

PACIENTE ANCIANO Y CRÓNICO

Curso 24-25

PACIENTE ANCIANO: ATENCIÓN INTEGRAL



INTRODUCCIÓN

El paso hacia la ancianidad es un paso dinámico. Se considera **anciano** según la RAE es "Persona de mucha edad", pero desde el punto de vista biopsicosocial, puede haber ancianos sanos, ancianos enfermos o anciano en situación de riesgo o frágil (aquellos que tienen mayor probabilidad de perder funcionalidad y sufrir efectos adversos como discapacidad, caídas, dependencia...).

Se toma como referencia los 65 años como inicio de la etapa.

El **envejecimiento** es el conjunto de cambios que van apareciendo en el nivel biológico, psicológico y social como consecuencia del paso del tiempo. El un proceso lineal, inevitable, variable, asíncrono (no todos los órganos envejece al mismo tiempo).

El **sobreenvejecimiento** es el aumento de la población anciana en la sociedad, resultado de las mejores en condiciones sociosanitarias, dietéticas, higiénicas y el descenso de la natalidad.

Generalmente los rasgos negativos del anciano como la sensiblería, rechazo, tendencia al aislamiento, decaimiento o pasividad... son consecuencia de la situación socioeconómica, estado civil, la salud, el estado funcional o la educación.

Cambios en el proceso de envejecimiento

Cambios biológicos

Los cambios a nivel físico puede acarrear consecuencias psicológicas y sociales negativas. Alteraciones del sueño, deterioro neuronal, disminución de la capacidad visual y de movimiento.

Cambios psicológicos

Cognitivo: disminuye la inteligencia fluida (capacidad de resolver problemas nuevos) y aumenta la cristalizada (aplicar las experiencias anteriores a la situación presente), se deteriora la memoria a corto plazo, se alarga el tiempo de reacción r/c pérdida neuronal, deterioro de la percepción r/c deterioro sensorial, la motivación no suele disminuir, menor ritmo de aprendizaje.

Afectiva: Vivencias de pérdida como jubilación, marcha de los hijos, muerte de amigos/familiares, o pluripatologías. Pero su personalidad no cambia, suelen presentar más felicidad, entienden los problemas de manera más positiva.

Sexual: En la mujer pierde la capacidad reproductora, disminuye la actividad y el deseo sexual. El hombre no pierde la capacidad reproductora y mantiene el deseo sexual pero disminuye la actividad.

Cambios en el proceso de envejecimiento

Cambios sociales

Jubilación: modifica los hábitos, organización de la vida diaria, estructura de las funciones y el sentido de la eficacia. Dentro de la jubilación se pasa por diferentes etapas:

- 1 Prejubilación: plantean expectativas y objetivos.
- 2 Luna de miel: primeros momentos.
- 3 Desencanto: no se encuentran actividades satisfactorias.
- 4 Reorientación: objetivos realistas.
- 5 Estabilización: fase de adaptación positiva.

Se deben afrontar las modificaciones que supone. La jubilación positiva es el resultado de una correcta programación respecto a la identificación de deseos y necesidades.

Viudedad: Situación que conlleva problemas de adaptación social. Pueden aparecer problemas como la soledad, aislamiento, peor situación económica, pérdida de relaciones sociales o cambio del lugar de residencia.

Otras pérdidas: Salud, ya que puede aparecer pluripatologías. Competencia personal: por la inactividad laboral. Personas queridas: Por la muerte de personas que formaban parte del entorno.



ENFERMEDAD EN EL ANCIANO

Características de la enfermedad en el anciano

Ser anciano



Estar enfermo

Multicausalidad

Pluripatología

Tendencia a cronicidad

Riesgo de invalidez

Síntomas peculiares

Enfermedades específicas

Particularidades en abordaje
o manejo

Uso de fármacos en el anciano

- Más vulnerables a los efectos de mediación y acontecimientos adversos.
- Riesgo aumenta → por pluripatología → tratamientos con varios fármacos.
- Cambios en los efectos de los fármacos → aumentan o disminuyen efectos.
- SNC muy sensible → confusión, depresión o inestabilidad física.

Problemas prevenibles

Prescripción incorrecta

Simplificar, adecuar, explorar alternativas terapéuticas con mejor riesgo/beneficio, revisión antes de nuevas prescripciones.

Seguimiento insuficiente

Comprobación de respuesta, toxicidad, adherencia a tto, registro en historia clínica de efectos adversos.

Falta de adherencia

Educar al paciente (informar, dar instrucciones, fomentar participación...)

- Mala comunicación.
- Déficits sensoriales o cognitivos.
- Automedicación.

Grandes síndromes geriátricos

Enfermedades que aparecen, sobre todo, en edades avanzadas y con características distintas a cuando lo hacen en otras épocas de la vida.



Desarrollo, tratamiento y cuidados diferentes.

Incontinencia urinaria

Síndrome confusional agudo

Síndrome de inmovilidad

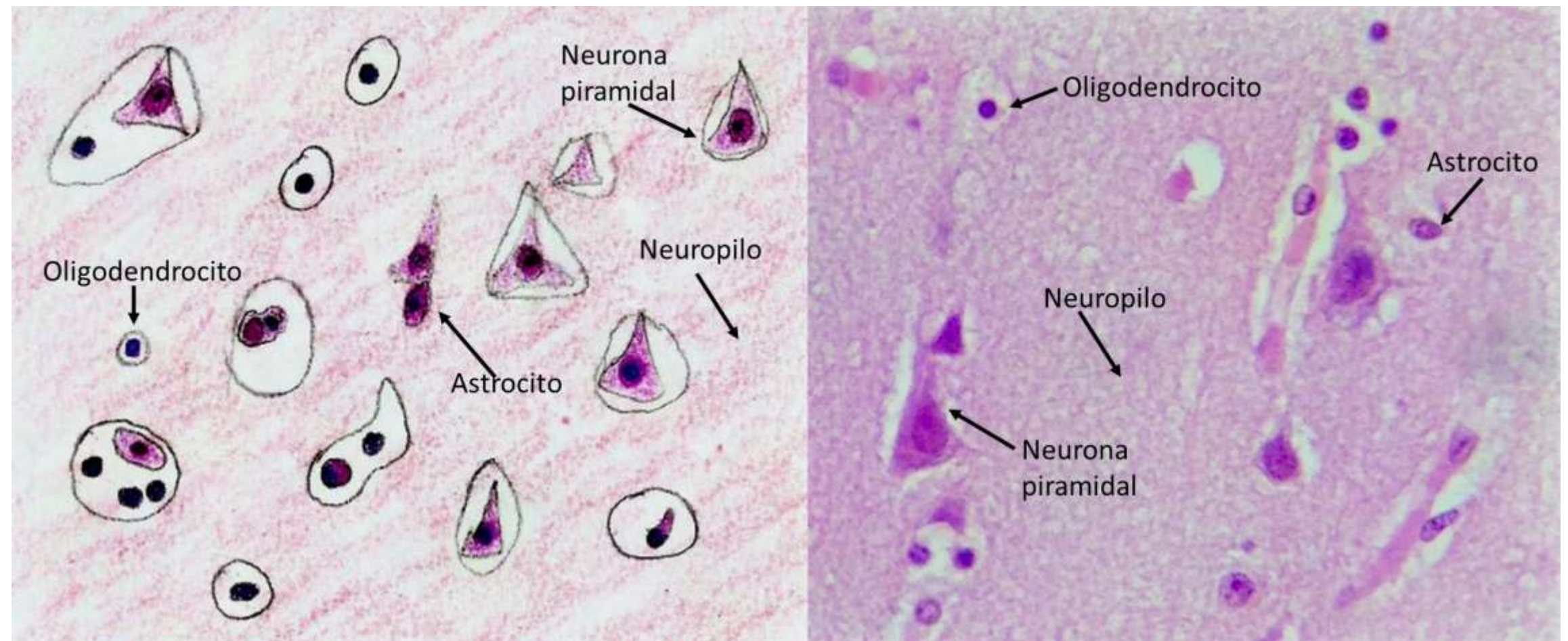
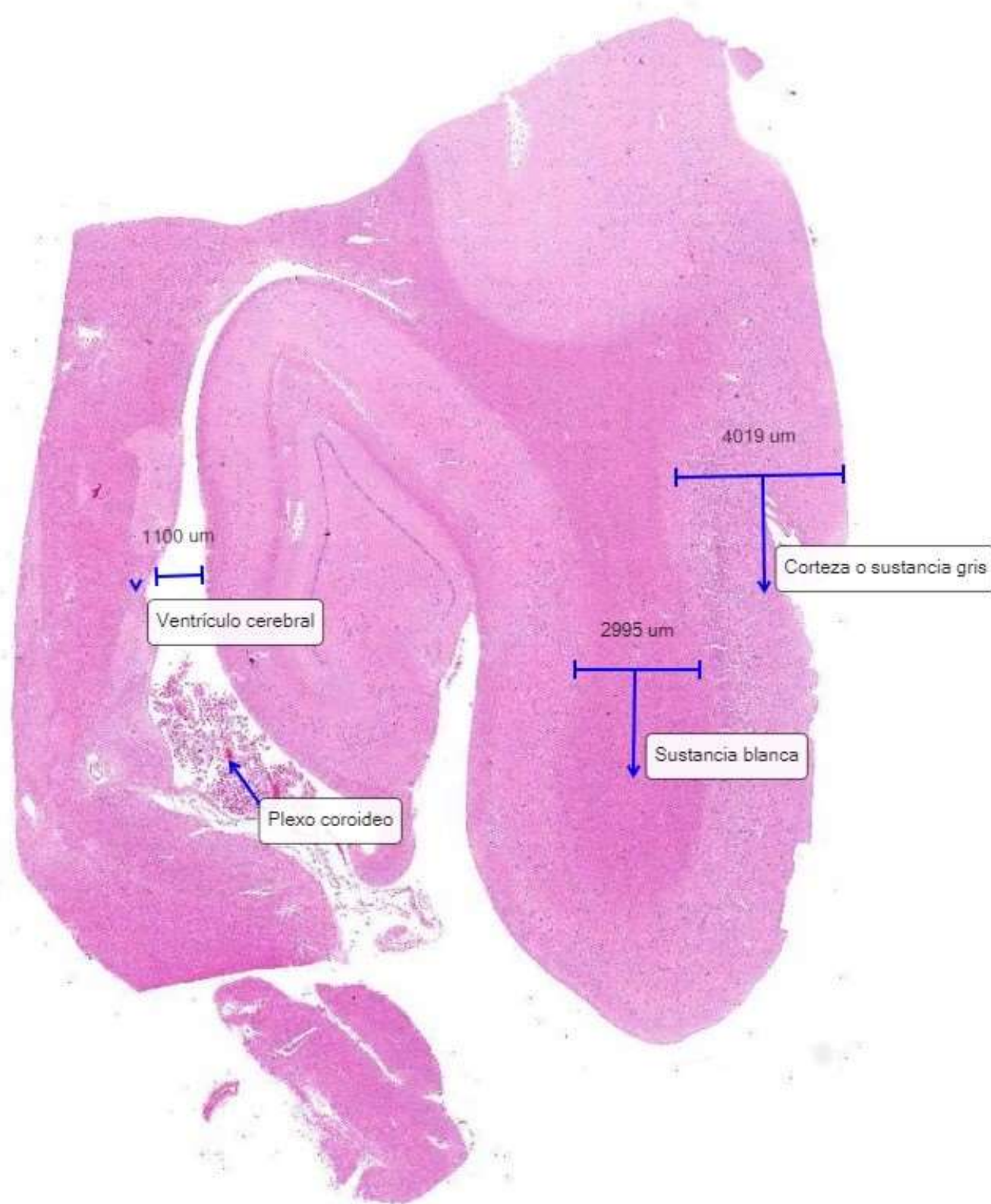
Deterioro cognitivo y
demencia

Síndrome de inestabilidad y
caídas

Síndrome de malnutrición

Maltrato

EL CEREBRO-HISTOLOGÍA



[EL CEREBRO-HISTOLOGÍA](#)

Incontinencia urinaria

Pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y en una cantidad o frecuencia que la convierten en un problema social o higiénico.

Efectos negativos

- Nivel físico (lesiones dérmicas e infecciones).
- Nivel psíquico (aislamiento, depresión).
- Nivel social (institucionalización).

Actuación

- Cuidados de la alimentación (horarios y composición de comidas).
- Terapias de conducta (entrenamiento del hábito y micción estimulada).
- Ejercicios de suelo pélvico.
- Uso de pañales.

Síndrome confusional agudo

Alteración de forma momentánea y transitoria de la función cerebral y del estado mental.

- Alteración del estado de vigilia.
- Aparición rápida.
- Vaivenes a lo largo del día, empeorando por la tarde (síndrome del atardecer).
- Disminución de la alerta- conciencia.
- Desorganización del pensamiento.
- Alucinaciones y pensamientos delirantes.

FEM (FORMACIÓN EN EMPRESA)

Actuación

- Cuidar hidratación y nutrición.
- Proporcionar ambiente adecuado (iluminación, ruidos y elementos de orientación).
- Corregir problemas de audición y visión.
- Evitar la contención física.

SINDROME CONFUSIONAL AGUDO

Tabla 5. Diagnóstico diferencial del delirium (1, 2)

	Delirium	Demencia	Psicosis
Comienzo	Súbito	Gradual	Súbito
Curso	Fluctuante con exacerbaciones nocturnas	Progresivo	Estable
Conciencia	Disminuida	Normal	Normal
Atención	Afectada globalmente	Normal, salvo en crisis severas	Normal
Cognición	Alterado globalmente	Alterado globalmente	normal
Percepción	Alucinaciones frecuentes, sobre todo visuales	Alucinaciones raras	Alucinaciones frecuentes, sobre todo auditivas
Delirios	Poco sistematizados y fluctuantes	Ausentes	Sistematizados
Orientación	Disminuida	Disminución gradual	Buena
Actividad psicomotriz	Retardada, agitada o mixta	Normal	Normal

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

Tabla 6. Medidas preventivas del delirium

Factor de riesgo	Intervención
Deterioro cognitivo	Programa terapéutico de actividades: Actividades de estimulación cognitiva. — Reminiscencia. — Juego palabra. — Habilidades. — Hechos presentes. Programa de orientación a la realidad: — Tabla de orientación. — Horario. — Comunicación reorientadora.
Privación de sueño	Estrategias de reducción del ruido: — Triturado de orientación. — Buscapersonas silencioso. — Silencio en los pasillos. Ajustar el horario de las intervenciones en el paciente respetando el sueño: — Reajustar medicaciones, procedimientos, toma. — De constantes y actividad de enfermería. Protocolo no farmacológico de sueño: — Horario de acostarse, bebidas calientes.
Inmovilización	Movilización precoz: — Deambulación o ejercicios motores activos tres veces al día. Minimizar equipos que inmovilizan: — Reducir SV (sondajes vesicales) innecesarios. — Evitar restricciones. — Alargaderas de oxígeno.
Medidas psicoactivas	Restringir su uso a lo estrictamente necesario: — Sedantes. — Anticolinérgicos. Reducir la dosis. Sustituir por las alternativas menos tóxicas.
Déficit visual	Proporcionar las ayudas visuales: — Gafas. Proporcionar equipos de adaptación: — Luces junto al timbre, interruptores.
Déficit auditivo	Proporcionar utensilios amplificadores: — Audifono propio, pilas, reparación. Proporcionar ayudas auditivas: — Retirar tapones, comunicación cuidadora.
Deshidratación	Detección precoz y repleción del volumen: — Forzar ingesta hídrica, valorar fluidoterapia iv.

Síndrome de inmovilidad

Aparición de algunas enfermedades o cambios propios del envejecimiento que lleva a una situación de inmovilidad. Implica un descenso de la capacidad para desempeñar determinadas actividades de la vida diaria, inmovilidad relativa o incluso encamamiento absoluto.

Causas

- Problemas osteomusculares (degenerativos o inflamatorios).
- Alteraciones neurológicas (ictus, demencia o parkinson).
- Enfermedades cardiovasculares o respiratorias sistémicas.
- Efectos secundarios de fármacos.
- Factores psicológicos (trastornos psiquiátricos, baja autoestima, pérdida de motivación).
- Factores sociosanitarios y limitaciones del entorno.

Síndrome de inmovilidad

Actuación

FEM (FORMACIÓN EN EMPRESA)

Para evitar encamamiento:

- Promoción del ejercicio físico.
- Detección temprana de la limitación de la movilidad.

Para evitar la evolución:

- Tratamiento del dolor.
- Disminución del riesgo de efectos secundarios de fármacos.
- Fomentar la adherencia a programas de ejercicios de rehabilitación.
- Adecuado uso de sistemas de ayuda.
- Prevención de complicaciones de la inmovilidad prolongada (UPP).

Deterioro cognitivo y demencia

- Patologías más frecuentes e incapacitantes en el paciente anciano.
- 30% de mayores de 85 años sufre algún tipo de demencia.
- Tendencia a aumento de la prevalencia por progresivo envejecimiento de la población.
- Difícil encontrar el límite entre lo normal en el envejecimiento y lo patológico.

Demencia

Síndrome clínico adquirido, debido a múltiples causas y producido por una patología orgánica que deriva en un deterioro persistente (más de 6 meses) y progresivo de la memoria y otras funciones mentales superiores (pensamiento abstracto, capacidad de juicio, etc.), ocasionando una incapacidad funcional que afecta a las actividades sociales y laborales del individuo, presentando una merma importante del nivel de actividad.

Deterioro cognitivo y demencia

Enfermedad de Alzheimer

Tipo de demencia. Enfermedad neurodegenerativa que produce deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Típicamente se caracteriza por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, ya que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian.

[CAMBIOS EN EL CEREBRO EN LA DEMENCIA](#)

Deterioro cognitivo y demencia

Actuación

FEM (FORMACIÓN EN EMPRESA)

- Simplificar la comunicación verbal.
- Mantención de adecuada hidratación y nutrición.
- Proporcionar ambiente calmado, rutinario y protegido.
- Identificar y eliminar factores precipitantes de agitación.
- Maximizar la seguridad y evitar accidentes.
- Minimizar el uso de drogas.
- Tener un buen manejo de los trastornos del comportamiento (agitación, alucinaciones e insomnio).
- Educar a la familia, especialmente al cuidador.
- Potenciar la creación o participación en asociaciones de familiares enfermos y centros residenciales.

Síndrome de inestabilidad y caídas

Caída

Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente contra el suelo en contra de su voluntad. Suelen ser la expresión de problemas de salud no diagnosticados o su primer síntoma.

Causas

Factores intrínsecos: enfermedades agudas o crónicas, inestabilidad, alteraciones visuales, problemas en el sistema vestibular, locomotor o neurológico, la polimedicación y el uso incorrecto de fármacos.

Factores extrínsecos: calzado inadecuado, ropa que dificulte el movimiento, suelos deslizantes, alfombras, iluminación inadecuada, ausencia de asideros en el cuarto de baño, factores de la calle como pavimento irregular o meteorológicos (charcos, placas de hielo, etc...).

Síndrome de inestabilidad y caídas

Repercusiones

- **Físicas:** fracturas, aumento de la mortalidad, daños en los distintos tejidos, hipotermia, deshidratación, trombosis, etc...
- **Psíquicas:** síndrome poscaída (miedo a caer otra vez), deterioro funcional y disminución de la actividad, estado continuo de ansiedad, pérdida de confianza en sí mismo y aislamiento social.
- **Económicas y sociales:** aislamiento social, ingreso en una institución o sobreprotección por parte de los familiares.

Actuación

FEM (FORMACIÓN EN EMPRESA)

- Revisión de la medicación y modificación, si se precisa.
- Ejercicios específicos de movilidad y entrenamiento, como el tai-chi.
- Medidas para prevenir la hipotensión ortostática (al levantarse bruscamente).
- Adaptaciones del hogar.
- Entrenamiento a los cuidadores.

Síndrome de malnutrición o desnutrición

Patología que consiste en un trastorno de la composición corporal causada por la privación de nutrientes. Pérdida de peso mayor al 5% en un mes o del 10% en seis meses. Alta prevalencia en población anciana. No tiene causa única. Procede de la interacción de diferentes factores de riesgo.

Factores de riesgo

- **Psicosociales:** deterioro cognitivo, demencia, psicopatología, alcoholismo, duelo, ingreso en una institución, bajo nivel económico, discapacidad, dependencia o cambio de domicilio.
- **Alteraciones de los sentidos:** déficit sensorial.
- **Alteraciones gastrointestinales:** disfagia, problemas de la boca, dentición o deglución; enfermedades digestivas o impactación fecal.
- **Cáncer.**
- **Polimedicación y uso de psicofármacos.**
- **Ingresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas previas.**
- **Edad:** igual o superior a los 85 años.
- **Sexo:** femenino.
- **Padecimiento de más de dos enfermedades crónicas.**

Síndrome de malnutrición o desnutrición

Actividades preventivas

- Identificación de ancianos con factores de riesgo para proporcionar consejos con el fin de conseguir modificarlos.
- Medición periódica de peso y talla para valorar existencia de desnutrición.

Actuación

FEM (FORMACIÓN EN EMPRESA)

- Intervención sobre impedimentos físicos, funcionales y psicosociales que impidan la correcta alimentación.
- Adaptación de la dieta con alimentos de consistencia adecuada (fácil masticación y triturados) y eliminación de dietas estándar.
- Uso de suplementos orales en ancianos de riesgo nutricional.

Maltrato

Todo acto u omisión que vulnera el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo, su integridad física, psíquica, sexual o económica y que es percibido por este o constatado objetivamente, independientemente de la intención o del medio donde ocurra (familia, comunidad o institución). Habitualmente son conductas de negligencia seguidas de abusos psicológicos y económicos.

Factores influyentes

Factores del anciano

- Trastornos cognitivos.
- Antecedentes de malos tratos.
- Alto grado de dependencia.
- Sexo femenino.

Factores del agresor

- Excesiva dependencia de la persona maltratada.
- Antecedentes de conductas violentas.
- Comportamiento antisocial.
- Drogadicción.
- Parentesco directo.

Factores sociofamiliares

- Estrés del cuidador.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Aislamiento social del anciano.
- Alteraciones de la dinámica familiar.
- Actitudes negativas hacia el envejecimiento.

Maltrato

Todo acto u omisión que vulnera el principio de autonomía o un derecho fundamental del individuo, su integridad física, psíquica, sexual o económica y que es percibido por este o constatado objetivamente, independientemente de la intención o del medio donde ocurra (familia, comunidad o institución). Habitualmente son conductas de negligencia seguidas de abusos psicológicos y económicos.

Intervenciones

FEM (FORMACIÓN EN EMPRESA)

- Detección de los ancianos en riesgo.
- Intervenciones educativas o modificación de las condiciones de riesgo.
- Preguntar sistemáticamente acerca de la violencia-maltrato familiar.



GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Gerontología y Geriatría

Gerontología: ciencia cuyo objetivo es el estudio del fenómeno del envejecimiento, no solo del hombre, sino de todos los seres vivos.

- Cubre diferentes áreas de conocimiento: conocimientos sociales y económicos, aspectos psicológicos, fisiológicos o biológicos.
- Existen distintas ramas: Gerontología social, Psicogeriatría y Geriatría.



Geriatría: especialidad de la Medicina que se centra en la prevención y tratamiento de las enfermedades del anciano, ocupándose tanto de los ancianos sanos como enfermos.

Gerontología y Geriatria

Objetivos de la Geriatria

- Prevenir la enfermedad vigilando la salud del anciano.
- Evitar la dependencia. Si aparece la enfermedad, hay que impedir que evolucione hacia la cronicidad e invalidez.
- Proporcionar una asistencia integral. Debe ocuparse de los problemas en todos los aspectos médicos, sociales, mentales o funcionales mediante una valoración geriátrica global, programada y exhaustiva, y con una colaboración multidisciplinar.
- Facilitar la rehabilitación, intentando mantener en la comunidad al anciano que ha perdido su independencia física o social.
- Proporcionar cuidado progresivo, desde el inicio de la enfermedad hasta su resolución, contando con diferentes recursos asistenciales (hospital, asistencia a domicilio, unidades de rehabilitación, unidades de larga estancia o residencias).

Para cumplirlos

- Realizar una valoración geriátrica integral (estudio de problemas médicos, capacidades funcionales, aspectos cognitivos y afectivos).
- Valoración de su situación social y recursos disponibles.

ANCIANO FRÁGIL

Estado fisiológico de aumento de la vulnerabilidad como resultado de una disminución o desregulación de las reservas fisiológicas de múltiples sistemas fisiológicos, que origina dificultad para mantener la homeostasis

Se puede detectar a través de:

- Cribado poblacional (cuestionario Barber)
- Detectar los casos por presencia de factores de riesgo.
- Detección por pérdida de funcionalidad.



Cuestionario de Barber

1. ¿Vive solo?
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?
3. ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?
4. ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?
6. ¿Tiene a menudo problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo?
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?



Positivo con una o más respuestas afirmativas

Valoración geriátrica - funcional

- Evalúa la **capacidad de autonomía e independencia del individuo para llevar a cabo su vida diaria (AVD)**
- Según la OMS es la valoración que mejor determina la salud del anciano.
- **Actividades vida diaria (AVD):**
 1. **BÁSICAS (ABVD):** Autocuidados y movilidad (asearse, comer, control de esfínteres, vestirse, desplazarse...)
 2. **INSTRUMENTALES (AIVD):** Permiten vivir de forma independiente en la comunidad (toma de medicación, manejo de dinero, uso de teléfono, uso de transporte...)
 3. **AVANZADAS (AAVD):** permiten al individuo desarrollar un rol social (aficciones, relaciones sociales, trabajo...)
 4. Para la valoración funcional se utilizan ESCALAS DE VALORACIÓN que valoran el grado de dependencia en las AVD.

Para las ABVD:

1. Índice de Katz
2. Escala de Barthel

Para las AIVD:

1. Escala de Lawton y Brody

Hablamos de:

Anciano válido: aquel que conserva su autonomía para realizar las ABVD

Anciano asistido: aquel que requiere de la ayuda de otra persona para poder realizar sus actividades cotidianas.



Valoración funcional

Índice de Barthel

Una de las escalas más utilizadas para la valoración de las actividades básicas de la vida diaria (AVD-B). Permite reevaluar de forma periódica para ver los posibles cambios y valorar si los ítems alterados pueden recuperarse.

Ítem	Actividad y puntuación
Comer	– Independiente: 10. – Necesita ayuda: 5. – Dependiente: 0.
Lavarse	– Independiente. Entra y sale solo del baño: 5. – Dependiente: 0.
Vestirse	– Independiente: 10. – Necesita ayuda: 5. – Dependiente: 0.
Arreglarse	– Independiente (se lava la cara, se peina, se afeita, se maquilla, etc.): 5. – Dependiente: 0.
Deposiciones	– Continente: 10. – Escape ocasional: 5. – Incontinente: 0.
Micción	– Continente o es capaz de cuidar de su sonda: 10. – Escape ocasional: 5. – Incontinente: 0.
Uso del retrete	– Independiente: 10. – Necesita ayuda: 5. – Dependiente: 0.
Traslado	– Independiente para ir del sillón a la cama: 15. – Mínima ayuda física o supervisión: 10. – Gran ayuda, pero se mantiene sentado solo: 5. – Dependiente: 0.
Deambular	– Independiente: 15. – Necesita ayuda física o supervisión: 10. – Independiente en silla de ruedas: 5. – Dependiente: 0.
Escalones	– Independiente: 10. – Necesita ayuda: 5. – Dependiente: 0.

Valoración:

- < 20 puntos: dependencia total
- 20 - 35 puntos: dependencia grave
- 40 - 55 puntos: dependencia moderado
- ≥ 60 puntos: dependencia leve
- 100 puntos: independiente

Valoración geriátrica - psicológica

- Evaluación de las funciones cognitivas, estado emocional, conducta y personalidad del anciano.
 - Funciones cognitivas: capacidad para realizar funciones mentales: orientación, cálculo, memoria, pensamiento...
 - Función afectiva: prevalencia de depresión y ansiedad
- Se utilizan también **ESCALAS DE VALORACIÓN**
- **Valoración cognitiva:**
 - MiniMental de Pfeiffer
 - Miniexamen cognoscitivo de Lobo (MEC)
- **Valoración afectiva:**
 - Escala de Yesavage

Valoración geriátrica - social

Valoración social: comprende la valoración del entorno físico (barreras arquitectónicas y riesgo de accidentes) como de los recursos sociales y su uso de ellos (cuidador, teleasistencia, relaciones y actividades sociales, visitas al hogar del pensionista, con quién come, etc.).

 Valorar sobrecarga del cuidador si existe alta dependencia.

Test de APGAR familiar → conocimiento del funcionamiento familiar.

- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?
- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?
- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?
- ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?
- ¿Siente que su familia le quiere?

Resultado:

- Normofuncional: 7-10 puntos.
- Disfuncional leve: 3-6 puntos.
- Disfuncional grave: 0-2 puntos.

(Cada pregunta puntúa de 0 a 2 dependiendo de si la cuestión planteada se presenta casi nunca, a veces o casi siempre).

Valoración geriátrica - social

Intervención de los servicios sociales

- Asistencia a domicilio: asistencia en el hogar, fundamentalmente para las tareas domésticas.
- Centros de día: los ancianos pasan el día en estos centros que suelen contar con recursos ocupacionales, de rehabilitación, etc. Por la tarde-noche vuelven a sus hogares.
- Voluntarios: con funciones de acompañamiento, ayuda a desplazamientos, etc.
- Hogares asistidos: viviendas con servicios de soporte.
- Sistemas de teleasistencia o telealarma: mediante estos sistemas están en contacto con personal que les puede ayudar.
- Ingreso en una institución: residencias con atención profesional integral destinadas a personas mayores que, por su grado de dependencia, necesidades o falta de soporte no pueden permanecer en sus hogares. Pueden ser tanto públicas como privadas y atendiendo a las características de los ancianos atendidos serán de válidos, asistidos o mixtas.
- Otros servicios sociales comunitarios son clubes, aulas o vacaciones para la tercera edad.

Errores más frecuentes en la valoración geriátrica

Errores más habituales en la evaluación del enfermo

- Quedarse en el mero listado de problemas, sin realizar un plan de cuidados integral.
- Tratar cada síntoma por separado sin intentar buscar la causa.
- Pensar que no se puede hacer nada para retrasar la incapacidad funcional.
- Olvidar repasar el listado de fármacos que toma el paciente, ya que estos son la causa de muchos síntomas y factores de riesgo de caídas, deterioro cognitivo, incontinencia, etc.
- No tener en cuenta al cuidador, el medio familiar y los problemas sociales.
- Realizar con prisas la valoración.



LA FAMILIA EN LA VEJEZ

La familia en la vejez

- El comienzo de las limitaciones físicas y de las dificultades socioeconómicas provocan que los ancianos recurran a sus familias → frecuente total dependencia de sus hijos u otros familiares.
- La toma de decisiones provoca un fuerte impacto emocional → se ponen de manifiesto conflictos no resueltos, viejas dinámicas de funcionamiento familiar, lealtades, obligaciones y responsabilidades.



Enfocar la asistencia a los ancianos desde una perspectiva global de atención familiar.



PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL ANCIANO

Salud mental en el anciano

- **Vejez:** etapa de la vida en la que existe mayor incidencia de trastornos psicológicos cuyas consecuencias son más graves, pero se diagnostican y tratan menos.

Factores de trastornos psicológicos en el anciano

1. La edad: es el principal factor de riesgo.
2. La disminución de las facultades físicas.
3. El padecimiento de enfermedades crónicas: sobre todo si estas cursan con dolor. Se detecta una mayor gravedad del trastorno mental cuanto mayor sea el número de enfermedades que padezca el anciano.
4. Trastornos sensoriales.
5. Disminución de los recursos económicos.
6. Aislamiento.
7. Pérdida de seres queridos: principalmente si se trata del cónyuge.
8. Violencia doméstica: violencia en la pareja.
9. Malos tratos a los ancianos.

Salud mental en el anciano

- Por encima de los 65 años existe más frecuencia de trastornos mentales en las mujeres, posteriormente se iguala y finalmente son más frecuentes en hombres a partir de los 80 años.
- Existe un infradiagnóstico de estos problemas por su presentación atípica.
- Poco declarados.
- Considerados alteraciones normales dentro del envejecimiento.

Trastornos mentales más frecuentes

- Mismos trastornos mentales que en el adulto pero con mayor incidencia de deterioro cognitivo, depresión y mayor riesgo de suicidio.
- Depresión el más frecuente → puede empeorar o provocar alteraciones físicas y aumentar mortalidad.
- Sintomatología atípica → síntomas somáticos, irritabilidad, alteraciones del sueño.
- En ocasiones junto a enfermedades orgánicas, terminales, privación auditiva o visual, Parkinson, ictus, epilepsia, carencia nutricionales (déficit vitamina B12) o toma de fármacos (diuréticos o betabloqueantes).

Trastornos mentales más frecuentes

- **Situaciones sociales que influyen en su aparición:** viudedad, soledad, reducción de ingresos, escaso apoyo social, ingreso en una institución o cambios frecuentes del domicilio.
- **Intervenciones preventivas:**
 - Programas de ejercicio: aumentar el bienestar físico y mental disminuye estrés y síntomas depresivos.
 - Soporte social: favorece el bienestar y evita el aislamiento.
- **Tratamiento** con fármacos y terapias cognoscitivo-conductuales.



FEM (FORMACIÓN EN EMPRESA)

APOYO PSICOLÓGICO AL ANCIANO Y A SU FAMILIA

Apoyo psicológico al anciano y a su familia

- Importancia del aspecto psicológico.
- Presentan características que nuestra sociedad valora negativamente.
- Falsa creencia de que todos los cambios en la vejez son negativos.
- Potenciación de la idea de la vejez como problema de carácter social, aislando al anciano e inutilizándolo.
- Necesidad de reconocimiento de los ancianos como grupo a respetar y que desempeña un rol social.
- Potenciación de una educación gerontológica basada en el concepto de la educación integral a lo largo de toda la vida.

Apoyo psicológico al anciano y a su familia

Aspectos que facilitan un buen envejecimiento

- Poder decidir sobre su cuerpo y su propia vida.
- Mantener una actitud optimista ante la vida, considerando la muerte como algo natural y eliminando así el temor a morir.
- Adaptarse a las nuevas condiciones biológicas, psicológicas y sociales.
- Evitar las tensiones emocionales, la angustia y el estrés sostenidos.
- Establecer vínculos de intimidad, afecto y cariño.
- Preparar de manera adecuada y con antelación el periodo de jubilación, de manera que se tenga un proyecto de vida y una organización del tiempo.
- Sentirse activo, útil e implicado socialmente en la comunidad.
- Buscar nuevas metas, nuevos motivos de satisfacción y orgullo es un medio para conseguir ser feliz en esta etapa de la vida, ya que anclándose en el pasado solo se consigue frenar el desarrollo y acelerar la decrepitud.

PACIENTE CRÓNICO



Introducción:

La estrategia gallega utiliza el término “cronicidad” como:

1. Enfermedad de larga duración
 2. Progresión lenta
 3. Fin o curación impredecible, permanente
 4. De larga evolución
- Independientemente de su adquisición (genética, transmisible, accidental, edad...), por tanto, incluye:
- Enfermedades transmisibles (VIH/SIDA...) y ENT (cáncer, diabetes, cardiovasculares...)
 - Deficiencias de estructuras (amputación, ceguera...)

Enfermedad crónica y discapacidad

Enfermedad crónica: patología que se prolonga en el tiempo, interfiriendo frecuentemente en la capacidad de seguir con las actividades habituales y las rutinas normales de la persona que la padece.

Discapacidad: deficiencias que aparecen en las estructuras o en las funciones de la persona y que le limitan en sus actividades y participación con el entorno.

- **Cambios en la vida:** dificultad para desarrollar acciones o tareas que antes realizaba normalmente, cambio de hábitos, aprender nuevas habilidades, modificar relaciones, trabajo y proyecto vital.



Son significativos, duraderos y muchas veces repentinos, acompañados de un futuro incierto.



La enfermedad se convierte en el centro de su mundo

Enfermedad crónica y discapacidad

Principales causas de sufrimiento en el enfermo crónico o con discapacidad

- Síntomas no controlados o limitantes.
- Sensación de inutilidad o de no poder seguir el ritmo de los demás.
- Efectos indeseables del tratamiento.
- Pérdida del rol social y dificultades económicas.
- Pérdida de motivación.
- Culpabilidad.
- Percepción negativa del propio cuerpo (mal aspecto físico).
- Disminución de la autoestima y del autoconcepto.
- Temor al rechazo, al desamparo y al aislamiento social.
- Sentimiento de incapacidad de tener control personal y para afrontar el futuro.

FEM (FORMACIÓN EN EMPRESA)

Enfermedad crónica y discapacidad

La evolución favorable de la enfermedad crónica requiere:

Personalizar el tratamiento y las pautas de actuación

No todos los enfermos tienen el mismo grado de afectación física, psíquica y social, ni responden a las situaciones adversas de la misma manera.

Control sistemático

No hay que olvidar que los efectos de la enfermedad crónica son prolongados o permanentes; eso obliga a un seguimiento a lo largo del tiempo.

Protagonismo del paciente

Es imprescindible aceptar las opiniones del paciente y darle voz en su tratamiento. Esto resalta sus capacidades personales y sociales y, además, favorece su autoestima.

Participación activa

Es más fácil que el enfermo siga las recomendaciones si es él quien toma las decisiones y mantiene el control sobre sus actuaciones. Es el paciente quien vivirá día a día con su enfermedad.

Respuestas ante la enfermedad crónica

- Gran malestar físico y psicológico.
- Desconcierto.
- Algunos pacientes se vuelven tristes, desconfiados, impacientes o intolerantes.
- Búsqueda insistente de tratamientos e intervenciones.

Reacciones del enfermo crónico

- Negación del diagnóstico, imagina consecuencias no reales.
- Vivencia de la noticia como algo muy destructivo.
- Necesidad de información.
- Enfrentar toma de decisiones (tratamiento, futuro) → ansiedad.
- Actitud no se mantiene constante.

Reacciones del enfermo crónico

Actitudes del enfermo crónico:

Negativa

La reacción puede ser de ira, rechazo hacia los demás, aislamiento, culpa, depresión e incluso, de ideas suicidas, porque el individuo es incapaz de asumir los desequilibrios provocados por la enfermedad y en muchas ocasiones no se deja ayudar.
El propio tratamiento contribuye a esta reacción.

Positiva

Responde con voluntad de lucha y afán de superación de las dificultades.
Esta reacción se debe a los mecanismos psicológicos que posee el individuo y que lo ayudan a enfrentarse a los problemas.

Sin cambio aparente

El enfermo niega la situación e intenta aparentar que no ha cambiado nada en su existencia, quizá porque tiene miedo de que lo consideren un "minusválido" o teme ser rechazado.

Necesidades del enfermo crónico

- Cada individuo experimenta distintas necesidades → no siempre se manifiestan explícitamente.
- Conocer lo que le preocupa para ayudar → suele dársele más importancia al dolor e incapacidad.
- Surgen necesidades y problemas psicosociales (a veces no se detectan).

¿Falta de formación específica de los profesionales sanitarios o falta de indicadores psicosociales sencillos y fiables?



Necesario controlar síntomas biológicos y atender las demás necesidades del enfermo crónico para mejorar su calidad de vida.

Principales necesidades psicosociales del enfermo crónico:

Seguridad y confianza

La persona necesita sentirse protegida y pide recibir la mejor atención posible.
Además, el enfermo quiere una relación sincera con los profesionales de la salud y con su entorno.
Precisa tener confianza en sus cuidadores y la garantía de que no lo van a abandonar.

Interés por su persona

El enfermo no solo busca que el profesional demuestre grandes conocimientos, sino que muchas veces demanda que se preocupe más por él y le demuestre interés

Comunicación

Es muy necesario darle al paciente la oportunidad de hablar de cualquier cosa que le preocupe.

Conocimiento

La necesidad de información es una de las más importantes. Cuando la persona sabe lo que le pasa y lo que le van a hacer, desaparece una de las principales fuentes de su ansiedad: el miedo a lo desconocido.

Pertenencia

La persona debe sentir que pertenece a un grupo, que no es una carga para otros y que los demás también le necesitan.
Toda persona espera que se la considere válida para dar y recibir de los demás.

Amor y compañía

El paciente necesita recibir numerosas expresiones de afecto para no sentirse abandonado, no querido y solo en su enfermedad.

Comprensión

El enfermo desea poder tener la oportunidad de hablar sobre lo que le pasa, que la sociedad le reconozca su rol de enfermo y que le brinde apoyo.

Aceptación

El individuo que está enfermo no debe sentirse juzgado ni rechazado. Los demás deben mostrarle tolerancia sin tener en cuenta su aspecto, su estado de ánimo o su sociabilidad.



PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Depresión

Estado de ánimo del paciente que le provoca falta de interés por casi todas las actividades y tampoco disfruta de ellas. Presenta inactividad y cansancio inexplicable.

Consideraciones generales de la depresión

- El principal sentimiento del deprimido es la tristeza, pero estar deprimido es algo más que estar triste.
- No es una circunstancia que se deba a la falta de energía. No se puede justificar que "está así por falta de aguante".
- No es una situación que se pueda controlar. No se ha de decir "tienes que ponerle ganas, voluntad y coraje y podrás superarlo".
- Hay que escuchar con atención y comprensión, sin minimizar las quejas de la persona deprimida.
- Nunca se debe hacer responsable al paciente de su situación ni de que no hace lo posible para curarse.
- Se debe prestar especial atención si hace comentarios sobre su falta de ganas de vivir o muestra ideas o tendencias suicidas. Siempre habrá que valorar ese riesgo.
- Es necesario animar al paciente a que realice las actividades que le gustaban.
- Va a existir un gran desgaste en las personas que convivan con el paciente. Por eso es preciso estar pendientes de que no se produzcan situaciones de rechazo, abandono, falta de comunicación e incluso, maltrato.

Dolor crónico

- Produce irritabilidad y depresión, provocando insomnio y agotamiento → mayor sufrimiento, irritación y decaimiento.



Trío terrible (sufrimiento, insomnio y tristeza).

- Experiencia subjetiva.
- Sensación dolorosa y reacción psicológica al dolor.
- Importancia de la colaboración del paciente (conocer sus prioridades y contar con sus decisiones para tratamiento individualizado).
- Necesario manejo del componente emocional, social y espiritual del dolor.

Manejo del componente emocional

FEM (FORMACIÓN EN EMPRESA)

Seguridad y confianza

- La persona con dolor crónico vive muy preocupada por cualquier nuevo síntoma; además, es habitual que no se atreva a hacer muchas actividades porque cree que no va a aguantar. A esto se añade que tiene miedo a no ser comprendido y que los demás lo "miren mal". Todo ello le causa frustración y ansiedad y conduce al aislamiento y a la soledad.
- Es prioritario tratar la ansiedad del paciente que tiene dolor crónico, pues si se mantiene esta situación, puede llevar a la depresión e incluso, predispone al suicidio.

Buscar el significado del dolor

- La respuesta ante el dolor depende de lo que le preocupe más a la persona. A unos les "duele" fundamentalmente perder su rol, por ejemplo, porque se vean obligados a dejar su trabajo. A otros les "duelen", sobre todo, las limitaciones que el dolor les provoca. A algunos lo que más les "duele" es el aislamiento que sufren.
- Hay que explorar todas las posibilidades: Puede que el paciente utilice el dolor como excusa para provocar compasión, olvidarse de otras preocupaciones, manipular a su entorno, etc.

Reducir el enfado

- El dolor mantenido es destructivo, altera el comportamiento, desencadena agresividad, irritabilidad, falta de cooperación e incomunicación. Es frecuente que la persona muestre resentimiento hacia los profesionales, porque no lo curan y hacia los demás porque están sanos.
- Es importante ayudar a expresar los sentimientos y buscar soluciones a los afrontamientos negativos.

Mantener la autoestima

- Es posible que el paciente crónico se sienta inútil, poco atractivo, rechazado, incomprendido e infravalorado. Todo esto le lleva a disminuir su autoestima.
- Es necesario que la persona se sienta aceptada y querida. Hay que evitar que se vuelva dependiente; para ello, debe participar en su cuidado y en la toma de decisiones.

Solucionar los problemas de comunicación

- El dolor puede provocar introversión y dejar a la persona hundida en sus dudas y temores.
- Debemos evitar la falta de comunicación; para ello, es necesario dedicar tiempo a la interacción con el paciente y procurar un ambiente adecuado.

Manejo del componente social

Mejorar el apoyo social

- Unidos a la enfermedad pueden aparecer distintos problemas, como situaciones de abandono, aumento de la preocupación familiar, escasez de ayuda social, etc., que pueden llevar a un empeoramiento del estado del enfermo, a que disminuyan sus cuidados y el seguimiento de los tratamientos.
- Buscaremos promover el desarrollo de las relaciones interpersonales y posibilitar al paciente que comparta sus vivencias.
- Es de gran ayuda contar con la familia, los amigos y las personas importantes de su entorno, además de ofrecer una buena cobertura social.

Educar sobre la enfermedad

- Hay que estar atentos a todas las repercusiones asociadas al dolor. Para ayudar al paciente se ha de controlar ese malestar, pero sin olvidar que el ser humano no solo tiene necesidades físicas.
- Ofreceremos alternativas. Es importante que el paciente se adapte a la situación y viva plenamente con las mínimas limitaciones posibles, siga disfrutando de sus aficiones y pueda realizarse.

Manejo del componente espiritual

Atenuar el sufrimiento espiritual

- El individuo experimenta el dolor del momento, pero se añade más dolor por la impotencia y por la amenaza de tener más sufrimiento. Por eso es frecuente que se pregunte qué sentido tiene el dolor, tema por el futuro que le espera, dude de sus creencias y se despierten sentimientos de culpabilidad y arrepentimiento por acciones del pasado.
- Para aliviar este sufrimiento es preciso conseguir la confianza del paciente, manifestarle que queremos y somos capaces de ayudarlo. También le demostraremos que se le valora y respeta.

Sida

Persona seropositiva o portadora de VIH

Solo se habla de sida cuando la infección por VIH causa un intenso defecto en la inmunidad celular.

Evolución de la enfermedad

- | | |
|-----------------|--|
| Fase temprana | El enfermo puede recuperar su actividad normal si responde bien al tratamiento tras un diagnóstico reciente. |
| Fase progresiva | La enfermedad evoluciona y, aunque mejora con el tratamiento, son más frecuentes las reacciones indeseables. |
| Fase avanzada | El tratamiento es sintomático y la debilidad y la fatiga interfieren seriamente en las funciones del individuo. |
| Fase terminal | No tiene un límite claro con la anterior; los cuidados se dirigen a ofrecer el mayor bienestar y apoyo a la familia. |

Sida

Trasmisión	Prevención
Sexual	Mantener relaciones sexuales con protección.
Sangre y sus derivados	Realizar controles de las transfusiones. Evitar el contacto con material o instrumental contaminados con sangre.
Vertical (madre a hijo)	Cuidados en el embarazo, parto y lactancia.



Recordar la importancia de la prevención y la investigación.



En la actualidad se ha convertido en una enfermedad crónica,
ya no sinónimo de muerte.



RECURSOS DE APOYO AL PACIENTE CRÓNICO

Recursos de apoyo al paciente crónico

Objetivo que acepten su situación con sus limitaciones y que alcancen la mejora calidad de vida posible.

- Medios para que puedan adaptarse a las circunstancias (prótesis, materiales apropiados, eliminar barreras arquitectónicas, nuevos aprendizajes, etc.).
- Evitar la dependencia y el aislamiento ante cosas que el paciente no pueda hacer.
- Importancia del apoyo social de familiares y amigos (mejor cuanto más amplia e íntima).
- Apoyo de los servicios sociosanitarios.
- Grupos de autoayuda.
- Esencial la empatía.
- Asociaciones de enfermos crónicos.
- Importante el **autocuidado**.



LA FAMILIA Y EL ENFERMO CRÓNICO

La familia y el enfermo crónico

- Papel fundamental en el apoyo y cuidado.
- Tratar al enfermo como alguien a quien se quiere y no a quien se evita o teme.
- Preparados para aplicar cuidados necesarios.
- Efectos psicológicos positivos (los miembros de la familia se sienten útiles y capaces).
- Desarrollo de mecanismos de defensa (negación, búsqueda de culpables, represión de sentimientos, etc.). El tipo de respuesta afectará al afrontamiento de la enfermedad.
- Necesarios información y apoyo.
- Profesionales sensibles a las preocupaciones de la familia y atender dudas. Cooperación de la atención sanitaria.