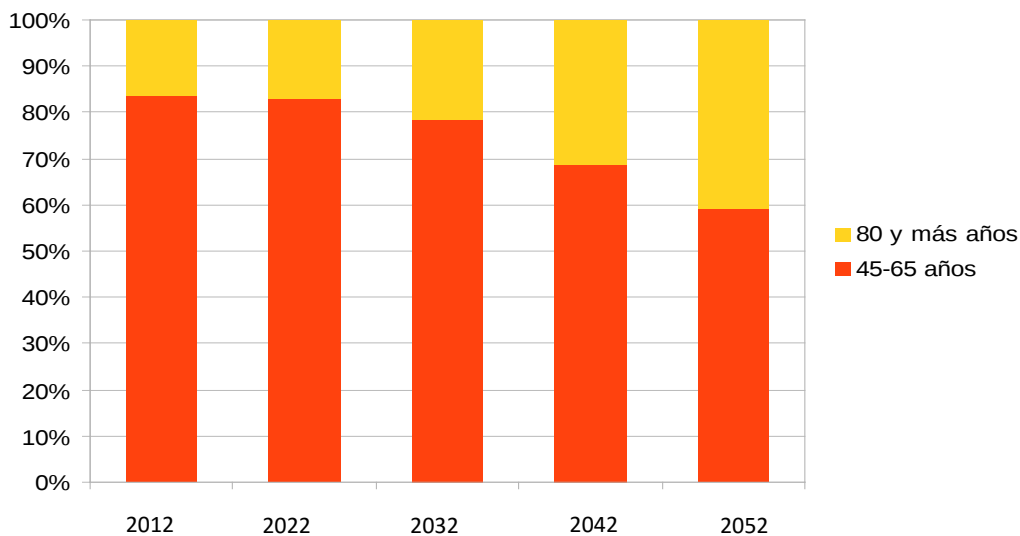


**Figura 2. Personas con algún tipo de limitación importante por grupo de edad. Fuente: INE: Encuesta de integración social y salud. (2012).**

Por todo ello, la Organización Mundial de la Salud, pronostica que de aquí al año 2050, la cantidad de ancianos que no podrán valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro, y muchos necesitarán algún tipo de asistencia a largo plazo<sup>(0)</sup>.

En nuestro país, tradicionalmente la familia, y en particular la mujer, ha asumido el cuidado y atención de las personas dependientes en el domicilio<sup>(13)</sup>. Actualmente, debido a factores como la incorporación de la mujer al entorno laboral o los cambios en los modelos de familia tradicionales, se hace insostenible el mantenimiento de este modelo de cuidado. Además, muchas veces las necesidades que requieren las personas dependientes sobrepasan la capacidad del cuidador informal, repercutiendo en la propia salud de éste<sup>(0,0)</sup>.

Por otra parte, en relación al cuidado informal, y teniendo en cuenta que el perfil del cuidador tiene una edad comprendida entre 45 y 65 años, cobra importancia el llamado “ratio de apoyo familiar” o “ratio de disponibilidad de cuidadores”, que es un indicador del potencial de cuidado que relaciona el número de personas de 45 y 65 años (perfil del cuidador) con el número de personas mayores de 80 años (ya que a partir de esta edad el 50% tiene alguna discapacidad que puede requerir cuidado). El progresivo envejecimiento de la población española hace que este indicador vaya en aumento, de manera que cada vez serán menores los recursos familiares de apoyo<sup>(16)</sup>. En la figura 3 se muestra la tendencia demográfica en los próximos años de la proporción de personas de más de 80 años con respecto a las de 45 a 65 años.



**Figura 3. Proporción de personas de más de 80 años con respecto a las de 45 a 65 años. Fuente: INE: Proyecciones de la población a largo plazo 2012-2052. (2012).**

Partiendo de estas reflexiones, y bajo el marco de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia<sup>(0)</sup>, parece pertinente incidir en la importancia que tiene y tendrá la necesidad de proporcionar el apoyo necesario a las personas mayores dependientes, con el fin de favorecer una mayor autonomía, alcanzar el desarrollo de las actividades esenciales de la vida diaria y promover una mejor calidad de vida, que por su situación de especial vulnerabilidad, no pueden desarrollar por sí mismas.

Dentro del catálogo de servicios que contempla dicha Ley, y tratando de centrar el tema del presente trabajo, introducimos la residencia como recurso necesario en determinadas circunstancias, diseñado para ofrecer desde un enfoque biopsicosocial servicios continuados de carácter personal y sanitario<sup>(0)</sup>.

Los últimos datos sobre distribución de centros y plazas residenciales indican que en 2012 existían en España 5.533 centros residenciales con un total de 353.642 plazas<sup>(0)</sup>, lo que supone un índice de cobertura de 4,4 plazas por cada 100 personas mayores.

La tendencia futura debería ser el incremento de plazas hasta aproximarse a ratios cercanos al 6%, debido a factores ya comentados como son el aumento de personas mayores de 65 años y especialmente de más de 85 años, la elevada prevalencia de enfermedades, discapacidad y dependencia en la población mayor y la restricción y limitación de soporte en cuidados familiares<sup>(0)</sup>.

Cuando se produce el ingreso de un anciano en una residencia, suele coincidir con un proceso vital que, en la mayoría de los casos, conlleva limitaciones funcionales, psíquicas y emocionales, y ello trae consigo un complejo sistema de adaptación al nuevo entorno, tanto por parte del mayor como de la familia<sup>(0)</sup>. Es esa condición de fragilidad la que hace al anciano más vulnerable y menos resistente a agresiones externas, producto de la disminución de su reserva homeostática y de su resistencia frente al estrés<sup>(0)</sup>.

El concepto de estrés puede ser definido de diferentes formas y enfoques. Una definición aceptada describe el estrés como el efecto que tiene sobre el individuo una determinada situación, apreciada por éste como personalmente significativa, y cuyas demandas exceden los recursos propios de la persona para hacerle frente. El modo en que la persona afronte el problema y los recursos que tenga para afrontarlo, serán especialmente significativos para poder salir de una cascada de factores estresantes que condicionan fuertemente el estado de salud<sup>(0)</sup>.

En cuanto a ese afrontamiento, es nuestro cerebro el principal responsable en el proceso de adaptación ante los cambios generados por el entorno, ya que determina lo que es amenazante, y por lo tanto potencialmente estresante. Su finalidad es mantener nuestro equilibrio u homeostasis ante cualquier situación que suponga una amenaza, controlando para ello las respuestas fisiológicas y conductuales. Existen numerosas teorías sobre el estrés, unas enfocadas desde una perspectiva más psicológica y otras desde un enfoque fisiológico. En un intento de explicar la relación psicobiológica del estrés, surge como teoría la “alostasis”, definida como el proceso mediante el cual el cuerpo responde a los acontecimientos diarios y mantiene la homeostasis<sup>(0)</sup>.

Ante cualquier amenaza (ya sea física, psíquica o social), se produce en nuestro organismo una respuesta: se activa el Sistema Nervioso Simpático (SNS), y se desencadena una respuesta hormonal con el fin de proporcionar al cuerpo la energía suficiente para afrontar dicha amenaza. De esta forma, se produce una liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) y se activa el eje Hipotálamo-hipofiso-Adrenal (HHA) que conduce a la liberación de glucocorticoides desde la corteza adrenal. Todo ello hace que aumente la energía disponible a través del metabolismo de hidratos de carbono y lípidos y su distribución rápida mediante el sistema circulatorio. Cuando la amenaza desaparece, esta activación ha de ser controlada para que nuestro organismo recupere su situación basal<sup>(0)</sup>.

La alteración de estos mediadores primarios (principalmente las catecolaminas y el eje HHA) es lo que denominamos alostasis, y la experiencia común de estar “estresado” tiene como núcleo principal la sobrecarga alostática, producto de la persistencia de la amenaza o ineficiencia del sistema alostático para hacerle frente.

La hipótesis de sobrecarga alostática propone que la situación basal de los mediadores fisiológicos del estrés nunca se recupera del todo, por lo que a lo largo de la vida acumuláramos esa sobrecarga, conduciendo a una disregulación del eje HHA y

una hipersecreción de cortisol que se relaciona con efectos neurotóxicos<sup>(0)</sup>. La sobrecarga alostática producida por el estrés ha sido relacionada con el deterioro de la función cognitiva<sup>(0,0)</sup>, aumento del riesgo de enfermedad arterial coronaria<sup>(0)</sup>, así como con la alteración del ritmo circadiano y estados de ansiedad<sup>(0)</sup>.

Por otra parte, los acontecimientos estresantes no sólo desencadenan una respuesta fisiológica, si no que cursan además con pensamientos perseverativos sobre el propio suceso, causando preocupación en el sujeto y aumentando los síntomas somáticos<sup>(0,0)</sup>. Algunos autores sugieren que este pensamiento negativo, o afecto negativo, es el mediador patológico central entre las situaciones de estrés y la mala salud somática, y que la preocupación se prolonga más allá de la presencia de factores reales de estrés<sup>(0,0)</sup>. Además, si se suman otros factores añadidos como eventos impredecibles en el entorno, enfermedad, o deterioro de las interacciones sociales, la carga alostática puede aumentar drásticamente<sup>(0)</sup>. Estos factores están presentes en gran medida en muchos de los residentes de una institución.

A la hora de relacionar los efectos del estrés con el ingreso en una residencia, se encuentra evidencia suficiente para considerar el traslado del anciano como un evento estresante en sí mismo, ya que puede provocar en él sentimientos de impotencia, desesperanza o ira y generarle trastornos de ansiedad, depresión y confusión<sup>(0,0,0)</sup>. Por tanto, la institucionalización del anciano puede aumentar muy significativamente el grado de vulnerabilidad de éste, pudiéndole conducir a un empeoramiento de su salud física, mental y social. Algunos autores incluso apuntan una posible relación entre el traslado y el aumento de la mortalidad<sup>(0,0)</sup>.

Por todo ello, en el proceso de institucionalización existe un riesgo claro para la salud y calidad de vida del anciano que ha de ser reconocido por todo el personal involucrado, con el objeto de enfocar de forma interdisciplinar las intervenciones y prevenir los efectos perjudiciales que el propio traslado ocasiona.

Partiendo desde esta perspectiva, y de acuerdo con los principios en los que se inspira la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia<sup>(0)</sup>, la atención a los residentes ha de ser integral, desde un enfoque biopsicosocial. Ello implica un cuidado desde una perspectiva holística, que abarque no sólo la salud física, sino también la psíquica y social.

En este marco, la enfermería juega un papel muy importante, debido al hecho probado y constatado de que la atención sanitaria de cuidados es protagonizada en gran medida por esta disciplina. Así, en relación a las competencias legales que un enfermero debe tener<sup>(0)</sup>, y bajo las directrices del Código Deontológico de la profesión<sup>(0)</sup>, los enfermeros/as proporcionarán un cuidado integral en el anciano que abarque no sólo la esfera física, sino también la psicosocial a través de su metodología enfermera.

En relación al presente trabajo, analizaremos desde un enfoque crítico y constructivo, el diagnóstico de “Riesgo de síndrome de estrés del traslado”<sup>(0)</sup> en el

anciano institucionalizado, entendida la institucionalización de forma genérica como el ingreso permanente de las personas mayores en centros residenciales.

El diagnóstico “Riesgo de Síndrome de Estrés del Traslado” es definido por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) como el riesgo de sufrir un trastorno fisiológico y/o psicológico después del traslado de un entorno a otro<sup>(0)</sup>.

Por lo tanto, el fin último de este trabajo será conocer los principales factores que participan y afectan al anciano en el proceso de institucionalización. Analizaremos los elementos del diagnóstico enfermero, así como los resultados e intervenciones propuestas para el diagnóstico con el fin de clarificar el uso del mismo dentro del contexto descrito, y marcar unas pautas básicas de intervención dirigidas a evitar o mitigar los efectos negativos derivados del traslado a una residencia. Perseguimos con ello conocer de manera más amplia el concepto diagnóstico, ya que éste es la base del proceso enfermero<sup>(0)</sup> y ha de servirnos como guía para la elaboración de un plan de intervención que proporcione al anciano, en el ejercicio de nuestras funciones, una óptima calidad de vida en la etapa final de ésta.

## DESARROLLO DEL TRABAJO

El proceso enfermero identifica cómo los enfermeros y enfermeras organizamos el cuidado de las personas, familias, grupos y comunidades. Actualmente, se define como un proceso cíclico que incluye valoración, diagnóstico enfermero, planificación, implementación y evaluación. Los datos de la valoración son de suma importancia, puesto que guiarán el resto del proceso a través del juicio clínico<sup>(0)</sup>.

El juicio clínico enfermero es tremendamente complejo, y a menudo se desarrolla en situaciones poco definidas, ambiguas, y envueltas en ocasiones con una carga emocional importante en las que entran en juego muchas veces los valores y el conflicto de éstos.

Por ello, un buen juicio clínico ha de responder adecuadamente no sólo a los aspectos fisiológicos y presentación clínica de una enfermedad o problema determinado, sino también a cómo esa situación es experimentada por el paciente y su familia, y si disponen de los recursos físicos, sociales y emocionales de afrontamiento para hacerla frente<sup>(0)</sup>. Implica por tanto, una valoración global de la persona y de las respuestas humanas de ésta bajo el contexto e influencia de un entorno social determinado.

Sin embargo, en la práctica clínica, es común encontrarse con que la valoración de enfermería sobre los aspectos emocionales y sociales muchas veces es pasada por alto, centrándose más en los factores que condicionan al sujeto desde una perspectiva biomédica. Prueba de ello, son las escasas publicaciones de ámbito psicosocial del sector

enfermero con respecto a las que se producen desde un enfoque centrado en la biomedicina.

Si bien es importante la actividad asistencial de enfermería en lo que concierne a la salud física, no hay que olvidar que el concepto de salud va más allá de lo físico, es el “logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad”<sup>(0)</sup>. Por lo tanto, si queremos que nuestra actividad, nuestro juicio clínico, nuestro proceso enfermero, incida en la salud de las personas de una forma positiva, es indispensable tener en cuenta el concepto holístico de la salud, y valorar e intervenir en todos los factores que participan en el mantenimiento de ésta.

Es por ello que cobra importancia el manejo y control de la metodología enfermera, y en concreto del proceso diagnóstico, mediante el cual se han de identificar de forma precisa las experiencias de las personas y sus respuestas a los problemas de salud y procesos vitales. Así, con los diagnósticos enfermeros como base de los cuidados, es preciso desarrollar competencias diagnósticas.

Por cuanto hemos comentado hasta ahora, comprender las circunstancias que se producen en el proceso de institucionalización del anciano, y las respuestas de éste sobre el propio proceso, requiere de una necesaria reflexión activa por parte del profesional de enfermería que le permita elaborar un juicio clínico y un diagnóstico preciso.

Partiendo de esta premisa analizaremos el diagnóstico “Riesgo de síndrome de estrés del traslado” aplicado al anciano institucionalizado. Mediante el análisis de la etiqueta diagnóstica, los factores de riesgo y los resultados e intervenciones de enfermería propuestos, trataremos de profundizar en el estudio de los elementos que participan en el traslado residencial con el objeto de perseguir la consecución de la práctica enfermera que nos proporcione las herramientas necesarias para prevenir los riesgos asociados al proceso y nos permita garantizar una óptima calidad de vida a los residentes.

### **Análisis de la etiqueta diagnóstica y su definición**

El diagnóstico enfermero “Riesgo de síndrome de estrés del traslado” (00149) es definido por la NANDA como el riesgo de sufrir un trastorno fisiológico y/o psicológico después del traslado de un entorno a otro<sup>(0)</sup>.

El diagnóstico fue aprobado en el año 2000, y no ha sufrido una revisión hasta la fecha, lo que nos sirve para reafirmarnos sobre la necesidad de análisis del mismo.

En primer lugar, queremos hacer hincapié en la importancia que adquiere el concepto del entorno en la definición diagnóstica, ya que la NANDA lo incluye de manera explícita como el condicionante principal del riesgo de sufrir un trastorno fisiológico y/o

psicológico. No es el traslado en sí mismo lo que condiciona el diagnóstico, pues éste puede ser definido como la acción y el efecto de trasladar, llevar a alguien o algo de un lugar a otro. Sin embargo, el cambio de entorno que se puede producir con dicho traslado es el verdadero generador de posibles trastornos, ya que puede suponer un cambio sustancial en las condiciones o circunstancias en las que vivimos inmersos, e incluyen factores de carácter físico, social, cultural y económico.

No cabe duda que el entorno, el medio ambiente que nos rodea, es un verdadero determinante de salud, tal y como identificó en 1974 el Ministro canadiense Marc Lalonde cuando desarrolló el documento “Nuevas perspectivas de la salud de los Canadienses”. En él identificó a través de la epidemiología, cuatro factores que influían en la salud de la población: biología humana, medio ambiente, estilo de vida, y la organización del sistema sanitario<sup>(0)</sup>. De esta forma, puso de manifiesto que para intervenir en la mejora de la salud, había que actuar sobre los cuatro determinantes.

Por lo expuesto, consideramos que el cambio de un entorno a otro, tal y como refleja la propia definición del diagnóstico propuesto por la NANDA, es el factor predisponente principal de sufrir el síndrome de estrés del traslado. Tanto es así que, dado el carácter modificable del entorno, consideramos relevante incluir en la etiqueta diagnóstica el concepto de institucionalización, sirviendo así como descriptor y guía para la posterior intervención enfermera.

De esta forma, vemos pertinente adaptar la etiqueta diagnóstica al contexto concreto en el que se vaya a utilizar, con el fin de clarificar el propio diagnóstico. Así, hemos añadido en el sistema multiaxial del diagnóstico al anciano, y además lo hemos adjetivado con el término “institucionalizado” para complementar las características del mismo y contextualizar el medio que le rodea. Esta decisión está justificada principalmente por los siguientes motivos:

- El anciano que ingresa a una residencia suele tener un perfil de dependencia física, psíquica o social, que le hace más vulnerable y menos resistente a agresiones externas, por lo que su capacidad de adaptación a los cambios en el entorno es menor, debido a la disminución de su reserva homeostática y resistencia frente al estrés<sup>(0)</sup>.
- Las necesidades del anciano institucionalizado, por sus propias características, requerirán una intervención adaptada a las mismas, y es por ello que su inclusión en la etiqueta diagnóstica servirá para clarificar la orientación del diagnóstico y el posterior proceso enfermero.
- Por último, la propia condición del entorno, como determinante en la salud de la población<sup>(0,0)</sup>, hace necesario tenerlo en cuenta en el proceso de institucionalización. Su carácter modificable servirá como base para las intervenciones dirigidas a reducir los riesgos asociados, y por ello vemos pertinente y necesaria su inclusión.

Teniendo en cuenta lo expuesto, la etiqueta diagnóstica que proponemos en relación al contexto que nos ocupa quedaría como “Riesgo de Síndrome de estrés del traslado en el anciano institucionalizado”, y tomamos como definición el riesgo de sufrir un trastorno fisiológico y/o psicológico después del traslado a un entorno residencial de forma permanente.

Siguiendo con el análisis de la etiqueta diagnóstica, proseguiremos con el resto de ejes que la conforman, debido al carácter peculiar de los mismos. La descripción de los ejes corresponde con los descritos por la NANDA en su última edición 2012-2014<sup>(0)</sup>:

- Eje 1 (Núcleo diagnóstico): Corresponde a “Síndrome de estrés del traslado” y representa el corazón del diagnóstico, describiendo las experiencias o respuestas humanas que se producen y que enfermería debe saber identificar. Incluye el concepto de estrés asociado al traslado. El traslado, y el correspondiente cambio de entorno, es generador de estrés<sup>(0,0)</sup>.
- Eje 2 (sujeto diagnóstico): La unidad del diagnóstico describe a la(s) persona(s) para quien(es) se define un diagnóstico enfermero. Los valores del eje son persona, familia, grupo y comunidad. En nuestro caso, el sujeto diagnóstico principal sería el anciano institucionalizado, ya que nuestras intervenciones irán dirigidas principalmente a él, pero no podemos olvidarnos de la población de influencia, como son su familia y el grupo de iguales con los que comparte un mismo ambiente.
- Eje 3 (juicio): Es el descriptor o modificador que limita o especifica el significado del núcleo diagnóstico. La NANDA establece como valor de este eje el término “Riesgo”, definiéndolo como un peligro, probabilidad o vulnerabilidad aumentada.
- Eje 5 (edad): Este eje corresponde al concepto de anciano, que nosotros hemos visto preciso incluir por las características y necesidades propias del mismo.
- Eje 7 (estado del diagnóstico): Descrito como la existencia o potencialidad del problema/síndrome. Se identifica también como estado del diagnóstico el término “Riesgo” describiéndolo como un estado de vulnerabilidad, especialmente como resultado de estar expuesto a factores que incrementan la posibilidad de lesión o pérdida. Llama la atención que la NANDA incluya en este mismo eje el término de “Síndrome”, y sin embargo éste no esté incluido en el propio juicio diagnóstico, máxime si tenemos en cuenta la propia definición que le da, refiriéndose a él como un juicio clínico que describe un conglomerado específico de diagnósticos enfermeros que ocurren y que se tratan mejor conjuntamente a través de intervenciones similares.

- El eje 4 (localización) que describe las partes o regiones corporales y/o funcionales relacionadas, y el eje 6 (tiempo), que describe la duración del núcleo diagnóstico, no estarían representados en la etiqueta.

De acuerdo con el análisis de la etiqueta diagnóstica y la descripción de sus ejes, el personal de enfermería ha de identificar la potencial aparición del síndrome de estrés del traslado, ante el peligro de que éste se produzca como consecuencia del ingreso del anciano en un centro residencial. Es por ello necesario conocer los efectos que puede generar el síndrome.

### **Relación del traslado con los posibles efectos en el anciano**

El estrés, puede definirse como el conjunto de reacciones tanto físicas como psíquicas que se producen en una persona tras la percepción de una amenaza, y la intensidad de la respuesta dependerá de la personalidad del afectado, de su vulnerabilidad y capacidad de adaptación individual ante la vivencia del acontecimiento<sup>(0)</sup>.

El organismo debe adaptarse ante los estresores de la vida manteniendo la homeostasis. El proceso activo mediante el cual el cuerpo responde a los acontecimientos diarios de su entorno y mantiene dicha homeostasis se ha denominado “proceso alostático”<sup>(0)</sup>.

Cuando se produce un evento estresante significativo, ya sea de tipo físico, psicológico o social, que supera la capacidad de adaptación de nuestro organismo para hacerle frente, nos encontramos ante un estrés patológico que tiene repercusión negativa sobre nuestra salud. La preocupación que se genera ante la falta de control sobre los factores estresantes, supone un feedback negativo que actúa como potenciador del propio evento estresante, convirtiéndose a su vez en un verdadero estresor interno<sup>(0)</sup>.

En el anciano existe una disminución de su resistencia frente al estrés, que le hace más frágil y vulnerable ante las amenazas<sup>(0)</sup>. La evidencia disponible sugiere que el traslado de un anciano a un centro residencial de forma permanente, puede vivirse de un modo traumático y estresante, y puede afectar a su salud física, psíquica y social, mermando con ello su calidad de vida<sup>(0,0,0)</sup>.

La NANDA reconoce mediante el diagnóstico enfermero “Síndrome de estrés del traslado”, el carácter traumático que puede suponer la falta de adaptación y tolerancia al estrés ante un cambio de entorno, y por ello encuadra el diagnóstico en el Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés, que es definido como la forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales, y en la Clase 1: Respuestas postraumáticas, definidas a su vez como reacciones tras un trauma físico o psicológico.

Entre los posibles síntomas que puede desencadenar el estrés del traslado, destacan la ansiedad, depresión, temor, soledad y aumento de la confusión<sup>(0,0,0)</sup>. También pueden manifestarse reacciones de ira y agresividad<sup>(0)</sup>, así como trastornos del sueño, cambios en el apetito, pérdida de peso y problemas intestinales<sup>(0,0)</sup>. McEwen, describe el estrés como una sobrecarga alostática cuyos efectos relaciona con un aumento de los niveles de glucocorticoides que conducen a un deterioro de la neurogénesis y el consecuente deterioro cerebral y también a la inestabilidad de los niveles de glucemia<sup>(0,0)</sup>. McFarlane por su parte dice que la sobrecarga alostática que produce el estrés puede agravar los problemas médicos existentes, como el aumento del riesgo de enfermedad arterial coronaria<sup>(0)</sup>.

Algunos autores han apuntado una posible relación entre el traslado de ancianos residentes y el aumento de mortalidad<sup>(0,0)</sup>. En un estudio publicado en Septiembre de 2007 en *Journal of Gerontological Nursing*<sup>(0)</sup>, se comparó dos grupos de ancianos que habían vivido durante al menos 6 meses en dos residencias. Uno de los grupos (n=83), tuvo que trasladarse a otra residencia por el cierre de la suya. El otro grupo (n=90) sirvió de grupo control. Las tasas de mortalidad se calcularon hasta un año después del traslado. De los 83 residentes que sufrieron el cambio de entorno, 38 (45,8%) murieron durante el primer año, frente a 17 (18,9%) del grupo de control. De todas las muertes del primer grupo, 19(50%) ocurrieron en los tres primeros meses del traslado. Resultados similares fueron los obtenidos por otro estudio publicado en *Geriatrics Nursing* en 2011<sup>(0)</sup>, al comparar una muestra de 128 residentes, de los cuales 57 fueron trasladados a otra institución. El 24% de éstos murió en los 19 meses después de la reubicación, frente al 11% del grupo que sirvió de control.

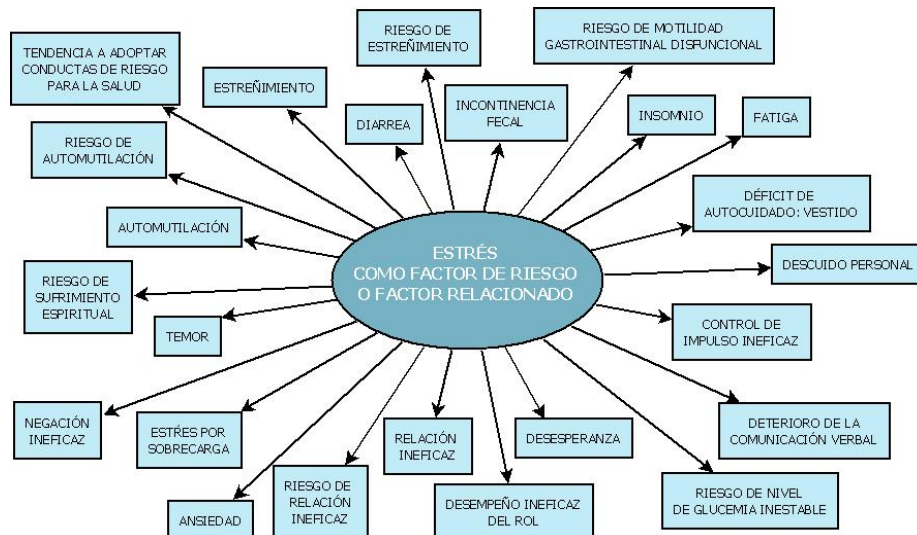
### **Relación del Síndrome de estrés del traslado con el resto de diagnósticos enfermeros**

Antes de seguir avanzando, resulta esencial profundizar en lo que la NANDA entiende por “síndrome” como parte fundamental del diagnóstico. Un síndrome, es definido por la NANDA como un juicio clínico que describe un conglomerado específico de diagnósticos enfermeros que ocurren y que se tratan mejor conjuntamente a través de intervenciones similares. Para que un diagnóstico se nombre como Síndrome, dos o más diagnósticos enfermeros deben ser usados como características definitorias. En el caso del diagnóstico real “Síndrome de estrés del traslado”, los diagnósticos enfermeros empleados como características definitorias son: ansiedad, baja autoestima crónica, baja autoestima situacional, temor y trastornos del patrón sueño<sup>(0)</sup>.

No obstante, dados los efectos que puede producir el estrés en la persona, parece interesante analizar la relación que existe entre éste y el resto de diagnósticos enfermeros reconocidos por la NANDA.

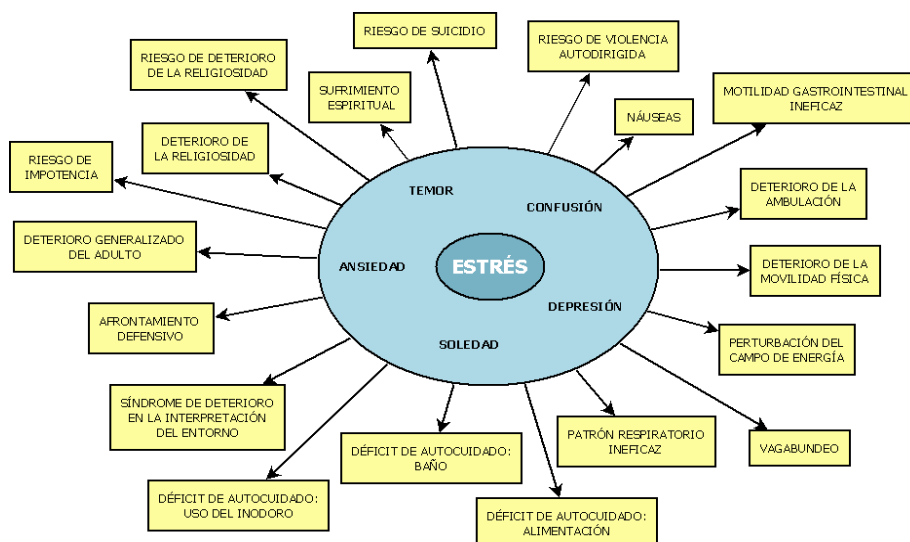
Para ello, hemos realizado un análisis de los diagnósticos de la última edición publicada por NANDA International, y hemos identificado entre ellos el estrés como factor relacionado o factor de riesgo, con el objeto de comprender la importancia que adquiere el conocimiento del concepto y su implicación con los diagnósticos y la práctica

enfermera. Así, como se muestra en la figura 4, el concepto de estrés aparece explícitamente como factor relacionado o de riesgo en 24 diagnósticos, lo que supone casi el 11% del total de diagnósticos.



**Figura 4. Relación del estrés con los diagnósticos enfermeros. Fuente: NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014.**

No hay que olvidar por otra parte, que entre los efectos más comunes que produce el estrés en los ancianos encontramos la ansiedad, la depresión, el temor y la soledad<sup>(0,0,0)</sup>, por lo que si realizamos el mismo análisis para estos conceptos, entendemos que el estrés puede incidir de manera indirecta en otros muchos diagnósticos, tal y como mostramos en la figura 5.



**Figura 5. Relación indirecta del estrés con otros diagnósticos enfermeros. Fuente: NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014.**

De esta forma, la suma de los diagnósticos en los que el estrés, ansiedad, depresión, temor o soledad aparecen como factores relacionados o de riesgo alcanza los 43, lo que representa casi el 20% de la totalidad.

De acuerdo con el análisis de la etiqueta diagnóstica, los efectos que el estrés puede ocasionar y su implicación con el proceso enfermero, resulta imprescindible identificar los factores de riesgo para poder dirigir la intervención al control de dicho riesgo.

### **Factores de Riesgo**

Los factores de riesgo son los factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable<sup>(0)</sup>.

Los factores de riesgo propuestos por la NANDA para el diagnóstico “Riesgo de síndrome de estrés del traslado” en su edición 2012-2014 son:

- |                                             |                                        |
|---------------------------------------------|----------------------------------------|
| • Deterioro del estado de salud             | • Falta de asesoría previa al traslado |
| • Falta de un sistema de apoyo adecuado     | • Pérdidas                             |
| • Cambio ambiental de moderado a importante | • Competencia mental moderada          |
| • Trasladarse de un entorno a otro          | • Expresa impotencia                   |
| • Afrontamiento pasivo                      | • Imprevisibilidad de la experiencia   |

Con el objetivo de facilitar el análisis de los mismos, podemos dividirlos en dos grandes grupos:

- Factores de riesgo individuales:
  - ✓ Deterioro de la salud
  - ✓ Pérdidas
  - ✓ Competencia mental moderada
  - ✓ Afrontamiento pasivo

- Factores de riesgo situacionales:
  - ✓ Falta de un sistema de apoyo adecuado
  - ✓ Falta de asesoría previa al traslado
  - ✓ Cambio ambiental de moderado a importante
  - ✓ Trasladarse de un entorno a otro
  - ✓ Imprevisibilidad de la experiencia

#### Factores de riesgo individuales:

Dentro de los factores de riesgo individuales, el deterioro de la salud, en el que podemos incluir la competencia mental moderada, parece ser un claro factor predisponente.

Si bien el estado de salud de la población anciana institucionalizada es relativamente poco conocido debido a su heterogeneidad, podemos considerar que su salud puede verse afectada por diferentes aspectos, entre ellos<sup>(0)</sup>:

- Pluripatología: coexistencia de problemas de salud que se potencian sinérgicamente.
- Polifarmacia: aumentando la posibilidad de interacción y reacciones adversas y iatrogenia.
- Tendencia a la cronicidad, discapacidad y dependencia
- Deterioro cognitivo: presentando una mayor frecuencia según aumenta la edad
- Procesos irreversibles u orgánicos que requieren cuidados profesionales

Hay evidencia suficiente para asegurar que el proceso de envejecimiento no sólo vuelve vulnerable al organismo ante agresiones externas, sino que aumenta el riesgo de la aparición de deficiencias y discapacidades que hacen al anciano más frágil<sup>(0)</sup>.

Por otro lado, trasladarse al medio residencial muchas veces implica pérdidas, “rupturas” de tipo afectivo (amistades, familia, disminución de las relaciones sociales), materiales (dejar el hogar, los objetos personales) y de posición social (puede cambiar el concepto que uno tiene de sí mismo, la sociedad asocia residencia con dependencia, debilidad, pérdida del control de la propia vida). En muchas otras ocasiones se ingresa en la residencia tras el fallecimiento del cónyuge, por lo que la elaboración del duelo puede ser más dificultosa<sup>(0)</sup>.

Cobra importancia al respecto el modo en que el anciano afronte todas estas circunstancias. El afrontamiento del estrés se refiere a todos los esfuerzos cognitivos y conductuales que emplea la persona para hacer frente a las situaciones estresantes, así como al malestar emocional asociado<sup>(0)</sup>.

La estrategia de afrontamiento puede estar orientada al problema, cuando se trata de cambiar las circunstancias que causan el estrés, o centrada en la emoción, en la que la persona busca la regulación de las emociones activadas frente a la situación estresante. A su vez, estas dos estrategias de afrontamiento pueden enfrentarse con un estilo activo, de aproximación, centrando sus esfuerzos en solucionar el problema y revaluando sus emociones, o pasivo, rindiéndose ante el problema o evitando la expresión emocional, por ejemplo con la distracción<sup>(0)</sup>.

Respecto a la adopción de las diferentes estrategias, existe una relación entre la magnitud del estrés percibido, el estilo de afrontamiento adoptado, y el estado de ánimo, y se ha asociado una mayor percepción del estrés, peor estado de ánimo y peor salud física y mental con los estilos de afrontamiento pasivos<sup>(0,0)</sup>.

#### Factores de riesgo situacionales:

Los factores de riesgo situacionales tienen que ver con el proceso del traslado a la residencia. Ya hemos comentado que el cambio de entorno, por definición, es el generador del propio síndrome de estrés del traslado. Varios autores apuntan que la falta de planificación del proceso, así como la poca elección, participación y toma de decisiones en el mismo, pueden tener efectos negativos en la adaptación del anciano a su nuevo entorno, generando en él sentimientos de incertidumbre y falta de control y aumentando significativamente la sensación de estrés<sup>(0,0)</sup>.

No obstante, no todas las experiencias han de ser traumáticas. En lo que coinciden los distintos autores es en que la preparación previa del residente, la sensación de control sobre la experiencia, y el apoyo de la familia en todo el proceso, puede ayudar a un traslado con resultado positivo<sup>(0,0)</sup>.

Por todo ello, el ingreso del anciano en el entorno residencial debe implicar el desarrollo de una intervención multidisciplinar dirigida a la consecución de su adaptación al nuevo hogar, de tal manera que repercuta lo menos posible en su salud y calidad de vida en general. La enfermería, desde su privilegiada cercanía al anciano y su familia, ha de proporcionar un entorno y apoyo adecuado que facilite la transición de esta nueva etapa de la manera más fácil y cómoda.

Conocer los factores de riesgo individuales es de gran importancia en tanto y cuando nos ayudan a identificar las circunstancias personales de cada residente y su relación con el riesgo de sufrir el trastorno. Estos factores deberán tratarse de manera interdisciplinar, en colaboración con todo el personal de la residencia. Pero sin duda, son los factores de riesgo situacionales los que pueden ser más sensibles a nuestra

intervención. La intervención de enfermería para la prevención del diagnóstico debe estar dirigida primordialmente a la creación de entornos favorables que permitan la integración del residente y a la implicación en la medida de lo posible de la familia como sistema de apoyo durante todo el proceso.

### **Interrelación del diagnóstico con NOC y NIC**

Entre los lenguajes estandarizados reconocidos por la ANA<sup>(0)</sup> (American Nurses Association), se encuentran los diagnósticos desarrollados por la NANDA<sup>(0)</sup>, las intervenciones de la NIC (Nursing Interventions Classification)<sup>(0)</sup> y los resultados de la NOC (Nursing Outcomes Classification)<sup>(0)</sup>.

La enfermería apuesta por la conformación de una base de conocimientos que apoye a la práctica profesional y mejore la calidad de los cuidados en el conjunto de la asistencia sanitaria. Para que esta base de conocimientos se consolide es necesaria la comprensión de los diagnósticos enfermeros, los resultados del paciente y las intervenciones de enfermería<sup>(0)</sup>.

Un lenguaje de enfermería estandarizado promueve la recogida y análisis de datos, facilita la comunicación entre los profesionales enfermeros y entre éstos con otros profesionales sanitarios y el público en general, y facilita la evaluación de los cuidados, contribuyendo con todo ello al desarrollo del conocimiento como soporte del proceso de enfermería<sup>(0)</sup>.

Una vez analizado el diagnóstico propuesto, y con el fin de promover el uso estandarizado del lenguaje enfermero, analizaremos la vinculación del diagnóstico con los criterios de resultado NOC e intervenciones de enfermería NIC.

Los resultados NOC, se definen como el estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera<sup>(0)</sup>.

Los resultados son evaluables, cuentan con una escala tipo Likert de cinco puntos que permiten medir el resultado antes de la intervención, estableciendo una puntuación basal, para luego puntuarlo después de dicha intervención, permitiendo con ello evaluar los cambios en el estado del paciente o el mantenimiento de los estados del resultado a lo largo del tiempo y en diferentes entornos<sup>(0)</sup>.

Una intervención enfermera puede definirse como todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Incluye tanto intervenciones directas, aquellas que se realizan sobre el paciente, como indirectas, dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria<sup>(0)</sup>.

En un esfuerzo por vincular los diagnósticos enfermeros con los resultados NOC y la intervenciones enfermeras NIC, la NANDA International y el Center for Nursing Classification and Clinical Efectivity de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Iowa, han propuesto una interrelación de las tres lenguajes recogidos en su última edición “Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos”, con el fin de facilitar el empleo de estos lenguajes estandarizados en la práctica, la educación y la investigación. El propio presidente de NANDA International, el profesor Dickon Weir-Hughes, encomienda el uso de esta clasificación<sup>(0)</sup>.

De acuerdo con lo expuesto, los Vínculos de NIC y NOC a NANDA-I que se proponen para el diagnóstico “Riesgo de Síndrome de estrés del traslado” se pueden consultar en la figura 5.

| NOC PARA VALORAR Y MEDIR LA APARICIÓN DEL DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Estado de salud personal</li> <li>Modificación psicosocial: cambio de vida</li> </ul>                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                            |
| NOC ASOCIADOS CON LOS FACTORES DE RIESGO DE SÍNDROME DE ESTRÉS DEL TRASLADO                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Afrontamiento de problemas</li> <li>Autonomía personal</li> <li>Cognición</li> <li>Control del riesgo</li> </ul>                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Detección del riesgo</li> <li>Estado de salud personal</li> <li>Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional</li> </ul>                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Preparación para el alta: vivir con apoyo</li> <li>Resolución de la aflicción</li> <li>Soporte social</li> </ul>                                                                    |
| NIC ASOCIADOS CON PREVENCIÓN DE: SÍNDROME DE ESTRÉS DEL TRASLADO                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyo emocional</li> <li>Apoyo espiritual</li> <li>Asesoramiento</li> <li>Aumentar el afrontamiento</li> <li>Aumentar los sistemas de apoyo</li> <li>Disminución del estrés por traslado</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitar el duelo</li> <li>Facilitar las visitas</li> <li>Fomentar la implicación familiar</li> <li>Guía de anticipación</li> <li>Identificación de riesgos</li> <li>Manejo de la demencia</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mejora de la autoconfianza</li> <li>Planificación del alta</li> <li>Protección de los derechos del paciente</li> <li>Transporte: entre instalaciones</li> <li>Vigilancia</li> </ul> |

Figura 6. Vínculos de NIC y NOC a NANDA-I para el diagnóstico Riesgo de síndrome de estrés del traslado. Fuente: Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. (2012).

Consideramos que la interrelación propuesta debe ser tenida en cuenta en todo momento para prevenir el diagnóstico de riesgo a la hora de individualizar la intervención en cada caso concreto.

No obstante, creemos necesario concretar unos resultados e intervenciones que sirvan como pauta general en cualquier traslado dentro del contexto propuesto y teniendo en cuenta las características propias de nuestro sujeto diagnóstico. Por ello proponemos y razonamos los resultados e intervenciones que, en base al estudio realizado, consideramos principales a la hora de prevenir el riesgo de síndrome de estrés del traslado en el anciano institucionalizado. La intervención que proponemos, está basada en los principios del modelo de atención integral centrada en la persona, pues consideramos que no es sólo necesario desarrollar nuestra intervención, si no que hay que hacerlo desde un enfoque en el que se de especial importancia a la persona, y por consiguiente considerándola en su globalidad biopsicosocial<sup>(0)</sup>. La figura 7, muestra nuestra propuesta de intervención.

| NOC PARA VALORAR Y MEDIR LA APARICIÓN DEL DIAGNÓSTICO                                                                                                                    |                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida</li> </ul>                                                                                                      |                                                                                                                                                                           |
| NOC ASOCIADOS CON LOS FACTORES DE RIESGO DE SÍNDROME DE ESTRÉS DEL TRASLADO                                                                                              |                                                                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resiliencia personal</li> <li>• Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria</li> <li>• Soporte social</li> </ul> |                                                                                                                                                                           |
| NIC ASOCIADOS CON PREVENCIÓN DE: SÍNDROME DE ESTRÉS DEL TRASLADO                                                                                                         |                                                                                                                                                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución del estrés por traslado</li> <li>• Establecimiento de objetivos comunes</li> <li>• Escucha activa</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar los sistemas de apoyo</li> <li>• Protección de los derechos del paciente</li> <li>• Terapia de reminiscencia</li> </ul> |

Figura 7. Propuesta de criterios de resultado e intervenciones. Fuente: elaboración propia.

### Propuesta de intervención bajo el marco de la atención integral centrada en la persona

En España, la Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia<sup>(0)</sup>, reconoce en su artículo 4 el derecho de las personas dependientes a “disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad”.

Esta ley implica la obligación de realizar cambios importantes en los modelos de intervención que aseguren el ejercicio de esos derechos a todas las personas dependientes, adquiriendo importancia la intervención multidimensional de enfoque biopsicosocial<sup>(0)</sup>.

La atención integral centrada en la persona, es un modelo de atención que asume como punto de partida la dignidad inherente de las personas mayores, y por ello propugna un trato de consideración y respeto hacia ellas<sup>(0)</sup>. Busca la mejora en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva. Los principios rectores que fundamentan el modelo son<sup>(0)</sup>:

- Autonomía: las personas mayores tienen derecho a mantener el control sobre su propia vida actuando libremente, con derecho a tomar sus propias decisiones en relación a su plan de vida y preferencias. En el caso de personas con discapacidad intelectual, mental o deterioro cognitivo, hay que garantizar que sus deseos y preferencias sean satisfechos en colaboración con su grupo de apoyo (familiares, allegado, o en su caso el profesional de referencia).
- Participación: los mayores que precisan cuidado de larga duración, tienen derecho a estar presentes y participar en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de su vida.
- Integralidad: La persona es un ser multidimensional, en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Las intervenciones que se planifiquen han de tener en cuenta las necesidades básicas, las emocionales y las sociales.
- Individualidad: Cada persona es única y diferente al resto. Las intervenciones deben adaptarse a las personas, y no éstas a ellas, y se debe tener en cuenta el estilo de vida de la persona. Cobra importancia la biografía de la persona, sus gustos y preferencias.
- Inclusión social: las personas mayores tienen los mismos derechos, han de tener acceso a los recursos comunitarios y posibilidad de disfrutar de los bienes sociales y culturales.
- Independencia: las personas mayores tienen derecho a mantener el mayor grado de independencia posible en su vida diaria y recibir apoyos diversos y adaptados que minimicen su dependencia de los demás.
- Continuidad de la atención: las personas mayores deben tener apoyo continuo, permanentemente a las circunstancias cambiantes de su proceso.

Teniendo en cuenta los principios del modelo, es necesario hacer uso de una metodología que haga a la persona partícipe en la planificación de su vida. La planificación centrada en la persona ha sido definida como una metodología que facilita a la persona dependiente (de forma directa o por mediación de otros) planificar los objetivos que quiere alcanzar, en base a su historia, deseos y capacidades<sup>(0)</sup>.

Partiendo de todo lo expuesto, vemos necesario considerar el modelo de atención centrada en la persona a la hora de buscar la intervención más adecuada para prevenir el “Riesgo de síndrome de estrés del traslado en el anciano institucionalizado”. Los resultados e intervenciones propuestos en los “Vínculos de NIC y NOC a NANDA-I”<sup>(0)</sup> deberán ser tenidos en cuenta, pero a la hora de aplicar el diagnóstico en el contexto propuesto encontramos algunas diferencias.

#### Propuesta de Resultados NOC:

Consideramos como resultado principal, capaz de valorar y medir la aparición del diagnóstico, y definir el bienestar personal del anciano frente al traslado, el NOC Calidad de vida (2000), definido como el alcance de la percepción positiva de las condiciones actuales de vida<sup>(0)</sup>.

La calidad de vida es un concepto amplio, que cada vez tiene más interés en la búsqueda de una atención sanitaria de calidad. Existen múltiples acepciones y modelos, pero existe un acuerdo común en cuanto a los aspectos básicos del concepto, que incluyen su multidimensionalidad, la influencia de factores ambientales y personales, su aplicabilidad a todas las personas y la implicación de aspectos objetivos y subjetivos<sup>(0)</sup>.

El concepto de calidad de vida está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con los elementos esenciales del entorno<sup>(0)</sup>.

Según el modelo (resumido) de Schalock y Verdugo, las dimensiones básicas de la calidad de vida son<sup>(0,0)</sup>:

- Bienestar emocional: satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés
- Relaciones interpersonales: Interacciones sociales, relaciones satisfactorias, apoyo físico, emocional y económico.
- Bienestar material: Estatus económico, empleo y vivienda confortable, donde se sienta a gusto y cómodo.
- Desarrollo personal: Educación, competencia personal, desempeño.
- Bienestar físico: salud, actividades de la vida diaria, atención sanitaria, ocio.
- Autodeterminación: autonomía/control personal, metas y valores personales, elecciones.
- inclusión social: Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales.

- Derechos: derechos humanos y derechos legales

Los resultados propuestos en los “Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I”, proponían como NOC para valorar y medir la aparición del diagnóstico, Estado de salud personal (2006) y Modificación psicosocial: cambio de vida (1305). ¿Acaso no están recogidos de manera más amplia en el concepto de calidad de vida?, ¿no evitaríamos el riesgo si nuestras intervenciones tienen como resultado principal una mejora en la calidad de vida?

La atención integral centrada en la persona, por los principios en los que se fundamenta, está estrechamente ligada al concepto de calidad de vida, y ésta a su vez con el concepto biopsicosocial de la persona y su salud, y es por ello que la consideramos como resultado principal de nuestra intervención. Los indicadores que proponemos para valorar y evaluar el resultado son:

- (200001) Satisfacción con el estado de salud
- (200002) Satisfacción con las condiciones sociales
- (200003) Satisfacción con las condiciones medioambientales
- (200004) Privacidad
- (200005) Dignidad
- (200006) Autonomía
- (200011) Satisfacción con el estado de ánimo general

En relación a los NOC asociados con los factores de riesgo del Síndrome de estrés del traslado, y teniendo presente la necesidad de una metodología centrada en la persona, proponemos los siguientes<sup>(0)</sup>:

1. Resiliencia personal (1309), definida como la adaptación y función positiva de un individuo después de una adversidad o crisis significativa. En una revisión sobre el concepto de resiliencia<sup>(0)</sup>, encontramos otras definiciones aceptadas, como la de Garmezy, que la define como la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante, o la dada por Fergus y Zimmerman, quienes la definen como el proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo.

El resultado refleja no sólo la adaptación al evento estresante, si no la adaptación de una manera positiva. Para que aparezca la resiliencia es necesaria la presencia tanto

de factores de riesgo como de protección, que ayuden a conseguir un resultado positivo o reduzcan o eviten un resultado negativo<sup>(0)</sup>. Los indicadores que proponemos para el resultado son:

- (130901) Verbaliza una actitud positiva
- (130901) Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas
- (130906) Muestra un estado de ánimo positivo
- (130907) Muestra una autoestima positiva
- (130907) Verbaliza un sentido aumentado de control
- (130927) Utiliza los grupos de apoyo disponible
- (130932) Participa en actividades de ocio

2. Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria (1606), definido como la implicación personal en la selección y la evaluación de opciones de cuidados de salud para conseguir un resultado deseado. La autodeterminación y participación sobre los asuntos de la propia vida es un derecho del anciano y un aspecto básico en el modelo de atención centrada en la persona<sup>(0,0)</sup>. Varios autores apuntan además que la falta de elección y participación sobre el proceso del traslado al entorno residencial, es experimentado por el anciano de forma negativa, creando en él sensaciones de incertidumbre y falta de control, y potenciando con ello la mala adaptación al nuevo entorno<sup>(0,0)</sup>. Los indicadores que proponemos para este resultado son:

- (160605) Especifica preferencias de los resultados sanitarios
- (160606) Identifica prioridades de los resultados sanitarios
- (160609) Declara intención de actuar según la decisión
- (160610) Identifica apoyo disponible para conseguir los resultados deseados
- (160612) Negocia las preferencias asistenciales
- (160615) Evalúa la satisfacción con los resultados de la asistencia sanitaria

3. Soporte social (1504), se define como ayuda fiable de los demás. El mayor apoyo social, afectivo y elemento primordial para en el traslado del anciano a la residencia debe ser la familia. La proximidad de la familia es un elemento significativo que marca la diferencia en la consecución de una adaptación positiva<sup>(0,0)</sup>. Bajo el marco de la atención centrada en la persona debemos posibilitar que las familias sigan teniendo un

papel importante en los cuidados, desde la complementariedad y participación en el desarrollo del plan de cuidados, acompañando y apoyando al residente, o asumiendo su representación en los casos de personas con grave afectación cognitiva<sup>(0)</sup>.

Dentro de la estructura organizativa de la residencia, otro soporte importante ha de ser el profesional de referencia, figura de apoyo emocional y confianza, que asegure el cumplimiento del plan de atención, que conozca las necesidades, preferencias y deseos del residente, identifique sus competencias, mantenga contacto con la familia y asegure la coordinación del resto del equipo para el buen desarrollo del plan<sup>(0)</sup>. Los indicadores para evaluar este resultado son:

- (150404) Refiere información proporcionada por otras personas
- (150405) Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas
- (150406) Refiere relaciones de confianza
- (150409) Refiere una red social de ayuda
- (150411) Refiere una red social estable

Propuesta de Intervenciones NIC y actividades:

1. Disminución del estrés por traslado (5350): Ayudar al residente a prepararse y afrontar el traslado de un entorno a otro.

- Actividades :
  - ✓ Mantener entrevistas previas al ingreso con el residente y familiares.
  - ✓ Demostrar empatía, calidez y sinceridad.
  - ✓ Enseñar el centro antes del traslado, habitación y dependencias comunes.
  - ✓ Informar sobre los servicios que ofrece el nuevo hogar.
  - ✓ Recopilar información previa al traslado sobre la salud del residente y la percepción de ésta, y sobre sus necesidades personales<sup>(0)</sup>.
  - ✓ Evaluar los sistemas de apoyo disponibles
  - ✓ Presentar al residente y a la familia a todo el equipo, e indicar quién será su personal de referencia<sup>(0)</sup>.

- ✓ Disponer que los objetos personales del residente estén en su sitio antes del traslado.
- ✓ Ayudarle a personalizar su habitación
- ✓ Fijar con el residente y familia la fecha y hora de entrada a la residencia. Es importante que la familia o personas allegadas acompañen al residente el día del ingreso<sup>(0)</sup>.
- ✓ Animar al residente y su familia a comentar las preocupaciones respecto al traslado.
- ✓ El día de ingreso es importante que sea recibido por su personal de referencia
- ✓ Fomentar que el residente y la familia busque asesoramiento según corresponda.
- ✓ Controlar la presencia de signos y síntomas fisiológicos y psicológicos de estrés por traslado (anorexia, ansiedad, depresión, desesperanza).
- ✓ Evaluación continua del impacto de la alteración del estilo de vida, pérdida de hogar y adaptación al nuevo entorno.

2. Establecimiento de objetivos comunes (4410): Colaboración con el residente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidado.

- Actividades:
  - ✓ Fomentar la identificación de valores vitales específicos
  - ✓ Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y habilidades
  - ✓ Identificar con el paciente los objetivos del cuidado
  - ✓ Establecer los objetivos en términos positivos
  - ✓ Evitar imponer valores personales al paciente al determinar los objetivos
  - ✓ Asegurar el consentimiento del residente en sus propios planes de cuidado
  - ✓ Clarificar con el residente los papeles del cuidador y del residente respectivamente

- ✓ Ayudar al residente a identificar las circunstancias actuales del ambiente que puedan interferir en la consecución de objetivos.
- ✓ Disponer de un ambiente abierto, de aceptación para la creación del acuerdo
- ✓ Facilitar la implicación de allegados con el proceso del acuerdo, si así lo desea el residente.

3. Escucha activa (4920): prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.

- Actividades:
  - ✓ Mostrar interés por el residente
  - ✓ Animar a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones
  - ✓ Escuchar los mensajes y sentimientos inexpressados
  - ✓ Identificar la comunicación no verbal
  - ✓ Identificar los temas predominantes
  - ✓ Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.
  - ✓ Aclarar y verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
  - ✓ Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.
  - ✓ Favorecer preguntas destinadas a conocer la historia del residente, sus deseos, sueños y aspiraciones.

4. Aumentar los sistemas de apoyo (5440): Facilitar el apoyo del residente por parte de la familia, amigos o comunidad.

- Actividades:
  - ✓ Determinar el apoyo familiar.
  - ✓ Presentar al residente a otros compañeros de la residencia para que le den la bienvenida.

- ✓ Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses.
- ✓ Animar al paciente a participar en las actividades sociales y recreativas.
- ✓ Proporcionar los servicios con una actitud de apoyo y aprecio.
- ✓ Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamiento si así se requiere y desea.
- ✓ Implicar a la familia en los cuidados y planificación si el residente así lo desea.
- ✓ Identificar la capacidad de los miembros de la familiar para implicarse en el cuidado del residente.
- ✓ Crear una cultura de flexibilidad para la familia, en cuanto a visitas y participación.
- ✓ Programar actividades especiales, lúdicas, como salidas a eventos o actividades conjuntas con familias u otras personas de la comunidad( niños, voluntarios, jóvenes, artistas)

5. Protección de los derechos del paciente (7460): Protección de los derechos del residente, sobre todo en caso de discapacidad, incapacidad legal o no pueda tomar decisiones.

- Actividades:
  - ✓ Disponer de un ambiente que conduzca a conversaciones privadas entre el residente, familia y profesional sanitario.
  - ✓ Proteger la intimidad del paciente, establecer qué cosas entran dentro de su intimidad y con quién quiere compartirla.
  - ✓ Proporcionar espacios privados, donde el residente pueda estar sólo, tener sus propiedades y recuerdos y recibir visitas.
  - ✓ Proteger la intimidad en los cuidados personales más íntimos, asegurando que sólo están presentes las personas necesarias.
  - ✓ Determinar si existen directrices sobre deseos del paciente o testamento vital
  - ✓ Intervenir en situaciones que impliquen cuidados inseguros o inadecuados.

- ✓ Mantener la confidencialidad.
- ✓ Abstenerse de forzar el tratamiento
- ✓ Fomentar la autonomía en la toma de decisiones sobre su vida

6. Terapia de reminiscencia (4860): Utilización del recuerdo de sucesos, sentimientos y pensamientos pasados para facilitar el placer, la calidad de vida o la adaptación a las circunstancias actuales.

- Actividades:
  - ✓ Dedicar el tiempo adecuado.
  - ✓ Identificar con el residente un tema para cada sesión (vida laboral, familia, etc).
  - ✓ Determinar que método de reminiscencia (autobiografía, álbum de recortes, narración de historias).
  - ✓ Fomentar la expresión verbal de sentimientos.
  - ✓ Proporcionar una retroalimentación positiva inmediata a los pacientes que tengan alteraciones cognitivas.
  - ✓ Observar el lenguaje corporal, expresión facial y tono de voz para identificar la importancia de los recuerdos para el paciente.
  - ✓ Proporcionar apoyo, ánimo y empatía.
  - ✓ Utilizar estímulos sensoriales.
  - ✓ Ajustar el número de sesiones en función de la respuesta del residente y su deseo de continuar.

## CONCLUSIONES

El envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico que tendrá un gran impacto en la estructura sanitaria y social, y conllevará un incremento en la demanda de estos servicios. Por ello, es preciso desarrollar estudios sobre las repercusiones y necesidades derivadas del mismo.

La dependencia y aumento de morbilidad, asociada en muchos casos al propio proceso de envejecer, requiere de un necesario abordaje por parte de la sociedad, cuyo

objetivo debe dirigirse a la búsqueda y proporción de los recursos necesarios que aseguren el cumplimiento de los derechos fundamentales en la población anciana más vulnerable.

Los centros residenciales deben considerarse como último recurso cuando se agoten el resto de servicios comunitarios destinados a la prevención de la dependencia y promoción de autonomía personal. El traslado de un anciano a una residencia puede suponer un cambio de entorno significativo y estresante, y condicionar de forma negativa a la calidad de vida de éste.

Las residencias deben ser concebidas como espacios que proporcionen una asistencia integral, basada no sólo en criterios médicoasistenciales, si no también psicosociales, que aseguren la prevención y promoción de la salud, entendida ésta desde su multidimensionalidad.

Partiendo desde la concepción holística de la salud, la profesión enfermera debe centrarse en el cuidado y promoción de ésta, y es por ello necesaria una mayor investigación por parte de los profesionales en el ámbito de lo psicosocial, pues son escasos los estudios publicados en este sector en relación a los innumerables trabajos abordados desde una perspectiva médicoasistencial.

En relación a ello, el estudio de los diagnósticos enfermeros con enfoque psicosocial ha de ser desarrollado en profundidad, con el fin de proporcionar las herramientas necesarias para su aplicación en la práctica y la consecución de una atención sanitaria integral de calidad.

Por lo expuesto, es necesario aumentar el conocimiento sobre el efecto que puede tener el traslado al entorno residencial en el anciano institucionalizado. El estudio del diagnóstico enfermero propuesto se fundamenta en el carácter preventivo del riesgo, y debe ser abordado activamente desde la enfermería, promoviendo un entorno que minimice los factores de riesgo asociados y basándose en un modelo en el que las necesidades y deseos del residente sean el elemento central de cualquier intervención.

Para ello, es necesario desarrollar una comunicación eficaz con el anciano y su entorno más próximo, que posibilite una relación de confianza y permita garantizar el cumplimiento de sus derechos fundamentales, promoviendo su autonomía, participación en los aspectos relacionados con su propia vida, y asegurando un trato que tome como punto de partida el respeto e integralidad a su dignidad humana.

## **AGRADECIMIENTOS**

No podía dejar de dar las gracias a todas aquellas personas que han participado de alguna u otra manera en el trabajo que hoy presento como último proyecto antes de graduarme. Gracias a cada enfermero y enfermera que ha dedicado parte de su tiempo

a enseñarme en la práctica clínica diaria lo que a día de hoy se. Gracias a mis compañeros, especialmente a Ana y Paula, por compartir este viaje que en principio parecía largo, y que al final ha pasado sin apenas darme cuenta. Compañeros de fatigas, pero también de alegrías que quedarán para siempre grabadas en mi memoria. Gracias a cada profesor, que con sus clases, no sólo han aportado conocimiento, si no que me han enseñado a ver los valores que esta hermosa profesión lleva consigo. Gracias a mi tutor, Andrés Pérez Melero, por saber transmitirme en sus clases el interés por los mayores, y poder hoy dedicarles mi trabajo a todos ellos. Y gracias como no, a mi familia, porque sin duda alguna han sabido acompañarme en los momentos más tensos, y han celebrado con la mayor alegría cada uno de mis logros. Mi más profundo agradecimiento por inculcarme los valores que hoy llevo conmigo, y que con tanto esfuerzo y cariño me habéis sabido dar.

### BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. 10 facts on ageing and the life course [Internet]. Geneve: WHO; 2012 [cited 2014 Mar 13]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>
2. Eurostat European Comission. Key figures on Europe. 2013 digest of the online Eurostat yearbook [internet]. Luxembourg: Eurostat; 2013 [cited 2014 Mar 13]. Disponible en: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-EI-13-001/EN/KS-EI-13-001-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EI-13-001/EN/KS-EI-13-001-EN.PDF)
3. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de la Población a largo plazo 2012-2052 [internet]. Madrid: INE; 2012 [citado 13 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/p251/&file=inebase>
4. Abellán A, Vilches J, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos [Internet] . Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2014 [citado 13 Mar 2013]. p. 3-14. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de la Población a corto plazo 2013-2023 [internet]. Madrid: INE; 2013 [ citado 13/Mar/2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/p269/&file=inebase>
6. Instituto de Mayores y Servicios Sociales . Informe 2010. Las Personas Mayores en España [internet]. Madrid: IMSERSO; 2012 [citado 13/Mar/2014]. Disponible en: [http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/22023\\_inf2010pm\\_v1.pdf](http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/22023_inf2010pm_v1.pdf)
7. Eurostat European Comission. Population projections 2010-2060 [internet].

- Luxembourg: EUROSTAT; 2011 [cited 2014 Mar 15]. Disponible en: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_PUBLIC/3-08062011-BP/EN/3-08062011-BP-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-08062011-BP/EN/3-08062011-BP-EN.PDF)
8. Abellán A, Pujol R. Esperanza de Vida Libre de Discapacidad en los Mayores [internet]. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2013 [citado 15 Mar 2013]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-esperanza-libredisca-01.pdf>
  9. Parapar C, Fernández JL, Rey J, Ruíz M. Informe sobre Envejecimiento [internet]. Madrid: Fundación General CSIC; 2010 [citado 15 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.fgcsic.es/sites/default/files/InformeEnvejecimiento.pdf>
  10. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Integración Social y Salud 2012 [Internet]. Madrid: INE; 2013 [citado 16 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?jsessionid=88C926684EDD60758975845CDA5411D2.jaxi03?type=pcaxis&path=/t15/p470&file=inebase&L=0>
  11. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Española sobre Discapacidad 2012-2020 [Internet]. Madrid: El Ministerio; 2012 [citado 16 Mar 2014]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia\\_espanola\\_discapacidad\\_2012\\_2020.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/docs/estrategia_espanola_discapacidad_2012_2020.pdf)
  12. World Health Organization. Ageing and Life Course [internet]. Geneve: WHO; 2012 [cited 2014 Mar 18]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/>
  13. Instituto Nacional de Estadística. Panorámica de la Discapacidad en España [internet]. Madrid: INE; 2008 [citado 18 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>
  14. Carretero S, Garcés J, Ródenas F. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial [Internet]. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2006 [citado 18 Mar 2014]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
  15. Rogero-García J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. Index Enferm [Internet]. 2010 [citado 18 Mar 2014];19(1):47-50. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000100010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010)
  16. Abellán A, Pujol R. ¿Quién cuidará de nosotros cuando seamos octogenarios?

[internet]. Madrid: Departamento de Población, CSIC; 2013 [citado 18 Mar 2014]. Disponible en: <http://envejecimientoenred.wordpress.com/2013/09/02/quien-cuidara-de-nosotros-cuando-seamos-octogenarios/#more-437>

17. Ley 39/2006 de 14 de Noviembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE [Internet], 2006, número 299, de 15-12-2006. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>
18. Ministerio de Economía y Competitividad. Distribución de Centros y Plazas Residenciales 2012 [Internet]. Madrid: CSIC; 2013 [citado 20 Mar 2014]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/estadisticas/indicadores/residencias/2012/index.html>
19. Ramos P, Larios O, Martínez SR, López M, Pintos JA. Prevención y Promoción de la Salud en el Anciano Institucionalizado [Internet]. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2007 [citado 20 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=filename%3Dt023&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220385164727&ssbinary=true>
20. Ávila-Funes JA, Aguilar-Navarro S. El Síndrome de fragilidad en el adulto mayor. Antología Salud del Anciano. Parte 2 [Internet]. México DF: Universidad Autónoma de México; 2007 [citado 20 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20anciano/avila.pdf>
21. Segerstrom SC, O'Connor DB. Stress, health and illness: four challenges for the future. Psychol Health [internet]. 2012 [cited 2014 Mar 21];27(2):128-140. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22348326>
22. McEwen BS. Central effects of stress hormones in health and disease: understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. Eur J Pharmacol [internet]. 2008 [cited 2014 Mar 23];583(2-3):174-185. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2474765/>
23. Hidalgo V, Villada C, Pulopulos MM, Almela M, Salvador A. Estrés y cambios cognitivos asociados al envejecimiento. Proyecto MNEME. Información Psicológica [Internet]. 2013 [citado 28 Mar 2014];105:14-28. Disponible en: <https://www.copcv.org/db/docu/1307121324439XNXIzwjAu2Q.pdf>
24. McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. World Psychiatry [Internet]. 2010 [cited 28 Mar

- 2014];9(1):3-10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2816923/>
25. McEwen BS, Wingfield JC. The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Horm Behav* [internet]. 2003 [cited 28 Mar 2014];43(1):2-15. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S0018506X02000247/1-s2.0-S0018506X02000247-main.pdf?\\_tid=a00d66c2-d82a-11e3-926d-00000aabb0f01&acdnat=1399716513\\_42c9f01d33782f83f6514dde289dc350](http://ac.els-cdn.com/S0018506X02000247/1-s2.0-S0018506X02000247-main.pdf?_tid=a00d66c2-d82a-11e3-926d-00000aabb0f01&acdnat=1399716513_42c9f01d33782f83f6514dde289dc350)
26. Verkuil B, Brosschot JF, Meerman EE, Thayer J. Effects of momentary assessed stressful events and worry episodes on somatic health complaints [internet]. *Psychol Health*, 2012 [cited 01 Apr 2014];27(2):141-158. Disponible en: [http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf27\\_28/pdf/2012/7WK/01Feb12/71860237.pdf?T=P&P=AN&K=2011460179&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRsrq64SLaWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6fIA](http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf27_28/pdf/2012/7WK/01Feb12/71860237.pdf?T=P&P=AN&K=2011460179&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRsrq64SLaWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6fIA)
27. Watkins ER. Constructive and Unconstructive Repetitive Thought. *Psychol Bull* [internet]. 2008 [cited 01 Apr 2014];34(2):163-206. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2672052/>
28. Fraher A, Coffey A. Older people's experiences of relocation to long-term care. *Nurs Older People* [internet]. 2011 [cited 2014 Apr 05];23(10):23-27. Disponible en: [http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf27\\_28/pdf/2011/FTV/01Dec11/69618984.pdf?T=P&P=AN&K=2011395095&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRsr6i4TbeWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6fIA](http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf27_28/pdf/2011/FTV/01Dec11/69618984.pdf?T=P&P=AN&K=2011395095&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRsr6i4TbeWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6fIA)
29. Walker CA, Curry LC, Hogstel MO. Relocation stress syndrome in older adults transitioning from home to a long-term care facility: myth or reality?. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* [Internet]. 2007 [cited 2014 Apr 05];45(1):38-44. Disponible en: [http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf18\\_21/pdf/2007/1FE/01Jan07/23675991.pdf?T=P&P=AN&K=2009489539&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRsr6u4SbSWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6fIA](http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf18_21/pdf/2007/1FE/01Jan07/23675991.pdf?T=P&P=AN&K=2009489539&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRsr6u4SbSWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6fIA)
30. Hertz JE, Rossetti J, Koren ME, Robertson JF. Management of relocation in cognitively intact older adults. *J Gerontol Nurs* [Internet]. 2007 [cited 2014 Apr 05];33(11):12-18. Disponible en: [http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf19\\_22/pdf/2007/1FD/01Nov07/27260063.pdf?T=P&P=AN&K=2009709755&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRsr6%2B4TLaWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6fIA](http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf19_22/pdf/2007/1FD/01Nov07/27260063.pdf?T=P&P=AN&K=2009709755&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRsr6%2B4TLaWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6fIA)

31. Laughlin A, Parsons M, Kosloski KD, Bergman-Evans B. Predictors of mortality following involuntary interinstitutional relocation. J Gerontol Nurs [Internet]. 2007 [cited 2014 Apr 05];33(9):20-26. Disponible en: [http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf19\\_22/pdf/2007/1FD/01Sep07/26362949.pdf?T=P&P=AN&K=2009665767&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRSsKe4Sq6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6flA](http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf19_22/pdf/2007/1FD/01Sep07/26362949.pdf?T=P&P=AN&K=2009665767&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRSsKe4Sq6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6flA)
32. Falk H, Wijk H, Persson LO. Frail older persons' experiences of interinstitutional relocation. Geriatr Nurs [internet]. 2011 [cited 2014 Apr 05];32(4):245-246. Disponible en: [http://ac.els-cdn.com/S019745721100200X/1-s2.0-S019745721100200X-main.pdf?\\_tid=4110e60a-d82d-11e3-a839-00000aacb35f&acdnat=1399717642\\_8c31a2a5965b6aaec552b0be66db8a98](http://ac.els-cdn.com/S019745721100200X/1-s2.0-S019745721100200X-main.pdf?_tid=4110e60a-d82d-11e3-a839-00000aacb35f&acdnat=1399717642_8c31a2a5965b6aaec552b0be66db8a98)
33. ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. BOE [Internet]. 2008, número 174, de 19-07-2008. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/07/19/pdfs/A31680-31683.pdf>
34. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería [internet]. Ginebra: CIE; 2012 [citado 10 Abr 2014]. Disponible en: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_spanish.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf)
35. Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
36. Tanner CA. Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. J Nurs Education [internet]. 2006 [cited 2014 Apr 11];45(6):204-211. Disponible en: [http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf18\\_21/pdf/2006/4C7/01Jun06/21024237.pdf?T=P&P=AN&K=2009209758&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRSsaa4S7eWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6flA](http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf18_21/pdf/2006/4C7/01Jun06/21024237.pdf?T=P&P=AN&K=2009209758&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRSsaa4S7eWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6flA)
37. Salleras L. Educación Sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos; 1985.
38. Lalonde M. Nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses: 28 años después. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2002 [citado 11 Abr 2014];12(3):149-52. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000900001](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000900001)

39. Melrose S. Relocation stress: How staff can help. Canadian Nursing Home [Internet]. 2013 [cited 2014 Apr 20];24(1):16-19. Disponible en: [http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf29\\_30/pdf/2013/G60/01Mar13/86935608.pdf?T=P&P=AN&K=2012077245&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRssam4SbaWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6fIA](http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf29_30/pdf/2013/G60/01Mar13/86935608.pdf?T=P&P=AN&K=2012077245&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRssam4SbaWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6fIA)
40. Kao HF, Travis SS, Acton GJ. Relocation to a long-term care facility: working with patients and families before, during, and after. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv [Internet]. 2004 [cited 2014 Apr 20];42(3):10-16. Disponible en: [http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf18\\_21/pdf/2004/1FE/01Mar04/21472136.pdf?T=P&P=AN&K=2004062200&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRssay4TbCWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6fIA](http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf18_21/pdf/2004/1FE/01Mar04/21472136.pdf?T=P&P=AN&K=2004062200&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRssay4TbCWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6fIA)
41. Aizpiri JJ, Barbado JA, Cañones PJ, Fernández A, Gonçal F, Rodriguez JJ, et al. Abordaje del estrés postraumático desde la Atención Primaria. Madrid: Gráf. Jomagar; 2005.
42. O Donovan R, Doody O, Lyons R. The effect of stress on health its implications for nursing. Br J Nurs [internet]. 2013 [cited 2014 Apr 20];22(16):969-973. Disponible en: [http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf29\\_30/pdf/2013/GHD/22Aug13/90267552.pdf?T=P&P=AN&K=2012299199&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRssqa4SLCWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6fIA](http://0-content.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/pdf29_30/pdf/2013/GHD/22Aug13/90267552.pdf?T=P&P=AN&K=2012299199&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNHX8kSep644y9f3OLCmr0yepRssqa4SLCWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGusU%2BwrLRQuePfgeyx44Dt6fIA)
43. Jimenez-Torres M, Martínez MP, Miró E, Sánchez AI. Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. Anales de Psicología [internet]. 2012 [citado 23 Abr 2014];28(1):28-36. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/26372>
44. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E, editores. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
45. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ªed. Barcelona: Elsevier; 2013.
46. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ªed. Barcelona: Elsevier; 2013.
47. Rodriguez P. La atención integral centrada en la persona. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales [Internet]. 2010 [citado 20 May 2014];106:1-16.

Disponible en:  
<http://imserso.gob.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/pilar-atencion-01.pdf>

48. Martínez T. La Atención Gerontológica centrada en la persona [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.; 2011[citado 20 May 2014]. Disponible en:  
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaenlapersona.pdf>
49. Gómez LE, Verdugo MA, Arias B. Calidad de vida individual: Avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. Psicología Conductual [internet]. 2010 [citado 21 May 2014];18(3):453-472. Disponible en:  
<http://0-search.proquest.com/cisne.sim.ucm.es/psycinfo/docview/931404805/fulltext/4576FE056F9740BEPQ/1?accountid=14514>
50. Elisardo B. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. Rev Psicopatol Psicol Clín [internet]. 2006 [citado 21 abril 2014];11(3):125-146. Disponible en:  
<http://e-spacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/download/4024/3878>

Recibido: 14 enero 2015.

Aceptado: 14 diciembre 2015.