



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS CUIDADOS  
DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ANCIANO**

**Autor/a: D. Juan Bada Cañibano**

**Tutor/a: D. José Luis Viaña Caballero**

## Resumen:

En los últimos años se está viendo como el aumento en la edad de las personas conlleva a una mayor demanda del servicio asistencial en nuestro país. Y este avance parece que va a ser la tónica dominante en un futuro.

De esta manera el personal de enfermería debe estar preparado para realizar unos cuidados en estas personas de la mejor manera. Estos, cubren no solamente aspectos físicos, también los cuidados de la mente. Por tanto el enfermero no sólo se va a centrar en realizar las actividades y procedimientos de modo eficaz sino que valorará también el estado mental de cada anciano.

El profesional persigue que a través de estas actividades se reduzcan los sentimientos negativos o aquellos que no están acordes con la realidad.

Los problemas psicológicos más habituales que presentan las personas mayores son: las depresiones, como reacción al proceso de envejecimiento; elevados niveles de ansiedad, debidos a los cambios a peor que sufren en sus capacidades para realizar cualquier tipo de conducta; el estrés o el miedo a su situación. También se dan pérdidas de memoria que en muchos casos llegan a ser incapacitantes.

Cada persona tiene una consideración subjetiva de cada situación por ello que el tratamiento que se les hace sea individualizado. El papel de enfermero aquí es controlar todos estos síntomas adversos trabajando con el paciente, estableciendo un relación empática, haciéndole cambiar hacia un punto de vista positivo. Para ello se crean los planes de cuidados, buscando las mejoras en el proceso de cada paciente tanto en los aspectos físicos, como motivacionales o psicológicos.

## Palabras clave:

Envejecimiento, fenómenos y procesos psicológicos, trastornos de adaptación, cuidados para prolongación de la vida

## ÍNDICE:

• Introducción.	2
• Objetivos.	5
• Metodología del trabajo.	6
• Trastornos psicológicos asociados a la vejez.	7
A. Depresión.	8
B. Suicidio.	11
C. Ansiedad.	13
D. Memoria.	14
E. Trastornos del sueño.	15
F. Estrés.	16
• Plan de cuidados.	18
I. Riesgo de síndrome de desuso.	18
II. Ansiedad.	21
• Discusión/ Implicaciones para la práctica.	23
• Conclusión.	24
• Bibliografía.	25
• Anexos.	26
✓ ANEXO 1: Valoración geriátrica.	26
✓ ANEXO 2: Comunicación y aptitudes del enfermero.	30
✓ ANEXO 3: Afrontamiento a la muerte.	33

- **Introducción**

Las personas mayores de 65 años son definidas social y laboralmente como población geriátrica. Sin embargo, si nos basamos en los parámetros fisiológicos, la ancianidad empieza a partir de los 80 años.

El envejecimiento es un proceso natural, universal e inevitable aunque muchas personas no son capaces de aceptarlo. Los cambios que se producen con el aumento del número de años aparecen de una manera gradual y en función del estado previo de salud que se disponga, del nutricional, del social o del higiénico, son diferentes en unas personas o en otras.

Desde el comienzo de los tiempos es bien sabido por los textos o pinturas encontradas que existía una preocupación de las personas para mantener unas buenas condiciones mentales y físicas en los últimos años de vida. Para poner un ejemplo; los hombres de Atapuerca cuidaban de una manera muy especial su dentadura ya que, gracias a ella podrían seguir desgarrando los trozos de carne y con ello alimentarse. Las personas adultas dejaban a los ancianos las carnes más blandas para garantizar su supervivencia y con ello estaban realizando una primitiva técnica de cuidados.

En China existía un aforismo que decía cabeza fría, estómago tibio y pies calientes, que vendría a significar mantener la mente fresca comer con moderación y mantener una buena actividad física siempre que se pueda llevar a cabo.

Aquellas personas mayores que continúan estudiando, leyendo, participando en tertulias relacionadas con temas culturales de la actualidad en relación con el resto de la sociedad que los rodea, tienen cierta ventaja para seguir conservando una buena memoria con lo que se consigue mejorar su independencia y evitar que se masifiquen los cuidados que se presupone que a las personas de su edad se deberían realizar.

A comienzos del nuevo siglo la esperanza de vida en España estaba en 77 años y se cree que en apenas 20 años esta subirá en dos años.

Al hablar de enfermería no hay que centrarse solamente en los cuidados físicos que se realizan por parte del personal de enfermería, sería limitar en gran medida esta profesión, sino que se debe ser capaz de hacerlo de un modo integral, teniendo en cuenta también los aspectos psicológicos que entran a formar parte a la hora de los cuidados y que tienen un gran peso dentro de este proceso.

Entender que el paciente, el ser humano en definitiva, es un ser social es algo que desde hace muchos años es bien sabido y cuya repercusión ha tenido un gran valor en una gran cantidad de ciencias.

La enfermería es una profesión con base científica, centrada en la prestación de cuidados para satisfacer todas y cada una de las necesidades básicas del ser humano, necesidades que van desde las biológicas hasta las espirituales, de forma que la salud posea un concepto holístico.

Así, Maslow propuso las siguientes necesidades emotivas:

- Ser consciente de los propios sentimientos.
- Sentirse competente para expresar las propias emociones.
- Expresar libremente las propias emociones.
- Dar afecto.
- Recibir afecto.
- Ser sensible a las emociones de los otros.
- Ser feliz.

Como enfermeros es necesario ser capaz de entender todas esas dimensiones que rodean al paciente y no sólo velar por lo físico, es más, en muchos casos la patología psicológica es tan o más importante que la física por lo que no debemos olvidarnos de esta en ningún momento.

Desde el primer momento en el que se empieza a estudiar enfermería se enseña que el trato con el paciente y crear un ambiente cordial es uno de los factores que se tienen más en cuenta. La empatía, ese aspecto por el cual se debe conseguir ponerse en lugar de la otra persona, puede ser uno de los pilares para conseguir esas situaciones saludables en el que hacer diario del personal de enfermería.

Para llegar a ser un buen profesional de enfermería no bastaría con saber realizar correctamente todas las técnicas propias de esta profesión como pueden ser la colocación de una sonda naso gástrica, colocación de un catéter venoso periférico, sonda vesical... sino que es necesario dar un paso más y ser capaz de entender el mundo del paciente, tal y como el paciente lo siente, procurándole una asistencia a la vez que física, mental.

Ya sea en pacientes ingresados en hospitales o en centros específicos los cuidados no tienen que ser distintos y englobar a la persona como un todo, no habría ni que

mencionar que independientemente de la características sociales del paciente el cuidado debe ser el mismo .

Siempre que se da una situación en la que se tiene que atender a un paciente, es necesario darse cuenta lo que supone para él estar hospitalizado o simplemente el tener que recibir algún tipo de cuidado sea por el motivo que sea. El nivel de incertidumbre o ansiedad no es equiparable a una situación normal, por lo que se debe saber manejar este proceso, controlar y en la medida de lo posible rebajarlo al menor grado de intensidad posible.

En muchos casos se agrava en las personas mayores y es en esto en lo que se va a centrar este trabajo, en la valoración de los cuidados, no físicos, sino psicológicos en el paciente anciano por parte del personal de enfermería. Se produce un aumento de los cuidados debido a la incidencia de las enfermedades crónicas asociadas, al mayor porcentaje de intervenciones quirúrgicas por procesos agudos o crónicos y a la polifarmacia.

El envejecer con dignidad no es sólo un factor biológico, genético o ambiental sino también un factor psicológico y socio-cultural.

Se agudizan los problemas físicos en edades avanzadas y con ello los problemas sociales, muy característicos de esta etapa de la vida, por lo que los cuidados deben centrarse también en el ámbito psicológico.

Otro dato que corrobora la importancia del aumento del conocimiento de los cuidados a las personas ancianas es el hecho de que en España en el año 2005 los mayores de 65 años alcanzaron a representar un 17,5% de la población; pero, este dato parece insignificante teniendo en cuenta que según la proyección que llevamos, las estadísticas señalan que en un futuro no muy lejano podrían llegar a suponer casi un 35 %.

El mayor grado de incertidumbre acompañado de una elevación del desconocimiento hacen a las personas ancianas más vulnerables a sufrir patologías psicológicas. Esto llevará a valorar las demencias ya que en función de estas los aspectos psicológicos a tratar por los enfermeros variará.

Un factor importante, al valorar como se deben llevar a cabo los cuidados, es el grado de estrés. Se produce en el anciano debido a los cambios físicos que experimentan a consecuencia de su envejecimiento. Se tiene muy presente el final de la vida y alargarla al máximo posible, aunque todos los individuos deseamos una larga vida siempre que venga asociada a una mejor calidad.

En conclusión el aumento de la población geriátrica unido a un aumento de la demanda asistencial y de mayor calidad sanitaria (mayor especialización) supone un incremento de los cuidados en este tipo de pacientes y con el consiguiente conocimiento por parte del personal de enfermería de ser capaz de realizar unos cuidados de calidad, y como se decía no ya tanto físicos sino también psicológicos; llevando a cabo unos cuidados multifactoriales y valorando a las personas de una manera integral y multidimensional.

Los ancianos están siendo cada vez diagnosticados de más patologías. En el tiempo de la realización de prácticas en hospitales, desde mi punto de vista, he notado algunas carencias en ciertas habilidades que permitirían una mejora del estado de salud tanto del paciente al que se trata como del propio personal de enfermería, el cual también no está exento de sufrir problemas físicos o psíquicos.

Por tanto a la vista de estas deficiencias la propuesta de llevar a cabo la realización de dos planes de cuidados, enfocados al anciano, que para mí son importantes y pueden ser factibles de lograr una mejoría haciendo pequeños cambios, lo que no va a suponer una gran cantidad de recursos para llevarlos a cabo.

Existe una gran cantidad de diagnósticos que están seriamente comprometidos en pacientes geriátricos como son: dolor crónico, descuido personal, afrontamiento ineficaz, riesgo de caídas, ansiedad ante la muerte, baja autoestima personal...

Por mi parte, me voy a centrar en hacer un plan de cuidados de enfermería para el diagnóstico de riesgo de síndrome de desuso, ya que la disminución de la movilidad en estos pacientes es importantes y mediante pequeños ejercicios se puede lograr una gran mejoría de este problema, y para el de ansiedad, el cual adquiere una gran prevalencia en este grupo de pacientes.

- **Objetivos**

Los objetivos propuestos en la realización de este trabajo podemos separarlos en dos:

- **Objetivo general:**

1. Conocer cuáles son los trastornos más importantes que se pueden dar en el paciente anciano.

- **Objetivos específicos:**

1. Establecer un plan de cuidados para el paciente anciano con diagnóstico de riesgo de síndrome de desuso (surge cuando una persona se encuentra en riesgo de deterioro de los sistemas del cuerpo o alterado el funcionamiento, debido a su inactividad).
2. Establecer un plan de cuidados para el diagnóstico enfermero de Ansiedad en el paciente anciano.
3. Determinar cuáles son las aptitudes más importantes para el personal de enfermería.

Este trabajo se puede analizar en dos partes; la primera, está destinada a conocer al anciano, los factores que intervienen en su comportamiento, cambios que experimentan, emociones y miedos. La segunda reservada para la realización de los planes de cuidados de los diagnósticos enfermeros escogidos y para entender cuáles son las acciones que deben realizar en cada tipo de paciente los enfermeros.

- **Metodología del trabajo**

Con el proceso de atención de enfermería, el enfermero es capaz de conocer el estado de salud de las personas a partir de la valoración de las necesidades que tienen y mediante acciones organizadas por parte de un equipo interdisciplinario cubrirlas de forma individualizada.

Este trabajo propone dos diagnósticos de enfermería que desde un punto de vista de la enfermería están considerados de gran importancia para la atención psicológica de las personas de la tercera edad que. Desarrollando objetivos e intervenciones principales de la atención enfermera para cubrir las necesidades detectadas.

Así como la puesta en marcha de actividades enfocadas a una mejoría del nivel de vida de los pacientes ancianos.

Este trabajo se ha desarrollado a partir de la lectura de diversos estudios y publicaciones y de la colaboración del personal sanitario del hospital de Medina del Campo, en Valladolid. Esta colaboración ha provenido tanto del ámbito médico y de enfermería como de los psicólogos y trabajadores sociales, que prestan atención continuada al anciano hospitalizado y tienen en cuenta la importancia del abordaje psicológico en ellos.

Se forma este trabajo a partir de todos los datos recogidos dos planes de cuidados que tratan las necesidades de esos aspectos de importancia para la atención psicológica garantizando un desarrollo de la situación de los pacientes, por lo que sería beneficioso en los diferentes servicios de hospitalización.

- **Trastornos psicológicos asociados a la vejez de interés.**

El término anciano se utiliza para referirse a aquella persona que se encuentra dentro de los parámetros de lo que se llama tercera edad o población de personas mayores. (Anexo1).

Aquí se va a tratar de analizar al paciente anciano que sufre de trastornos psicológicos, dejando en un segundo plano al anciano que envejece de un modo normal, sin sufrir este tipo de patologías.

El hecho de que se den problemas de tipo psicológico en estas edades se debe en gran parte a las reacciones que experimenten durante su proceso de envejecimiento, es decir, aquellos que se mostrarían rechazo a pasar por este procesos. En contraposición de otros que experimentan un buen envejecer y que estarían exentos en su mayoría de tener estos problemas.

No debemos pasar por alto que aunque se de un buen envejecimiento también se debe de llevar a cabo un seguimiento y una serie de cuidados para la prevención y promoción de la salud de estas personas, no sólo centrarnos en aquellos que padecen ya de ciertas patologías. La prevención es tan importante como cualquier otro estadio de una enfermedad.

Por tanto vamos a ver cómo se desarrolla en el anciano una serie de procesos como la depresión, la ansiedad, el afrontamiento a la muerte...

## A. Depresión

Tenemos que tener en cuenta que la depresión no es un diagnóstico que se manifieste de manera única sin cambios entre unas personas y otras. Por lo que establecerla se hace difícil. Este término puede utilizarse para hablar de un estado de desarrollo, un tipo de carácter, una tendencia permanente de la personalidad, y la que considero más importante dentro de la depresión centrada en el anciano es la que hace referencia a un tipo de reacción a el mismo proceso de envejecimiento. (1) En edades avanzadas de la vida se da un alto número de estos procesos relacionados con la depresión, el porcentaje exacto varía de unos estudios a otros según el método de estudio realizado. Por ello que el enfermero tiene que estar capacitado para afrontar los cuidados de estos pacientes con un buen grado de conocimiento.

El diagnóstico de la depresión en ancianos conduce a muchos errores debido a que los síntomas pueden ser atípicos en estas personas o simplemente que se considere algo normal y no se realice la adecuada valoración y diagnóstico.

Como mencionaba el que se produzca una depresión en la vejez se asocia a una mala adaptación del proceso de envejecimiento de estas personas, que experimentan reacciones negativas a su situación de vida actual. Pueden verse limitados o frustrados para llevar a cabo acciones que antes no suponían para ellos ningún tipo de esfuerzos. Su sentimiento de valía y autoestima se ven deteriorados por este motivo y con ello adquieren sentimientos de minusvalía dando con ello los aspectos comunes de una depresión. (2)

La depresión en los ancianos que residen en instituciones geriátricas y hospitalarias es muy frecuente, es debido a que la sensación de competencia en estas personas está más acentuada. El problema de este hecho es que en muchos casos pasa inadvertida, mientras que en otras después de diagnosticarse, se les administra fármacos que no son los idóneos, con lo que no se consigue llegar a una solución en estas personas para mitigar los síntomas.

Como señala Pittt (1986) una dificultad añadida es que las personas mayores no disponen de la preparación suficiente para expresar sus síntomas, lo hacen a través de manifestaciones somáticas (verbalizan sus dificultades para dormir, falta de energía) lo que favorece que el médico asocie estos síntomas a una enfermedad física más que con un trastorno depresivo.

Esta coincidencia hace que sea muy difícil diferenciar entre la depresión y el delirium o la demencia. Por tanto el diagnóstico es complicado debido al enmascaramiento de los síntomas. (3)

El anciano deprimido por su parte posee una serie de síntomas y cambios psicofisiológicos que no tiene el resto de la población. (3) (4) Los más importantes son:

1. Episodios más largos y más resistentes al tratamiento farmacológico.
2. Menos verbalización de sentimientos de inutilidad o de culpa.
3. Delirios y alucinaciones en la depresión mayor.
4. Enmascaramiento con síntomas psíquicos o corporales.
5. Mayor riesgo suicida sobre todo en varones que viven solos.
6. Mayor irritabilidad.
7. Presencia importante de los trastornos del sueño.
8. Somatizaciones ansiosas.
9. Disfunción cognitiva.

Una vez que sabemos cuáles son los síntomas propios de una depresión en ancianos la pregunta que nos debemos hacer es por qué sucede o cuáles son los factores que influyen en este problema.

En primer lugar sucede como se ha mencionado antes por una reacción al problema del envejecimiento, no se sabe envejecer bien. Estas personas ven que sus habilidades y capacidades cada vez están más deterioradas y se sienten mal consigo mismos. El ver que su autonomía empieza a deteriorarse adquieren sentimientos de inferioridad y se resignan a aceptar el momento con pensamientos centrados en hechos pasados.

A esto se debe añadir la pérdida de seres queridos que es más habitual en edades avanzadas con lo que la sensación de soledad se hace patente y se produce la añoranza de esas personas que se han ido de su lado. (3)

En muchos casos el simple hecho de abandonar la vida laboral puede desarrollar un problema de tipo depresivo. Se sienten que han perdido un aspecto muy importante para su vida y no tienen o no saben encontrar un medio que ocupe ese hueco dejado.

Todas estas situaciones son las que generan que en un momento dado se puedan diagnosticar de estado depresivo que se caracteriza por las bajas emociones positivas y las altas negativas.

### *Actuación de enfermería*

Las expectativas de eficacia pueden jugar un papel especialmente en el desarrollo de trastornos depresivos en ancianos. Por tanto se debe hacer hincapié en crear estas facultades en los pacientes ancianos desde el personal de enfermería para poder ser capaces mediante la interacción entre ambos de una mejoría en su salud y de este modo poder reducir en la medida que sea posible la prevalencia de los trastornos depresivos.(5)

Importante tener en cuenta que existe una menor probabilidad de muerte entre aquellas personas que estaban casadas y tenían una amplia red de interacciones sociales.

El por qué se debe a que el apoyo social se relaciona con la práctica de conductas saludables, adherencia al tratamiento así como una reducción en el tiempo de hospitalización. Aquellos ancianos que vive solos están más expuestos al desarrollo de trastornos depresivos. Otro indicador inusual es el poseer animales domésticos, que corrobora la importancia de la red de apoyos.

Ser conocedores de estos estados específicos que lleva asociados la depresión es útil en nuestra profesión, ya que somos quienes vamos a trabajar con estas personas.

El enfermero puede hacer ante un paciente con depresión:

- Fomentar su participación en grupos que puedan existir en el hospital buscando así una mejoría de su red de apoyo.
- Intentar que no se encuentre solo en muchos momentos del día, ya que el aislamiento propicia ideas depresivas, nosotros tenemos que conseguir que haya gente a su alrededor
- Mostrarle al paciente pequeños refuerzos si va cumpliendo con el tratamiento, si nos hace caso
- Experimentar en él un feedback positivo ya que podemos hacerle partícipe de su situación y a medida que vaya viendo pequeñas mejoras sentirá esos cambios, ocasionado un bucle de sentimientos positivos.

- Una virtud de un enfermero es su capacidad de observación, por tanto en el momento que veamos que el paciente tiene motivación por alguna cosa por superflua que parezca debemos potenciarlo. De este modo estará inmerso en algo que le gusta hacer y sus pensamientos serán desviados hacia un lado positivo.
- No se deben fijar metas muy difíciles ni de largo alcance, por lo que el enfermero que esté con él debe proponerle pequeños cambios pero seguros, aumentando en este su autoestima y viendo las cosas de otra manera ya que se sentirá más capaz.
- A la hora de los cuidados es necesario considerar las redes formales e informales que posee el paciente anciano ya que en este tipo de personas es frecuente encontrar una fuerte adhesión a la norma de reciprocidad, prefiriendo no recibir apoyo de otros a los que no puedan corresponder posteriormente.

## **B. Suicidio**

A raíz del proceso depresivo por el que pueden pasar los ancianos que no se adaptan bien a su nuevo rol una de las posibles consecuencias que se deben tener en cuenta y que se considera de las más peligrosas es el riesgo de suicidio.

Por tanto el suicidio en el anciano más que valorarlo como un proceso independiente se tiene que entender como una consecuencia asociado al diagnóstico de la depresión. Estas personas experimentan un rechazo a la vida, la cual ha perdido todo el sentido para ellos. El verse tan limitado en acciones o en su red social, puede llevar a que se produzca este desenlace. (6)

Es necesario considerar, y que el personal de enfermería sea conocedor, del aumento considerable de las conductas suicidas en ancianos. Según un estudio, Godstein (1977), en las personas mayores de 65 años se produce el 25% de todos los suicidios. Por tanto uno de cada cuatro suicidios corresponde a personas ancianas. Años más tarde Boulet (1982) aportó un dato todavía más llamativo “las personas mayores de 85 años se suicidan trece veces más que las personas comprendidas entre los 15 y los 24”. (7)

Prácticamente la totalidad de las personas mayores que padecen depresión experimentan una ideación suicida. El método empleado por los ancianos para realizar un intento de suicidio consiste en la ingestión de fármacos, preferentemente benzodiazepinas ,

analgésicos y antidepresivos. Sin embargo, el método usado para un suicidio consumado es más violento en la vejez. Para hacernos una idea en Europa el procedimiento común sería el ahorcamiento, mientras que en Norteamérica el 90% de los varones americanos emplean las armas de fuego. Para concretar aun más, en nuestro país los hombres consuman el suicidio mediante la precipitación y el ahorcamiento mientras que las mujeres tienden a utilizar la sobredosis. (7)

Podemos asociar el suicidio a los siguientes factores:

Aislamiento social	Depresión	Enf. crónica dolorosa
Trastornos psicológicos	Género masculino	Edad

### ***Actuaciones de enfermería***

Como enfermeros tenemos que valorar el riesgo de cada personas, analizando el modo en que expresa sus sentimientos, los actos que realiza...

Las medidas que podemos tomar estarían las de limitar todos aquellos objetos que sean proclives a ocasionar un daño en los pacientes. En los hospitales existen métodos de inmovilización que nos pueden ser de gran utilidad en estos casos.

El simple hecho de que asegurarnos de que las ventanas están cerradas con llave en aquellas salas en las cuales estén o vayan a estar los pacientes nos da mucha seguridad y es una buena manera de evitar problemas.

Aconsejar sobre las prácticas saludables que se pueden seguir llevando a cabo, así como indagar en la vida del paciente para ser conocedores de su situación y haciéndole ver siempre el lado bueno.

Por tanto cualquier manifestación que se haga al personal de enfermería debe de ser tomada en consideración y emprender los protocolos específicos que se tiene que llevar a cabo, como puede ser el ingreso en un centro específico como medida de protección.

### **C. Ansiedad**

Diferentes sucesos de la vida diaria estresantes como puedan ser dolores físicos, cambios de residencias, una operación, problemas familiares pueden desencadenar una reacción de ansiedad en cualquier etapa de la vida. El problema es que cuando estos procesos ocurren en personas de edad avanzada los hacen más vulnerables a padecer estos trastornos de ansiedad. A todo ello se debe sumar que los ancianos suelen ser tratados con medicamentos que pueden causar signos y síntomas de ansiedad, debido a que estas personas suelen tener más de una enfermedad. (8)

En la vejez la ansiedad puede aparecer como un síntoma, un síndrome, o un cuadro clínico incluso ser provocado por enfermedades o medicamentos, por lo que analizar la prevalencia en estos casos resulta una tarea difícil. Aún así los trastornos de ansiedad son relativamente menos frecuentes en los ancianos que entre los sujetos más jóvenes.

El trastorno de ansiedad puede surgir por primera vez en esta etapa de la vida, aunque es poco frecuente ya que si no se ha tenido casos previos esporádicos de ataque de ansiedad no se da el trastorno. Flint (2005). (8)

Cuando estas personas mayores son ingresadas van a estar más preocupadas de su situación, cualquier comportamiento hacia ellos que no lo valoren como algo normal puede aumentar el nivel de ansiedad que pueden estar experimentando.

Al igual que en la depresión, el no ser capaces de realizar ciertas actividades consideradas por estas personas como normales generaban esos estados de insatisfacción produciendo ansiedad por el resultado de su comportamiento.

Por tanto no sólo se dan sensaciones de incapacidad ocasionando sentimientos negativos sino que a la par se pueden dar reacciones ansiosas ante estos resultados contrarios a los esperados por los ancianos. (9)

#### ***Actuaciones de enfermería***

El trato que debe tener un enfermero con pacientes que padecen este problema son:

- A la hora de hablar tenemos que estar seguros ya que de lo contrario se podrían exacerbar los síntomas de los pacientes al intuir problemas o complicaciones.
- Explicar detenidamente la situación por la que se atraviesa desde un punto de vista que no ocasione muchas dificultades para su realización. En estos pacientes el saber que no se pueden conseguir objetivos o al menos no como se esperaban los perjudica en su forma de analizar las cosas.

- Fundamental reconocer que en personas mayores al ser trasladados de su casa al hospital o una residencia se puede dar una desorientación, lo que llevaría a una ansiedad por no saber donde están. El personal de enfermería tiene que conseguir relajar al paciente haciéndole ver dónde está y explicándole detenidamente el por qué, sin entrar en juicios de valor que puedan aumentar su estado de ansiedad.
- Otro modo de disminuir la ansiedad que está en manos del personal de enfermería es tratar de desviar estos pensamientos del foco ocasionador de ansiedad mediante actividades que lo mantengan entretenido y con la mente puesta en lo que están realizando. En función de su grado de deterioro, puede ser pasear, conocer a otros pacientes, leer...

#### **D. Memoria**

El aumento del número de personas mayores que viven en los países desarrollados es un hecho que no había pasado nunca. Esto es muy positivo, pero con él, aumenta también el número de personas que tienen o tendrán problemas de memoria.

Para estudiar estos cambios de memoria la ciencia se ha ayudado de la realización de estudios longitudinales y transversales.

Estos demuestran que se produce un deterioro de la velocidad de procesamiento de la información, la memoria de trabajo y la memoria episódica. Otros tales como la memoria semántica o implícita se mantiene constantes. (3)

La memoria episódica se deteriora con la edad. La actuación en pruebas de reconocimiento y de recuerdo empeora cuando se compara con la actuación de adultos jóvenes en las mismas pruebas. Este resultado es más elevado cuando se hacen las pruebas con recuerdo libre. (10) En un principio se pensaba que este cambio se debía a la pérdida de neuronas en la zona específica de la memoria episódica pero actualmente se sabe que no se produce tal disminución en el envejecimiento normal sino que se puede deber al cambio de las estructuras.

El hecho de contar con un soporte ambiental, tanto durante la recuperación como en la codificación de la información, permite una mejor actuación de los mayores en tareas de memoria episódica. Por lo que uno de estos elementos debe ser tomado en cuenta a la hora de realizar los cuidados por parte del personal de enfermería; ya que, si nos

apoyamos en algún estímulo externo durante la fase de dar información a los ancianos podemos conseguir que estos retengan mejor dicha información.

Otro tipo de memoria importante a la hora de evaluar la memoria en las personas mayores es la memoria autobiográfica. La cual contiene información sobre hechos significativos ocurridos en un momento de la vida de una persona, desde la juventud a la vejez, los recuerdos son los mismos antes de los 8 años a partir de ese momento con el aumento de la edad disminuye el número de recuerdos. Como consecuencia de ello es el hecho de que las personas mayores están constantemente hablando de sucesos vividos por ellos durante su infancia y que no tengan el mismo número de recuerdos de su edad adulta. (10)

### ***Actuaciones de enfermería***

Los enfermeros para hacer una mejora en el estado de la memoria de los pacientes podemos estimular esta con pequeños juegos que no nos ocuparían mucho de nuestro tiempo como puede ser nombrar ciertos lugares o personas.

Fomentar a que se acuerden ellos mismos de cuándo deben tomar sus pastillas y el nombre de estas es otra medida que potenciaría la función de la memoria.

En muchos casos el que nos cuenten historias o relatos que han pasado hace mucho tiempo es una buena referencia para valorar que están ejercitando la memoria. en esos momentos podemos preguntarles cosas para que se esfuercen en recordar.

## **E. Trastornos del sueño**

El sueño normal tiene dos fases: sueño de movimientos oculares rápidos REM y sueño no REM. El sueño REM también llamado sueño onírico, que sería la fase activa o paradójica del sueño, por otro lado la fase no REM, sueño de onda lenta, es la fase tranquila o descansada del sueño. En los ancianos se producen una serie de perturbaciones en los patrones del sueño que pueden llegar a afectar al ritmo circadiano y alterar el propio ciclo del sueño. (11) La importancia del descanso y control del sueño es de vital importancia, constituyen una función reparadora fisiológica y psicológica.

El sueño repone los órganos de los sentidos y en el caso de los ancianos precisan de un mayor tiempo para ello. Los ancianos que se ven privados de sueño pueden llegar a ser olvidadizos, estar desorientados o confundidos, mayor agitación... (12)

Sufren de un sueño discontinuo que es más fragmentado con un aumento del número de despertares nocturnos, disminuye el sueño profundo. La mayor parte de las personas de la tercera edad refiere que la calidad del sueño es de baja calidad y cantidad debido a estos cambios. En consecuencia pueden abusar del uso de hipnóticos o sedantes.

Normalmente cuando se da una mejoría en los trastornos del sueño se debe a que este parece estar relacionado con el éxito del tratamiento de las afecciones físicas o psicopatológicas.

### ***Actuaciones de enfermería***

Las funciones que puede ejercer el enfermero para mitigar estos estados van más allá de limitarse a administrar " la pastilla de dormir", como pueden ser:

- En muchos casos al no recibir estimulación durante el día los pacientes se quedan dormidos por el día, por este motivo refieren que no pueden dormir durante la noche. El papel de enfermería estaría aquí en ejercer una estimulación o motivación al paciente anciano durante el día bien sea mediante pequeños paseos, ver la televisión, realizar juegos mentales o de cartas con los familiares. Potenciación de la escritura.
- Modificar la hora de las comidas puede ser otra acción que cambiaría esta situación, atrasando un poco la hora del desayuno y de la cena. De este modo los pacientes se quedarían dormidos más tarde.
- En definitiva ofrecer algún tipo de distracción durante el día alargando este al máximo para cuando llegue la noche los pacientes tengan ganas de dormir.

### **F. Estrés**

El estrés, es un factor psicológico que se puede desarrollar tanto en el personal de enfermería como en el paciente anciano. En cada uno se crea por razones diversas. Podemos entenderlo como una respuesta a un estresor a un estado especial del organismo que se caracteriza por un sobreesfuerzo. (7)

Implica un conjunto complejo de variables que interaccionan: demandas psico-sociales, valoración cognitiva que hace, el afrontamiento, las características personales y sociales.

Como decíamos el estrés produce cambios a nivel psicológico. Estos podemos dividirlos en dos tipos, los sucesos vitales o mayores y sucesos menores o estrés diario. A los primeros se los define como aquellos que implican o conllevan algún tipo de cambio respecto al habitual ajuste del individuo. Estos pueden evocar primariamente reacciones psico-fisiológicas. Con un mayor cambio, mayor probabilidad de enfermar. El estrés diario o sucesos menores, serían mucho más frecuentes y próximos temporalmente a la persona que lo padece.

Tanto el estrés menor como las satisfacciones que caracterizan la vida cotidiana poseen mayor significación que los sucesos vitales. Los fastidios o hassles serían demandas frustrantes y estresantes que irían en contraposición a las satisfacciones o uplifts (7) (13). Estos sucesos positivos actuarían como amortiguadores emocionales del estrés. Tanto unos como otros actúan de un modo interactivo.

### ***Actuaciones de enfermería***

El papel que juega el enfermero en este caso se correspondería en gran medida con el mencionado anteriormente para los pacientes con ansiedad.

Principalmente lo que se debe hacer es disminuir al máximo las situaciones que pueden suponer una gran activación para los pacientes limitando su grado de excitación o estrés. La forma en la que se dan las noticias o la manera de proceder ante ciertas técnicas deben llevarse con mucho cuidado para no alterar su estado.

El simple hecho de realizar una extracción de sangre o el administrar algún medicamento pueden ocasionar estrés por lo que todo esto debe ir acompañado de una aclaración con función más que informativa relajante.

No alterar mucho el entorno del paciente es otra medida que podemos utilizar al trabajar con pacientes con problemas de estrés.

Una vez que conocemos los trastornos más comunes que se pueden dar en el paciente anciano podemos ser capaces de llevar a cabo un plan de cuidados de enfermería para este tipo de pacientes.

- **Plan de cuidados**

Con lo visto hasta la fecha en el periodo de prácticas y como se hacía referencia al comienzo de este trabajo se ha notado, desde un punto de vista personal, una deficiencia en algunos aspectos en los cuidados que se pueden llevar a cabo por el personal de enfermería y que un pequeño cambio conllevaría una mejoría en el estado de salud de los pacientes ancianos. Un diagnóstico en el que se puede lograr este cambio es en el del riesgo de síndrome de desuso, ya que gran parte del tiempo que pasan hospitalizados los ancianos no realizan ningún tipo de movimiento.

El otro diagnóstico comprende un carácter más psicológico que físico, que de igual modo realizando pequeñas variaciones las consecuencias serían muy beneficiosas. En este caso ya no sólo en lo que respecta a los pacientes, que es cierto, sino también podemos extrapolar sus objetivos y actividades al propio personal de enfermería. Los cuales tienen también, aunque no se valora de la misma manera, este diagnóstico que es la ansiedad.

Por lo tanto ahora se expone un plan de cuidados para cada uno de los dos diagnósticos con el fin de poder aclararlos y determinar cuáles serían los objetivos a mejorar y mediante qué intervenciones se podría lograr.

### **I. Riesgo de síndrome de desuso**

1. Diagnóstico de enfermería:

00040 - *Riesgo de síndrome de desuso* - Es el riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad músculo-esquelética prescrita o inevitable.

2. Factores asociados de riesgo.

- ✓ Dolor grave.
- ✓ Alteración del nivel de conciencia.
- ✓ Parálisis.
- ✓ Inmovilización mecánica.
- ✓ Inmovilización prescrita.

### 3. Resultados esperados (NOC)

<ul style="list-style-type: none"><li>• Resistencia (0001)</li><li>• Consecuencias de la inmovilidad: Fisiológicas. (0204)</li><li>• Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas. (0205)</li><li>• Movimiento articular: activo. (0206)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Movimiento articular: pasivo. (0207)</li><li>• Nivel de movilidad. (0208)</li><li>• Control del riesgo. (1902)</li><li>• Nivel del dolor (2102)</li></ul>
--	---

### 4. Intervenciones (NIC)

<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Manejo de energía. (0180)</li><li>➤ Fomento de ejercicios: extensión. (0202)</li><li>➤ Terapia de ejercicios: deambulación. (0221)</li><li>➤ Terapia de ejercicios: movilidad articular. (0224)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Terapia de ejercicios: control muscular. (0226)</li><li>➤ Cambio de posición. (0840)</li><li>➤ Manejo del dolor. (1400)</li><li>➤ Prevención de las úlceras por presión (3540)</li></ul>
---	--

### 5. Actividades :

- Determinar qué y cuánta actividad se necesita para reconstruir la resistencia física.
- Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante un movimiento / actividad.
- Ayudar al paciente a programar periodos de descanso.
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
- Favorecer la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria, coherente con los recursos energéticos del paciente).
- Controlar la respuesta de oxígeno del paciente (frecuencia y ritmo cardíaco y frecuencia respiratoria) a los autocuidados o actividades de cuidados por parte de otros.

- Ayudar a desarrollar metas realistas a corto y largo plazo en función del nivel de forma física y el estilo de vida actuales.
- Proporcionar información sobre los cambios en la estructura musculoesquelética relacionados con el envejecimiento en la estructura neuromusculoesquelética y los efectos de la falta de uso.
- Facilitar ejercicios sistemáticos de extensión muscular lenta y mantenimiento con posterior relajación con el fin de preparar los músculos y articulaciones para ejercicios más vigorosos o para aumentar la flexibilidad corporal. Usando como ejemplos al propio personal de enfermería.
- Estímulo y asistencia en la deambulación para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.
- Aplicar tablillas para conseguir la estabilidad de las articulaciones proximales implicadas en las habilidades motoras finas, según prescripción.
- Volver a evaluar la necesidad de dispositivos de ayuda a intervalos regulares en colaboración con el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional o de recreación.
- Poner apoyos en las zonas edematosas.
- Colocar en una posición que facilite la ventilación / perfusión (pulmones abajo), si resulta apropiado.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.

Como se menciona, otro factor que se puede tratar de una manera no muy costosa obteniendo con ello un bienestar psíquico y físico en el anciano es el del grado de ansiedad. Se diagnostica este proceso en muchos casos. En el cual a través de una serie de técnicas sencillas se puede conseguir un gran beneficio, por ello el desarrollarlo.

## II. Ansiedad

### 1. Diagnóstico definitorio

00146 - *Ansiedad* - Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro.

Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

### 2. Factores relacionados:

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Exposición a toxinas.</li> <li>❖ Conflicto sobre los valores y metas en la vida.</li> <li>❖ Necesidades no satisfechas.</li> <li>❖ Asociación familiar o herencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Crisis de maduración o situacionales.</li> <li>❖ Amenaza de muerte.</li> <li>❖ Estrés.</li> <li>❖ Abuso de sustancias.</li> </ul>
--	--

### 3. Características definitorias

<p>- 3a- Conductuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Control y vigilancia.</li> <li>✓ Agitación.</li> <li>✓ Movimientos extraños</li> </ul>	<p>-3b- Afectivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Angustia.</li> <li>✓ Inquietud</li> <li>✓ Temor</li> </ul>	<p>-3c- Fisiológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Voz temblorosa.</li> <li>✓ Estremecimiento / temblor de manos.</li> <li>✓ Aumento de la respiración</li> </ul>
--	--	---

### 4. Objetivos esperados (NOC):

- Aceptación: estado de salud (1300)
- Superación de problemas (afrontamiento). (1302)
- Adaptación psicosocial: cambio de vida. (1305)

- Control de la ansiedad. (1402)
- Control de los impulsos (1405)
- Habilidades de interacción social (1502)

5. Intervenciones (NIC) :

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Escucha activa. (4920)</li> <li>➤ Aumentar el afrontamiento. (5230)</li> <li>➤ Asesoramiento. (5240)</li> <li>➤ Apoyo emocional. (5270)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Disminución de la ansiedad. (5820)</li> <li>➤ Técnica de relajación. (5880)</li> <li>➤ Cuidados de enfermería al ingreso. (7310)</li> </ul>
---	--

6. Actividades:

- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sanciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Identificar a los seres queridos cuya presencia puede ayudar al paciente.
- Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina y determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

Para llevar a cabo estos planes de cuidados es preciso que el enfermero disponga de una serie de aptitudes que le capaciten para una buena praxis con estos pacientes. Estas serían de carácter psicológico, con las que gracias a ellas se pueden entablar una mejor comunicación paciente-enfermero aportando al proceso de los cuidados unas mejoras considerables. (Ver: Anexo 2).

- **Discusión/ Implicaciones para la práctica**

A día de hoy los planes de cuidados de enfermería son la base para el desarrollo de una buena práctica y una mejora en la organización asistencial. Han llegado a ser el método utilizado por los enfermeros basados en criterios científicos. Entienden a la persona desde un punto de vista integral, trabajando en cada una de las dimensiones de las personas.

En los ancianos aumenta la hospitalización debido a las pluripatologías y comorbilidades en las enfermedades que se producen. Poseen unas estancias de tiempo en su mayoría prolongadas y frecuentes. Por tanto para poder abordar estos casos con un alto grado de eficacia y de continuidad en el proceso asistencial es necesaria la puesta en marcha de planes de cuidados. Los cuales van a abarcar las necesidades de los ancianos tanto físicas como psicológicas.

Los planes de cuidados deben tener una característica fundamental y es que sean individualizados. Las personas mayores cuando ingresan en ningún caso se parecen a otras. Cada uno es capaz de afrontar su situación de una manera, las características de la enfermedad son diversas según factores que son específicos de cada paciente.

Con este trabajo se lleva a cabo de algún modo un intento de mejorar las actividades prácticas a realizar en los dos diagnósticos previamente comentados que afectan a un gran número de personas mayores. Pero ya no sólo se busca conseguir con ello un cambio en los aspectos físicos de estos a través de las diversas técnicas y procedimientos, sino cambio a nivel psicológico.

Esta atención psicológica es importante ya que interviene en gran medida en el devenir de la situación por la que se atraviesa. Las cualidades y características que se señalan en el Anexo 2 son las que nos van a permitir esta mejoría en la relación asistencial y como digo en el propio desarrollo de la patología que se presente.

- **Conclusión**

- ⇒ Los ancianos, bien hospitalizados o no, presentan una serie de necesidades psicológicas que deben ser atendidas. En muchos casos es el personal de enfermería el responsable de subsanar esa situación.
- ⇒ Existen trastornos con mayor prevalencia que otros y cada uno de ellos produce una sintomatología diferente en cada paciente. Por ello el enfermero debe ser conocedor de estos tipos de trastornos.
- ⇒ Una correcta atención psicológica por parte del enfermero a los ancianos favorece un mejor adaptamiento fuera y dentro del hospital, consiguiendo un aumento de la calidad de vida de estas personas y cambiando el tipo de valoración que hacen los pacientes de sus condiciones.
- ⇒ El enfermero tiene que saber cuáles son las mejores características para tratar con estos pacientes y estar capacitado para dar respuestas a las necesidades físicas y psicológicas que presente cada anciano.
- ⇒ Cualquier diagnóstico de enfermería que se asocie a un anciano debe incluir en él el tratamiento de causas de origen psicológico introduciendo técnicas para mejorar su nivel de salud mental.
- ⇒ Los diagnósticos de ansiedad y riesgo de síndrome de desuso son dos de los diagnósticos que se dan con mayor frecuencia y es deber del enfermero conocer cuales son las actividades a realizar en estos casos para el mejor devenir de las personas afectadas.

## • Bibliografía

- (1) González Labra M.J. Introducción a la psicología del pensamiento. 7ª edición. Madrid: Sanz y Torres; 2011.
- (2) Vallejo Pareja M.A. Psicología clínica y de la salud "avances 2001". Madrid: Minerva; 2002.
- (3) Gregorio Gil P, Casado Rivera JM. Problemas clínicos más relevantes en el paciente geriátrico. En: Farreras R, Rozman C. Medicina Interna. 14 ed. España: Harcourt; 2000. p. 1275-99
- (4) Vera Vera J. ABC de la depresión en las personas mayores. Madrid: Grupo Aula Médica; 2000.
- (5) Martínez Rodríguez T. Técnicas de apoyo e instrumentos valiosos en la atención personalizada. En: Rodríguez Martínez. Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia. Madrid: Editorial Medica Panamericana S.A; 2010 p. 87-118.
- (6) González Labra M.J. Psicología del pensamiento. 1ª edición. Getafe (Madrid): Sanz y Torres; 2012.
- (7) Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de Psicopatología. Edición revisada. Volumen I. Madrid: McGraw-Hill ;2010.
- (8) Fernández-Abascal Enrique G. La ansiedad. En: García Rodríguez B, Fernández-Abascal E.G, Jiménez Sánchez M.P. Psicología de la emoción. Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces; 2010 p. 339-372.
- (9) Bretón S. ¿ De qué tiene miedo? Como superar las crisis de angustia. Barcelona: Grijalbo; 1988.
- (10) Lehr U, Thomas H. La memoria. En: Lehr U, Thomas H. Psicología de la senectud, proceso y aprendizaje del envejecimiento. Barcelona: Herder; 2003. p. 139-160
- (11) Stuart-Hamilton I. Psicología del envejecimiento. Madrid: Morata; 2002.
- (12) Milagro M. Envejecimiento y cambios psicológicos. Rev Psicol Santiago de Chile 2001.
- (13) Fernández-Abascal E.G, Control del estrés. Madrid: UNED; 2002.
- (14) Arribas Cachá A.A et al. Valoración enfermera. Herramientas y técnicas sanitarias. 3ª ed. Madrid: Fuden; 2015.
- (15) Llor Esteban B, Abad Mateo MA, Nieto J. La comunicación. En: Llor Esteban B. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1995 p. 170-176.
- (16) Llor Esteban B, Abad Mateo MA, Nieto J. La relación: Profesional de la salud-paciente. En: Llor Esteban B. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1995 p. 219-226.
- (17) Riera i Alibés R. Conexión emocional. Barcelona: Octaedro; 2011.
- (18) Mestre Navas JM, Guil Bozal R. La regulación de las emociones: una vía a la adaptación personal y social. Madrid: Pirámide; 2012.
- (19) Belsky J. La muerte y morir. En: Belsky J. Psicología del envejecimiento. Madrid: Paraninfo; 2001. p. 360-397
- (20) Bowlby J. Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. 3 ed. Madrid: Morata; 1999.

- **ANEXO 1 : Valoración geriátrica.**

#### Valoración geriátrica

La valoración geriátrica está destinada a detectar ancianos con riesgo de perder su funcionalidad o sufrir alteraciones en su salud e identificar, describir, valorar y cuantificar sus posibles problemas utilizando diferentes procedimientos y escalas:

#### Valoración de anciano de riesgo

El anciano de riesgo o anciano frágil es aquel que presenta una mayor probabilidad de perder progresivamente su funcionalidad y de sufrir eventos adversos de salud como discapacidad, dependencia, caídas, institucionalización o muerte.

Es muy importante detectar a tiempo, en estadios precoces, e intervenir adecuadamente para tener más posibilidades de revertir y modificar la evolución. Habitualmente, se utiliza el Cuestionario de Barber para la identificación y captación de ancianos de riesgo. Este cuestionario se considera positivo con una o más contestaciones afirmativas. (14)

#### Criterios clásicos de fragilidad

- Edad de 80 ó más años.– Vivir solo.
- Reciente enviudamiento.– Patología crónica.
- Déficit auditivo o visual.– Caídas.
- Polifarmacia.– Ingreso hospitalario reciente.
- Alteración cognitiva o afectiva.– Deficiente aporte socio-económico

#### ✓ Valoración social

El funcionamiento social comprende las relaciones sociales y actividades humanas que tienen lugar en la sociedad. En la salud social intervienen factores como las interacciones sociales y recursos, adaptación personal y bienestar subjetivo e integración ambiental.

#### ✓ Valoración de problemas médicos

Va dirigida a la valoración de la salud física. Se realiza a través de la historia clínica, que es el relato de la enfermedad de un paciente, transcrita por un profesional sanitario y que consta de diversas partes: entrevista o anamnesis, exploración, diagnóstico o juicio

clínico, plan de tratamiento y cuidados y la evolución clínica. Los pacientes ancianos necesitan mayor tiempo y dedicación al realizar la entrevista clínica, pues suelen ser más lentos en comprender y responder las preguntas y pueden cansarse con más facilidad. En ocasiones, ocultan síntomas creyendo que son normales en el envejecimiento o por miedo al ingreso.

#### ✓ Valoración mental

Se valorarán la función cognitiva (capacidad para realizar funciones intelectuales como recordar, orientarse o calcular) y la función afectiva (centrándose en la ansiedad y en la depresión, que son los trastornos psíquicos frecuentes en los ancianos). Una de las alteraciones cognitivas más evidentes y que más preocupa a los ancianos es la que afecta a la memoria y en especial a la memoria para los hechos cotidianos.

#### Escalas de actividades diarias (AVD)

Son una serie de escalas que se utilizan para conocer cuál es el estado de salud de las personas ancianas. Son capaces de evaluar los conocimientos que se tienen en ámbitos de la vida diaria de los mayores, así como indicarnos si son capaces de realizar las labores básicas de su día a día o requieren de una ayuda externa. (5)

Estas actividades están divididas en dos: básicas e instrumentales

Dentro de las básicas existe un índice de actividades de la vida diaria realizado por Katz, que es uno de los más estudiados y validados. Está diseñado para enfermos hospitalizados debido a una fractura de cadera, el cual consta de 6 ítems:

- Baño
- Vestirse
- Uso del retrete
- Movilidad
- Continencia
- Alimentación

Como mencionábamos las escalas de las actividades básicas de la vida diaria están orientadas jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos. La escala describe lo que se considera dependiente o independiente, por lo que cada ítem tiene dos posibles respuestas

Índice de Barthel : es el instrumento que recomienda la sociedad británica de geriatría para evaluar las actividades básicas en el anciano. Así como la escala más conocida a nivel internacional para valorar el funcionamiento de pacientes con enfermedades cerebro vasculares agudas. (5)

Dentro de las escalas de actividades de la vida diaria instrumentales estarían las de Lawton Brody y la escala instrumental OARS. Hacen una valoración de la capacidad de las personas mayores para, por ejemplo, usar el teléfono, hacer la compra, lavar la ropa...se corresponderían con aquellas que aseguran una independencia para vivir solos.

Por medio de estas escalas se consigue hacer una valoración mental teniendo como objetivos cuantificar y calificar la situación cognitiva y afectiva del paciente.

Para hacer una valoración del estado cognitivo existen varias escalas: mini mental, test de Pfefer, test de reloj...este último es el más específico. Sirve de criba para examinar el deterioro cognitivo, aunque también se utiliza para seguir la evolución de los cuadros contusionales.

El test del reloj valora el funcionamiento cognitivo global principalmente la apraxia. la ejecución motora, la atención, la comprensión, y el conocimiento numérico , mediante la orden de dibujar un reloj. En él se puede obtener hasta un 35, significativo de que no existe deterioro. El deterioro leve se establece por debajo de 28, y un deterioro cognitivo agudizado con menos de 25.

Por otra parte para medir la disfunción de la función afectiva se está utilizando a día de hoy la escala de depresión de Yesevage.

Un aspecto importante a tratar es además de la valoración mental , la valoración social. utilizada para identificar factores sociales capaces de facilitar el desarrollo de enfermedades o condicionar la evolución de los mismos. El método consistiría en una serie de preguntas en cuestionarios estructurados o semiestructurados para saber con quién vive, el tipo de vivienda, la pensión...

Una de las más influyentes es la escala OARS de recursos sociales, esta nos proporciona información acerca de 5 áreas (estructura familiar y recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física, capacidades para la realización de las AVD).

Evalúa las respuestas en una escala de 6 puntos que van desde excelentes recursos sociales (1 punto) hasta el deterioro social total (6 puntos).

Otra escala es la escala de valoración socio-familiar de Gijón, que se emplea para valorar la situación social y familiar de las personas mayores que viven en domicilio. su objetivo es detectar situaciones de riesgo y problemas sociales para la puesta en marcha de intervenciones sociales.

Escalas:

<p>1. Valoración del anciano de riesgo. – Cuestionario de Barber.</p> <p>2. Valoración social. – Escala de OARS. – Escala de Gijón.</p> <p>3. Valoración de la capacidad mental. <i>Función cognitiva:</i> – Cuestionario de Pfeiffer. – Mini-Mental test de Folstein (o de Lobo). – Escala de incapacidad psíquica de Cruz Roja. <i>Función afectiva:</i> – Escala Geriátrica de Depresión (Yesavage). – Escala de Hamilton.</p>	<p>4. Valoración de la capacidad funcional. <i>AVD-B (actividades de la vida diaria básicas):</i> – Índice de Katz. – Escala de incapacidad física de Cruz Roja. – Índice de Barthel. <i>AVD-I (actividades instrumentales de la vida diaria):</i> – Escala de Lawton y Brody. <i>AVD-A (actividades de la vida diaria avanzadas):</i> – Escala de Rosow y Breslau.</p>
---	---

- **ANEXO 2: Comunicación y aptitudes del personal de enfermería**

La comunicación interpersonal se define como el proceso mediante el que las personas crean y gestionan sus reacciones, ejerciendo una responsabilidad colectiva en la creación de significado. (15) Con ella:

- Intentamos alcanzar nuestras necesidades sociales y psicológicas.
- Obtenemos información.
- Influyimos sobre los otros y otros influyen en nosotros.

Aunque hay varios tipos nos vamos a centrar en el asertivo que es el necesario para que la comunicación con el paciente y con otros profesionales se de la mejor manera posible.

La autoconciencia, autoestima, autocontrol, empatía, dedicación, integridad, habilidad para comunicar...los profesionales más brillantes de la enfermería destacan por estas capacidades así como por trabajar en equipo.

El objetivo de todo esto es ver cuales serian las condiciones o requisitos necesarios para entablar un buen dialogo con las personas mayores. Evitar la crítica y la culpa. La forma más segura de destruir la empatía es criticar las conductas del paciente. El enfermero puede llegar a este punto debido a la inseguridad ante algunas demandas hechas por el anciano.

*Empatia:* Quiere decir ser capaz de ponerse en el lugar del otro. Se considera empática, a la persona que muestra una alta expresividad verbal y una buena capacidad para atender y permanecer concentrada ante los mensajes de la otra persona. (16) Hay que resaltar la importancia de expresión de la empatía con el lenguaje no verbal, por muy atentamente que se escuche, si no se utilizan gestos corporales de nuestro interlocutor no se siente comprendido.

Algunas de las características de un buen enfermero empático son:

- Llamar al paciente por su nombre: así se le da a entender que no es un simple número.
- Baja reactividad: es el tiempo que tarda el profesional en intervenir después de haber hablado el paciente. Conviene dejar al menos dos segundos desde que termina el paciente hasta que habla el enfermero.
- Facilitar la retroalimentación por parte del paciente

- Preguntar por sentimientos y aspectos psicosociales.
- Evitar dar falsas seguridades, que son respuestas tranquilizadoras, sin base razonable, dadas en el mismo instante en que el paciente nos informa de una preocupación. Se ofrecen partiendo de datos insuficientes.

*Asertividad:* Significa que el paciente crea que sabemos lo que hacemos y que se sienta respetado en sus opiniones. No basta con saber qué debemos hacer, si queremos ser asertivos el paciente debe percibirnos como profesionales seguros de nosotros mismos. Incluso en situaciones de incertidumbre debemos transmitir seguridad y que nuestras opiniones estén fundamentadas. Los aspectos que definen a un buen enfermero en lo referente a su asertividad son (16):

Mirar al hablar	Seguridad en lo que se dice	Racionalidad / Aceptar errores
Saber expresarse	Buena autoestima	Saber decir "No"

Las personas mayores buscan un confidente en quien puedan confiar y expresar libremente sus emociones, por lo que un aspecto clave que se puede añadir a la tabla anterior es : "Saber escuchar". Para ser buenos en ello podemos hacer:

1) Cambiar el entorno. Escuchar es una tarea difícil. Pensemos durante unos minutos en cuáles son las barreras ambientales que podemos suprimir y que ahora dificultan mi comunicación con la otra persona. (17) Tenemos que ser capaces de eliminar la mayor cantidad posible de distracciones.

2) Mantener el contacto visual. Tres razones: para evitar las distracciones, segunda, el paciente estará más deseoso de cooperar cuando perciba signos de que estamos dedicando tiempo a escucharle, y tercera, quizás la más importante, la gente tiende a ser menos agresiva cuando existe un contacto visual.

3) Observar el lenguaje del cuerpo. Por lo que se sabe sólo recibimos un 10% del mensaje que se nos transmite mediante palabras. La mayor parte se capta mediante el lenguaje corporal.

En la mayor parte de las situaciones, por tanto, si no observamos al interlocutor podremos perder parte de lo que realmente se está diciendo.

4) No interrumpir o sacar conclusiones precipitadas. Es necesario que dejemos expresarse con libertad y sin prisas a las personas mayores, ya que su capacidad de procesamiento de la información sufre de un enlentecimiento y requieren más tiempo para contarnos aquello que desean.

5) Juzgar el contenido, no al interlocutor. Si no disponemos de una mente abierta, surge uno de los mayores obstáculos para la escucha: la mala interpretación personal.

Sus ideas pueden ser buenas y su información valiosa siempre independientemente de quien las diga.

*Manejar los silencios.* El silencio es una herramienta de información y de terapia. Cuando el paciente se conmueve, llora o se irrita, un silencio empático mirándole a la cara, prestándole nuestra atención, es terapéutico porque sabe que puede contar con nosotros. Además, si no sabemos qué decir en una situación muy emotiva es mejor que callemos. Debemos de ser capaces de aguantar un silencio con el paciente sin que ello nos produzca ansiedad o miedo.

*Escucha activa.* Un paciente que padece una enfermedad puede querer hablar o no. Debemos escuchar sus palabras y su silencio. Muchas veces el silencio del enfermo da más información que la expresión verbal.

La escucha activa propicia una baja reactividad que significa no interrumpir, esperar a que el paciente acabe antes de empezar a hablar, e incluso, si la situación lo requiere mantener silencios ya comentados.

- **Anexo 3: Afrontamiento y muerte**

A medida que nos hacemos mayores experimentamos ciertos comportamientos asociados al propio envejecimiento. Se envejece tal y como se ha vivido. (18) Esto viene a decir que envejece mejor quien lo acepta como algo normal en la vida, como un paso, acepta sus formas, su pérdida de capacidades, la reducción del deseo sexual...

Hay personas que no quieren o no saben envejecer, porque no lo ven lógico, y en ellas se dan reacciones insatisfactorias, entre las que se dan (18) (19):

- I. Conducción a un estado depresivo; a la angustia: el sujeto no se resigna, muchas veces por hechos pasados o por la incertidumbre del futuro.
- II. Repliegue hacia sí mismo: cuando no ha habido una compensación de las desilusiones anteriores, el sujeto se aísla y no deja que nadie le ayude. Esto lleva a que se amargue.
- III. Rechazo al envejecimiento: rechazan categóricamente todo lo relacionado con la vejez. El individuo se va agotando no sólo por el envejecimiento sino también por su propio estado. En este grupo estarían aquellas personas que se resignan a jubilarse.
- IV. Rebelión: se rebelan ante todo. Tienen celos de los jóvenes. Con ello proyectan agresividad, actitudes ariscas, critican a los adolescentes porque se sienten frustrados...

La persona que se enfrenta a la muerte pasa por un intenso proceso que podemos identificar en mayor o menor medida con una serie de fases o etapas (basado en estudios realizados por la Dra. Elisabeth Kübler-Ross) similares a las que se suceden en los procesos de duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. (19) (20)

1.- Negación. Esta fase suele asociarse a las enfermedades repentinas e inesperadas con las que solemos quedarnos en estado de shock al recibir la noticia. No se cree ni asimila la situación por la que está pasando la persona, pensada que es algo ajeno a ella.

2.- Enfado. Tras el shock surge el enfado, la culpa. Es una etapa marcada por los sentimientos de rabia y no se suele estar muy receptivo a las palabras de consuelo.

3.- Negociación. Después del enfado y de buscar culpables, se comienza a ser consciente de la realidad de los hechos y de que no hay vuelta atrás.

4.- Depresión. Es una etapa especialmente delicada puesto que sentimos un enorme vacío que puede producirnos un intenso dolor.

5.- Aceptación. Esta fase implica una aceptación de la enfermedad.

### ***Actuaciones de enfermería***

El enfermero que esté junto a una persona que está pensando en la muerte o que nos hace preguntas sobre ella debe tener unos conocimientos de los procesos por los que pasan estas.

Debe saber analizar cuáles son los miedos que sufren, en qué momento de todo este proceso se encuentra. Como solución a ello tenemos que explicar todo aquello que vamos a hacer en sus cuidados, haciéndoles a la vez participes de ellos.

Cuando se prevea un final próximo, nuestro deber es hacer que se disminuya en el máximo posible el dolor que puedan experimentar estas personas, hacedles su final lo más cómodo.

Cualquier hecho por pequeño que parezca puede servir para mejorar su situación emocional y física en los últimos momentos de la vida, como puede ser el hecho de consentirles algún privilegio (visitas, material que se les da como almohadas, comidas...).