

CAPÍTULO 4

ASPECTOS GENERALES DE LA VALORACIÓN EN LOS ANCIANOS

M^a PILAR TORRES EGEA
Enfermera.
Profesora Titular Enfermería Geriátrica
E.U.E. Universidad de Barcelona

CAPITULO 4

ASPECTOS GENERALES DE LA VALORACIÓN EN LOS ANCIANOS

1. LA VALORACIÓN: PRIMERA ETAPA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración que realizan las enfermeras no consiste en una recogida de datos exhaustiva y sin objetivos. La valoración de enfermería responde a la identificación que hace la enfermera de la situación de salud en la que se encuentra el anciano al que va a prestar sus cuidados. Por este motivo debe responder a dos premisas fundamentales: a la filosofía de cuidados que aquella enfermera tenga interiorizada y a su forma de expresarla en la práctica.

El objetivo fundamental de la valoración es reunir la información precisa, concreta y necesaria, mediante los datos que podemos obtener del propio anciano o de su familia, que nos ayudará a determinar los problemas y sus posibles causas, así como las capacidades de que dispone para la búsqueda de soluciones.

1.1. SOBRE LA ELECCIÓN DEL MODELO DE CUIDADOS

Conceptualizar primero y traducir en acciones, después el concepto de cuidar, es una de las finalidades de un modelo teórico de cuidados de enfermería. La elección de modelo se encuentra condicionada por la propia concepción del ser humano que tenga el profesional, pero también por las características de los usuarios que van a ser objeto de nuestros cuidados.

Si la forma de entender a la persona, es como un individuo único, con unas necesidades que debe satisfacer por sí mismo, condicionado por unos cambios asociados al transcurrir del tiempo, con influencia del entorno; y por tanto la intervención de la enfermera estará dirigida a ayudarlo, reforzarle o suplirle cuando él no pueda, no sepa o no tenga suficiente voluntad para hacerlo de forma independiente, en este caso habrá que adoptar un modelo de cuidados que plantee esta filosofía, tal como el modelo de Virginia Henderson.

Si la visión de la persona se basa en las capacidades que ésta debe desarrollar para adaptarse a las nuevas situaciones que le plantea su desarrollo vital o la enfermedad, y la intervención de la enfermera debe dirigirse a la ayuda en esa adaptación, el modelo que debemos adoptar es el de S. Callista Roy.

Cuando nuestra función como enfermeras se centre en dar respuesta a las actividades de la vida diaria de las personas ancianas, el modelo que habrá que adoptar se centrará en cómo se ve afectado el estado funcional de salud para los requerimientos de la vida cotidiana. Las respuestas a este planteamiento podemos hallarlas en el modelo de atención geriátrica que plantea D. Carnevali.

Las enfermeras que quieran trabajar juntas, ya sea con los mismos pacientes o no, y deseen adoptar un mismo modelo de cuidados deberán conocer el modelo en profundidad, poner en común sus dudas, preguntas y planteamientos, antes de acordar la elección. Una vez tomada la decisión, su compromiso debe ir encaminado a respetar en su totalidad los principios, valores y actuaciones que de él se deriven.

1.2. OBJETIVOS DE LA VALORACIÓN

Ya se han planteado anteriormente cuál es el objetivo principal de la valoración; y también la necesidad de recoger los datos y organizar la información del anciano en base a un modelo determinado, que nos permita ofrecer nuestros cuidados específicamente orientados hacia un fin.

Por tanto, es fundamental la planificación de los parámetros que hay que considerar en el instrumento de valoración utilizado. Por ejemplo, si usted ha elegido el modelo de V. Henderson, la información que precisará irá encaminada a determinar la capacidad de independencia del individuo anciano en la satisfacción de las catorce necesidades identificadas en el modelo teórico. Pero al mismo tiempo, usted deberá plantearse dónde reside la causa de dificultad que no permite a una persona concreta desarrollar sus capacidades (es la falta de fuerza, la falta de conocimientos o la falta de voluntad, lo que le impide funcionar independientemente?

Es importante tener presente la participación del anciano en su valoración, a pesar de que tenga problemas en la expresión de sus dificultades. Si es preciso, deberá recurrir a la ayuda de la persona más directamente implicada en su cuidado.

Otro factor que hay que considerar es el tiempo probable de duración de la relación enfermera/anciano para planificar la distribución de recogida de la información. Como es de suponer, la persona anciana puede ser un usuario ocasional, cuando presenta un problema agudo de salud, o bien puede ser un usuario ocasional, cuando presenta un problema agudo de salud, o bien puede ser un cliente continuado, cuando su problemática es crónica. El planteamiento de la valoración es también diferente. Mientras que, en el primer caso, la recogida de información se dirige a establecer el estado específico de un problema de salud en un determinado momento (valoración focalizada); en el segundo, lo que se pretende es reunir información sobre todos los aspectos que pueden estar afectando su salud, a fin de identificar las posibilidades y recursos de ayuda (valoración de referencia).

2. ESTRATEGIAS PARA LA VALORACIÓN DEL ANCIANO

En la valoración gerontológica hay que tener siempre presentes los cambios que se producen como consecuencia del paso del tiempo en el individuo, los cambios físicos, psíquicos y sociales ya analizados en el capítulo 2 de este mismo módulo. Por tanto, habrá que poner en marcha una serie de estrategias para conseguir la máxima participación y la aportación de información de la persona anciana.

Uno de los elementos fundamentales de la etapa de valoración es la identificación, por ambas partes, de las expectativas de la relación que se inicia: qué espera el anciano de la enfermera y qué puede ofrecerle ella como profesional.

2.1. RECOGIDA DE INFORMACIÓN: OBSERVACIÓN, PARÁMETROS DE MEDICIÓN.

Compartir información sobre aspectos personales de un anciano puede requerir un esfuerzo importante por su parte, ya que puede mostrar reticencias e incluso tener dificultades para sintetizar lo que el profesional considera relevante. Probablemente resulte más eficaz, intentar obtener datos concretos sobre un determinado aspecto centrandose cada una de las entrevistas, sin que la enfermera tome notas sobre el terreno, sino que más tarde interprete y traduzca la información en sus registros. El anciano tenderá a compartir más a medida que gane confianza.

La observación es la clave de la valoración. Observar significa estar atento, receptivo, a todas las reacciones de la persona anciana en el relato de su situación de salud y de las interferencias y/o consideraciones que haga de su situación vital.

La escucha acompaña a la observación, están íntimamente relacionadas. Cuando interrumpimos la información, o redirigimos la conversación por no considerar los datos “importantes”, perdemos la oportunidad de conocer lo que sí es significativo para el anciano.

La consideración del tiempo necesario para las respuestas, el ritmo de funcionamiento individual, los posibles déficit sensoriales, el ambiente en el que se realiza la entrevista, el motivo de la visita, la interferencia de su situación de salud en la realización de sus actividades, serán elementos condicionadores de las posibilidades efectivas de la interacción con los profesionales de enfermería en las estrategias para la valoración.

Los parámetros de medición estarán en relación directa con el objetivo de los cuidados. Si el objetivo es conseguir la adaptación del anciano a los posibles déficit originados por su situación de salud, los parámetros que hay que medir irán encaminados a conocer las posibilidades y los recursos con los que cuenta la persona para poner en marcha estrategias específicas de adaptación. Si el objetivo de nuestros cuidados es conseguir la máxima independencia posible en la satisfacción de las catorce necesidades, los parámetros que

deberemos considerar reflejarán el perfil de independencia y cuáles son las causas que dificultan la consecución del máximo nivel alcanzable en cada caso.

Los parámetros se formularán de forma clara, concisa y específica. Cada uno de ellos se referirá a un aspecto concreto y establecerá niveles de dificultad en la consecución del objetivo de cuidados (independencia, adaptación, funcionalidad...).

Mediante el registro de la valoración de las capacidades de los ancianos que nos llevará a identificar los problemas y por tanto a determinar a qué nivel debemos intervenir, conseguimos gestionar los recursos personales y también materiales del servicio de enfermería.

2.2. IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS QUE ORIGINAN LOS PROBLEMAS. ORIENTACIÓN PARA LAS ACTUACIONES

La valoración no pretende sólo recoger información sino también interpretarla. En esta interpretación se incluye la identificación de las situaciones que originan los problemas, es decir las causas de los problemas reales, la interacción entre ellas y las posibles repercusiones en la aparición de nuevos problemas.

Cuando trabajamos con personas ancianas nos damos cuenta que tiene tanta importancia el nivel de salud actual como el peso de las complicaciones posteriores o derivadas de esa situación primitiva.

Sólo la identificación de las causas nos podrá orientar sobre la naturaleza de nuestra intervención. La metodología que hay que seguir (se planteará al inicio del Módulo 2) le permitirá orientar las actividades que hay que planificar y realizar en el plan de cuidados individualizado.

3. VALORACIÓN INTERDISCIPLINAR

La aportación de los distintos profesionales en el trabajo con personas mayores abre un abanico de posibilidades de ayuda a las distintas situaciones de salud que puedan plantearse. Si el objetivo de la atención gerontológica es asumir una atención integral, continuada y de calidad, sólo puede ser contemplada si se implican en el cuidado otras disciplinas. Sin embargo la atención debe estar coordinada y los objetivos que hay que alcanzar estarán encaminados a satisfacer las necesidades del usuario anciano.

El equipo interdisciplinar realiza la valoración de la situación global del anciano, establece unos objetivos y unas estrategias adecuadas para su consecución. Cada profesional se responsabiliza de dar respuesta, desde su ámbito de actuación, al aspecto que se le haya asignado en el plan terapéutico.

3.1. PARTICIPACIÓN Y APORTACIONES DE LA ENFERMERA EN LA VALORACIÓN INTERDISCIPLINAR

La preparación actual de la enfermera le permite ocuparse del cuidado de la persona anciana desde los aspectos de la protección de la salud y también de la prevención de la enfermedad y de las posibles complicaciones derivadas de ésta. La valoración específica que realiza la enfermera, en base al modelo de cuidados de su elección, le permite plantearse unos objetivos de actuación concretos y diferenciados de las actuaciones de otros profesionales.

La aportación que específicamente puede hacerse a la valoración interdisciplinar estará centrada en la visión de cuidado integral y continuado que puede ofrecer la enfermera, ya sea en el centro de salud, en el domicilio o en su colaboración con otras instituciones. La enfermera de atención primaria dispone de una posición privilegiada ya que puede participar en el proceso salud/enfermedad del anciano, su familia y la implicación de su entorno, y obtener información “in situ” sobre el estilo de vida del usuario de sus servicios.

3.2. ESCALAS DE VALORACIÓN VALIDADAS

La determinación interprofesional de la situación de un individuo anciano puede hacerse mediante la utilización de instrumentos que permitan la medición de ítems adecuados, racionalizando la información.

Muchas son las escalas que determinan aspectos concretos de la funcionalidad, el estado mental, la situación social o la fijación de recursos y grados de severidad de un estado de salud. De entre las escalas validadas en la valoración del anciano recogemos una muestra simple de una escala de valoración funcional (escala de Barthel, ver figura 6), otra escala de medición del estado mental (Mini examen cognitivo de Lobo, figura 7), y otra escala que mide la situación social (OARS, figura 8). En este punto emplazamos a los lectores a acudir a otras fuentes de información, citadas en la bibliografía, para conocer otras posibilidades existentes en el mercado, sobre medición geriátrica.

Las escalas de valoración citadas, y otras, ayudan a la enfermera a corroborar algunos datos de su valoración específica y a completar la información sobre las posibilidades de funcionamiento, de rehabilitación o de reinserción del anciano en su entorno habitual.

<p style="text-align: center;">Comer</p> <p>10 Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.</p> <p>5 Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan , extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer sólo.</p> <p>0 Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.</p>	<p style="text-align: center;">Ir al retrete</p> <p>10 Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.</p> <p>5 Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.</p> <p>0 Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.</p>
<p>Lavarse (bañarse)</p> <p>5 Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.</p> <p>0 Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión</p>	<p style="text-align: center;">Traslado al sillón/cama</p> <p>15 Independiente. No precisa ayuda.</p> <p>10 Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.</p> <p>5 Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.</p> <p>0 Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.</p>
<p>Vestirse</p> <p>10 Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.</p> <p>5 Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.</p> <p>0 Dependiente</p>	<p style="text-align: center;">Deambulaci3n</p> <p>15 Independiente. Puede andar 50 m. O su equivalente en casa. Sin ayuda o supervisi3n de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bast3n, muleta), excepto andador. Si utiliza pr3tesis, debe ser capaz de pon3rsela y quit3rsela solo.</p> <p>10 Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una peque1a ayuda f3sica por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.</p> <p>5 Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda ni supervisi3n.</p> <p>0 Dependiente.</p>
<p>Deposici3n</p> <p>10 Continente. Ning3n episodio de incontinencia.</p> <p>5 Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.</p> <p>0 Incontinente.</p>	<p style="text-align: center;">Subir/bajar escaleras</p> <p>10 Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisi3n de otra persona.</p> <p>5 Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisi3n.</p> <p>0 Dependiente. Incapaz de salvar escalones.</p>
<p>Micci3n (valorar la situaci3n en la semana anterior)</p> <p>10 Continente. Ning3n episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por s3 solo.</p> <p>5 Accidente ocasional. M3ximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye</p>	

necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos. 0 Incontinente	
--	--

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria: alimentación (10), lavado (5), vestirse (10), asearse (5), continencia fecal (10), continencia urinaria (10), manejarse en el cuarto de baño (10), traslado a la cama/sillón (incluye silla de ruedas) (15), deambulación (15), subir escaleras (10). Los paréntesis expresan la puntuación máxima para cada apartado, con un total de 100 para el conjunto de las actividades evaluadas.

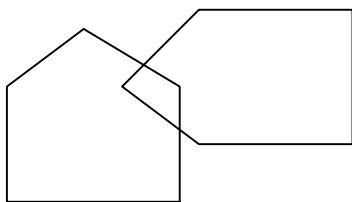
“Lea esto y haga lo que dice” (puntos 0-1).

Cierre los ojos.

“Escriba una frase como si estuviera contando algo en una carta” (puntos 0-1).

.....
.....

“Copie este dibujo” (puntos 0-1)



Instrucciones:

- Orientación.** Un punto entero por acierto, no hay medios por respuestas aproximadas. Enumerar cada ítem y esperar la respuesta antes de continuar.
- Fijación.** Decir las tres palabras seguidas y luego esperar a que las repita el anciano. Repetir las palabras hasta que recuerde las tres. Sólo se puntúan las palabras que consiguió

repetir en el primer intento. Un punto por cada palabra repetida.

- Concentración y cálculo.** Un punto entero por cada resta correcta y un punto por cada cifra correcta y en el orden correcto.
- Memoria.** Un punto entero por cada palabra recordada, no importa el orden.
- Lenguaje y construcción.** Un punto por cada nombre correcto sin aproximaciones. Un punto si repite exactamente la misma frase tras decirla una sola vez. Un punto por cada respuesta correcta; rojo y verde son colores, y perro y gato son animales. Un punto por cada parte de la orden correctamente ejecutada. Un punto si lee, comprende y realiza la orden escrita. Un punto si escribe una frase completa con sujeto, verbo y predicado, y significado coherente (no calificar ortografía ni caligrafía). Un punto si realiza dos pentágonos con intersección de un ángulo cada uno.

Puntuación máxima 35. Menos de 23 significa deterioro cognitivo.

1. Orientación:

Tiempo: “Dígame el día de la semana, día del mes, mes, estación del año y año en que estamos” (puntos 0-1-2-3-4-5).

Espacio: “Dígame el nombre del hospital, planta, ciudad, provincia y país en que estamos” (puntos 0-1-2-3-4-5).

2. Fijación:

“Repita estas palabras: peseta, caballo y manzana” (puntos 0-1-2-3).

3. Concentración y cálculo:

“ Si tiene 30 ptas. Y me las van dando de 3 en 3 ¿cuántas van quedando?” (puntos 0-1-2-3-4-5).

“Repita el número 3-9-2 hasta que se lo aprenda. Ahora dígalos al revés empezando por la última cifra, luego la penúltima y finalmente la primera” (puntos 0-1-2-3).

4. Memoria:

“¿Recuerda las palabras que le he dicho antes?

Dígalas” (puntos 0-1-2-3).

5. Lenguaje y construcción:

“ ¿Qué es esto?” (mostrar un reloj)” ¿y esto?” (mostrar un bolígrafo) (puntos 0-1-2).

“Repita la siguiente frase: en un trigal había cinco perros” (puntos 0-1).

“ Si una manzana y una pera son frutas, ¿qué son el rojo y el verde?”, “¿y un perro y un gato?”. (puntos 0-1-2).

“Coja el papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo. (puntos 0-1-2-3).

ME GUSTARÍA HACERLE AHORA ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU FAMILIA Y SUS AMIGOS:

¿Es usted soltero, casado, viudo, divorciado o separado?

- 1. Soltero.
- 2. Casado.
- 3. Viudo.
- 4. Divorciado.
- 5. Separado.
- No contesta

Instrucción: si la respuesta es “2” pregunte:

- a. ¿Vive su esposa también aquí?
 - 1. Sí.

- 2. No.
 - No contesta

¿Quién vive con usted?

(Indique “sí” o “no” en cada una de las siguientes.)

- | | |
|-------|--|
| SI | NO |
| _____ | Nadie |
| _____ | Esposo o esposa |
| _____ | Nietos |
| _____ | Padres |
| _____ | Abuelos |
| _____ | Hermanos y hermanas |
| _____ | Otros familiares (no incluye a otros familiares comprendidos en las categorías anteriores. |
| _____ | Amigos. |
| _____ | Ayuda pagada no familiar |
| _____ | Otros (especifíquense) |
| _____ | |

Instrucción: en el último año ¿cuántas veces dejó este centro para visitar a su familia y/o amigos durante los fines de semana o las vacaciones, o para ir de compras o de excursión?

- 1. Una vez o más a la semana
- 2. Una a tres veces al mes.
- 3. Menos de una vez al mes o únicamente en vacaciones
- 4. Nunca
- 5. No contesta

¿ A cuántas personas conoce lo suficientemente bien como para visitarlas en casa?.

- 3. Cinco o más.
- 2. Tres o cuatro.
- 1. Una a dos.
- 0. Nadie
- No contesta

¿ Cuántas veces habló por teléfono con amigos, familiares u otras personas en la última semana (ya sea porque les llamara usted o le llamaran ellos)?

(Aunque el sujeto carezca de teléfono, se le sigue preguntando).

3. Una o más veces al día.
2. Dos veces.
1. Una vez.
0. Ninguna vez.
- No contesta.

¿Cuántas veces en la última semana pasó algún tiempo con alguien que no vive con usted; es decir, usted fue a verles o ellos le visitaron o salieron a hacer cosas juntos?

3. Una o más veces al día.
2. Dos a seis veces.
1. Una vez.
0. Ninguna vez.
- No contesta.

¿ Tiene alguien en quien confiar?

2. Sí
1. No.
- No contesta

¿ Se encuentra solo a menudo a veces o casi nunca?

0. A menudo
1. A veces.
2. Casi nunca.
- No contesta.

¿ Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o se siente usted triste porque los ve poco?

2. Tan a menudo como quisiera.
3. Algo triste por la poca frecuencia.
- No contesta.

¿ Hay alguien (Instrucción: fuera de este sitio) que le prestaría ayuda si usted se encontrara enfermo o incapacitado: por ejemplo, su esposo/esposa, un miembro de su familia o un amigo?

2. Sí.

3. Nadie que desee o sea capaz de ayudar.
- No contesta.

Si la respuesta es “sí”, pregunte a y h.

- a. ¿Hay alguien (Instrucción: fuera de este sitio) que le cuidaría todo el tiempo que fuese necesario o sólo un cierto tiempo o únicamente alguien que le ayudaría de vez en cuando?
0. Alguien que cuidaría del sujeto indefinidamente (todo el tiempo que fuese necesario)
1. Alguien que cuidaría al sujeto durante un corto periodo de tiempo (desde unas pocas semanas hasta 6 meses).
2. Alguien que ayudaría al sujeto de vez en cuando (acompañándole al médico, haciéndole la comida etc.).
- No contesta

a. (¿De quién se trata?)

Nombre.....

Relación.....

Evalúe los recursos sociales actuales de la persona a quien se valore según la escala de seis puntos que se presenta a continuación. Haga un círculo alrededor del número que mejor describa las circunstancias actuales de la persona.

1. Recursos sociales excelentes: las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias; al menos una persona le cuidaría indefinidamente.
2. Buenos recursos sociales: las relaciones sociales son satisfactorias y adecuadas y al menos una persona

le cuidaría indefinidamente, o las relaciones sociales son muy satisfactorias y amplias, y sólo se podría obtener ayuda a corto plazo.

3. Levemente incapacitado socialmente: las relaciones sociales son insatisfactorias, de mala calidad y escasas, pero al menos una persona les cuidaría indefinidamente, o las relaciones sociales son satisfactorias y adecuadas, y sólo se podría obtener ayuda a corto plazo.
4. Moderadamente incapacitado socialmente, las relaciones sociales son insatisfactorias, de mala calidad y escasas y sólo se podría conseguir ayuda a corto plazo, o las relaciones sociales son al menos adecuadas o satisfactorias, pero sólo se conseguiría ayuda de vez en cuando.
5. Gravemente incapacitado socialmente: las relaciones sociales son insatisfactorias, de mala calidad y escasas, y sólo se conseguiría ayuda de vez en cuando, o las relaciones sociales son al menos satisfactorias y adecuadas, pero no se conseguiría ayuda de vez en cuando.
6. Totalmente incapacitado socialmente: las relaciones son insatisfactorias, de mala calidad y escasas, y no se conseguiría ayuda de vez en cuando.

. De Kane, Kane, 1991.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

- . Elija primero el modelo de cuidados que mejor dé respuesta a su concepción de “ser enfermera” y que esté más cerca de las características de los usuarios a quienes vayan a prestar cuidados.
- . Tenga presente la participación del anciano en su valoración aunque tenga dificultades en la comunicación de sus problemas.
- . Realice una buena planificación de los parámetros que considere necesarios en su valoración para poder obtener la información que le sea útil en su trabajo autónomo.
- . Participe en las reuniones del equipo interdisciplinar con sus propios registros de valoración que expresen la naturaleza específica d su trabajo.

SÍNTESIS

La valoración es la primera etapa del proceso de atención de enfermería. En ella se expresa la forma en que las enfermeras entienden su modelo de cuidados y es el primer paso para plantearse sus actuaciones.

El objetivo fundamental es la obtención de la información precisa, concreta y necesaria para conocer el estado de salud del anciano.

La adopción del modelo de cuidados orientará la información que es necesario obtener del usuario, y los parámetros de medición estarán en relación directa con el objetivo de los cuidados.

En gerontología es tan importante valorar el nivel de salud actual como la prevención de posibles complicaciones.

La aportación de la enfermera en la valoración interdisciplinar estará centrada en la visión de cuidado integral y continuado que puede ofrecer, ya sea en el centro de salud o en el propio domicilio del anciano.

Las escalas de valoración interdisciplinar aportan información complementaria a la obtenida por la valoración de las enfermeras en base a su modelo conceptual.