



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

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

Autor/a: María García Cancela

Tutor/a: José Luis Viaña Caballero



Índice

❖ Resumen.....	2
❖ Introducción	3
❖ Objetivos	8
❖ Trastornos psicológicos más comunes en la vejez	8
- Depresión.....	9
- Suicidio	11
- Alteraciones Del Sueño	13
- Ansiedad.....	14
❖ Metodología	18
❖ Plan de cuidados	19
- Diagnóstico definitorio	19
- Características definitorias	19
- Factores relacionados	20
- Planteamiento de objetivos	20
- Intervenciones	21
- Actividades	21
❖ Conclusión	22
❖ Bibliografía	22
❖ Anexos	244
- Anexo 1: Escala de Zung para Ansiedad.....	244
- Anexo 2: Consentimientos.....	26
- Anexo 3: Intervención de enfermería para disminuir las derivadas complicaciones de la hospitalización en los ancianos	288



Resumen

El envejecimiento de la población es un fenómeno observado hoy en día en muchos países y que se encuentra en constante evolución. Estos países necesitan de un abastecimiento suficiente de personal sanitario y, en concreto, profesionales de enfermería para cubrir las necesidades de esta creciente población anciana.

Los profesionales sanitarios y, en especial, el personal de enfermería debe estar preparado para atender a este grupo de población de la mejor manera posible. Para ello, debe ser conocedor de los cuidados necesarios para cubrir, no solo los aspectos físicos, sino también los psicológicos. El enfermero tiene que valorar el estado mental del paciente y saber realizar unos cuidados de calidad.

Con ello, se conseguirá una reducción de sentimientos y situaciones negativas causas principales de trastornos psicológicos que presentan las personas mayores como son la depresión, ansiedad, alteraciones del sueño e incluso, el suicidio.

La ansiedad es uno de los trastornos que más se presenta en estos pacientes, pero de los menos diagnosticados. Desde enfermería debemos detectar y actuar ante este diagnóstico. Para ello, es necesario que la enfermera conozca el plan de cuidados a llevar a cabo ante un paciente afectado. De este modo, el paciente podrá mejorar su calidad de vida y, en caso de hospitalización, mejorar también su estancia.

Palabras clave:

Envejecimiento, trastornos psicológicos, enfermería, cuidados ansiedad.



Introducción

Actualmente, encontramos en muchos países una demografía que se define como inversión de la pirámide poblacional, donde la cúspide se ensancha debido al aumento de personas mayores gracias al incremento de la esperanza de vida, y la base de la pirámide se encuentra disminuida debido al menor número de niños y adolescentes por la caída de la natalidad.

En 1960, el grupo de personas de más de 65 años en España representaba un 8,2% de la población total, alrededor de dos millones y medio. En 1990, la proporción superaba el 13%, que son más de cinco millones de personas. Según los datos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2016 eran más de 8 millones y medio las personas mayores, el 18,5% sobre el total de la población (46.445.828).

La esperanza de vida que tiene el español al nacer es de las más altas del mundo: 85,8 años para las mujeres y 80,1 para los hombres. Por el contrario, nuestra tasa de natalidad en 2015 fue del 9,02% y con un índice de fecundidad del 1,33 convirtiéndose España en el país con mayor esperanza de vida y menor índice de fecundidad de la Unión Europea.

Pero existe un equilibrio dinámico: se vive más tiempo con problemas, pero la severidad de las discapacidades parece estar reduciéndose.

A partir de este fenómeno, la etapa de la vida llamada vejez ha adquirido mayor importancia en nuestro día a día y un gran cambio en la sociedad.

A lo largo de esta etapa se desarrolla el envejecimiento, que es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable. Se produce una transformación donde disminuye la competencia física y las personas nos volvemos más vulnerables con los años. Se dan cambios a nivel biológico, psicológico y social que aparecen en todos los individuos, pero cada persona envejece de manera diferente ya que presentan distintas situaciones y experiencias. En este proceso confluyen variables ambientales, biográficas y factores individuales como el cuidado. Son múltiples los cambios a los que debe enfrentarse la persona en esta etapa, como por ejemplo:



- La jubilación, donde el individuo pierde el rol de trabajador y, con ello, muchas relaciones sociales ya no serán tan frecuentes. La distribución del tiempo se altera y la persona no sabe muy bien cómo rellenar las horas que antes pasaba trabajando. Además, permanece más horas en el domicilio, donde se crean mayores roces familiares, pudiendo aislarse más en actividades sedentarias como la televisión o, por el contrario, se obsesionen con hacer deporte como una manera de sentirse más jóvenes.
- A nivel económico, en el mejor de los casos, podrá gozar de la economía de la jubilación. Casi siempre, la persona ve necesario cambiar las prioridades a la hora de gastar dinero: el adulto tiene que plantearse el día a día para ir cubriendo primero las necesidades básicas, al no ser que disponga de ahorros previos o una muy buena jubilación.
- Socialmente, el individuo pierde relación con muchas personas que pertenecían a su red social y se encuentra con más momentos de soledad.
- Con respecto a la nutrición, estas personas deben hacer una revisión de su dieta y de los alimentos que se ingieren ya que el organismo cambia en este ciclo y la respuesta bioquímica a los alimentos también. Por lo tanto, la persona tiene otra preocupación más en esta etapa: una correcta nutrición.
- En esta etapa de la vida también se dan pérdidas de personas significativas con las que se mantenían fuertes lazos a nivel emocional y afectivo, entre las que se encuentra la pérdida del cónyuge. Este cambio nos llevará a una situación de sufrimiento, soledad y miedo al futuro.
- A menudo, la persona cuenta con enfermedades crónicas, que en la anterior etapa no tenía, influyendo en su estado de ánimo.
- Además, observa cómo con el paso de los años va siendo una persona más dependiente, cada vez necesita más ayuda para realizar actividades o tareas que antes manejaba perfectamente sola. (1) (2)



Aun así, debemos ver el mundo del adulto mayor como un periodo normal del ciclo de la vida, con fortalezas y debilidades, con tareas distintas y oportunidades únicas pudiendo desarrollar el nivel de bienestar y satisfacción que toda persona necesita, aunque conlleve situaciones conflictivas. (3)

El envejecimiento ya no es visto como un proceso universal de deterioro sino, que además de gran variabilidad, presenta aspectos en los que se ve el desarrollo de potencialidades y recursos que no estaban presentes en etapas anteriores.

La vejez y el envejecimiento ya formaban parte de las más clásicas corrientes de pensamiento. Así, Platón veía la vejez como sinónimo de pérdida, enfermedad y deterioro, mientras que Aristóteles la concebía como oportunidad, sabiduría y conocimiento. En nuestra cultura vemos cómo la concepción que más se corresponde es la de Platón, viendo la vejez negativamente. En gerontología parece que hasta las “buenas noticias en la vejez son leídas como negativas” (Cartensen&Charles, 2007), terminan ocultas tras el prejuicio y el estereotipo.

La sociedad piensa inequívocamente que las emociones de la vejez tienen características distintas, pero estudios confirman que:

- Cuando se es mayor, se viven las emociones con la misma intensidad que cuando se es joven y que las positivas se experimentan con la misma frecuencia también.
- La experiencia emocional negativa se da con mucha menor frecuencia a partir de los 60 años.
- En la vejez existe una mayor riqueza y complejidad emocional. Con otras palabras, existe mayor madurez afectiva.

Se piensa que el bienestar viene de circunstancias externas como el dinero, el éxito y las condiciones de vida, pero algunos autores demuestran que son más bien los factores internos los determinantes del bienestar.



El bienestar psicológico, según Ryff y Keyes en 1995, está compuesto por seis dimensiones:

- 1) Apreciación positiva de sí mismo.
- 2) Capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la vida.
- 3) Buena calidad de los vínculos afectivos.
- 4) Pensar que la vida tiene un propósito y significado.
- 5) Sentimiento de crecimiento personal a lo largo de la vida.
- 6) Sentido de autodeterminación. (4)

La forma en que una persona afronta un acontecimiento depende de los siguientes seis factores:

- Anticipación del acontecimiento: si la persona se encuentra preparada para recibir el suceso.
- Comprensión e interpretación del acontecimiento.
- La salud física y los recursos con los que cuenta para afrontar el estrés.
- Los factores de personalidad y la capacidad de adaptación de la persona a nuevas situaciones.
- La historia previa de adaptación de acontecimientos anteriores.
- El apoyo social y emocional con el que cuenta la persona.

La autoestima también se encuentra relacionada con la salud. Tener una buena autoestima es una gran ayuda para la adaptación a circunstancias difíciles. (1)

Todas estas dificultades en el anciano repercuten en la necesidad de recursos sanitarios para lograr lo que la OMS definía en 1990 como “envejecimiento saludable” donde se consideraba importante transformar los sistemas de salud para pasar de los modelos curativos centrados en las enfermedades a una atención basada en mantener la capacidad funcional que facilita el bienestar en la vejez. En 2002 varió hasta “envejecimiento activo” cuyo objetivo es evitar una vejez decadente y dependiente a través de la actividad física. (3) (5)

La demanda sanitaria de esta población es enorme y, a ello se suma, que debido a la cantidad de enfermedades e incapacidades que sufren, la salud sea su principal



preocupación. Todo ello explicaría: la tasa de ingresos hospitalarios de personas mayores de 65 años que duplica, e incluso triplica, la tasa de ingresos del resto de población; estancias más prolongadas, mayor número de reingresos y que, 4 de cada 5 personas que mueren en el hospital sean mayores de 65 años. (2)

Los profesionales sanitarios debemos enfatizar con el anciano, valorando tanto la dimensión física como la emocional o psicológica. Muchas veces, nos centramos en lo físico y nos olvidamos de lo importante que es la parte psicológica. Se debe empezar por tener un buen trato con el paciente y crear un ambiente cordial. Ser una buena enfermera no sólo se centra en saber realizar bien las técnicas, sino también en saber empatizar con el paciente, pensar cómo nos sentiríamos si fuéramos nosotros los que estuviéramos hospitalizados o institucionalizados y dependiéramos de los cuidados de un profesional sanitario o, lo que es lo mismo, una persona desconocida para nosotros. Por ello, debemos realizar unos cuidados de calidad y de manera multidimensional.

Con este trabajo lo que pretendo es, a partir de conocer los trastornos psicológicos más importantes que suelen aparecer en el paciente anciano, centrarme en la ansiedad y estudiar el nivel de ansiedad presente en pacientes geriátricos institucionalizados. También intentaré proponer un plan de cuidados para el diagnóstico enfermero y determinar cuáles son las aptitudes más importantes para el personal de enfermería.



Objetivos

- Objetivo general:

Conocer cuáles son los trastornos psicológicos más importantes que pueden aparecer en el paciente anciano.

- Objetivos específicos:

1. Estudiar el nivel de ansiedad presente en pacientes geriátricos institucionalizados en Residencia 3ª edad "San Javier".
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.

Trastornos psicológicos más comunes en la vejez

A lo largo de la vida la persona va construyendo reservas emocionales, cognitivas, sociales y morales para épocas de necesidad. Al llegar a la etapa de la vejez esas reservas pueden ponerse a prueba, ya que algunos factores psicológicos experimentan deterioro mientras que otros experimentan cambio positivo o desarrollo. (4)

El proceso de envejecimiento psicológico no ocurre a la vez que el crecimiento biofísico. Existen funciones que se deterioran tempranamente como la inteligencia y otras que se deterioran más tardíamente como la memoria.

Como he expuesto en la introducción, en esta etapa aparecen situaciones conflictivas como son: la jubilación y la pérdida de seres queridos. Además, el proceso de envejecimiento afecta a la autoimagen, produce declive de las capacidades cognitivas, motoras y sensoriales, y frecuentemente aparecen enfermedades crónicas que limitan o modifican la dependencia en las actividades



de la vida diaria. Todos estos eventos producen en los individuos que los sufren reacciones afectivas negativas como depresión, soledad, malestar y sufrimiento.

En pacientes con personalidad previa predisponente o con menor capacidad de adaptación y afrontamiento puede producirse patología mental. A continuación, explicaré algunas de ellas y me centraré en la ansiedad. (6)

- **Depresión**

La depresión es una alteración del estado de ánimo hacia una situación de tristeza que limita significativamente la actividad laboral y social. Los principales síntomas son el estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Los ancianos deprimidos muestran menor ánimo triste, más ansiedad y más quejas somáticas que los jóvenes con la misma patología, aunque presentan mayor número de recaídas y mayor riesgo suicida.

Los estados depresivos en edad tardía pueden producirse debido a los siguientes factores de riesgo: duelo, trastornos de sueño, discapacidad, mala situación económica, género femenino, demencia y condiciones médicas crónicas. También puede presentarse en el anciano como una recaída de un trastorno depresivo durante la edad adulta.

La depresión en los ancianos que residen en instituciones geriátricas y hospitalarias se suele dar con bastante más frecuencia que en aquellos que viven en familia. (7)

Algunos datos epidemiológicos revelan que los trastornos depresivos en los ancianos afectan a:

- 10% de los que viven en la comunidad.
- 15-35% de los que viven en residencias.
- 10-20 % de los hospitalizados.
- 40% de los que padecen trastornos somáticos y llevan tratamiento. (8)

El aumento de la esperanza de vida hará que las personas convivan más tiempo con la enfermedad y, tanto el médico como el personal sanitario, deban estar



familiarizados con dicho trastorno y sus particularidades, con el fin de poder realizar la detección y tratamiento oportuno del mismo, y de esta forma reducir el impacto negativo que tiene en el paciente, la familia y la comunidad en general.

A pesar del alto número de consultas, menos del 20% de los casos son diagnosticados y tratados ya que suele pasar desapercibida, e incluso aquellos que reciben tratamiento consiste en intervenciones muy modestas. Todo se debe a la falsa creencia de que el proceso de envejecimiento produce de por sí sintomatología depresiva, predominando el deterioro cognitivo y físico. Además, los ancianos no están suficientemente preparados para expresar los sentimientos y los síntomas, lo hacen a través de manifestaciones somáticas, por lo que se suele asociar antes a una enfermedad física que a un trastorno depresivo. (9)

En el grupo que presenta depresión por primera vez por encima de los 60 años, destacan como factores de riesgo las enfermedades somáticas que provocan incapacidades, el uso de fármacos depresivógenos (antineoplásicos, antituberculosos, psicofármacos, alcohol, opiáceos, antihipertensivos) y los factores psicosociales y de personalidad.

También suele aparecer depresión en los primeros estadios de demencia debido tanto a reacciones emocionales por el déficit cognitivo como por consecuencia de las alteraciones estructurales y funcionales del cerebro.

La depresión es una patología seria y frecuente en los ancianos que, además de ocasionar sufrimiento y deterioro en la calidad de vida, se suele constituir en un factor de riesgo de morbimortalidad en este grupo de edad. (7)

Actuación de enfermería

Desde enfermería debemos ser capaces de mejorar la salud de los pacientes y poder reducir la prevalencia de estos trastornos.

El apoyo social es muy importante para la salud psicológica de las personas. Los ancianos que no viven solos o tienen mascota en casa presentan conductas más saludables, reducción del tiempo de hospitalización y mayor adherencia al tratamiento.



Todo ello debe estar en los conocimientos de enfermería, ya que vamos a ser los que más trabajemos con estas personas.

La enfermera puede ayudar al paciente con depresión:

- Haciéndole partícipe de sus propias mejoras. De esta manera podrá ir viendo los cambios y le producirán sentimientos positivos.
- Observando las cosas por las que el paciente muestra interés y motivación para potenciarlo. Así, el paciente podrá pasar el tiempo haciendo algo que le gusta y le distrae.
- En caso de que exista en el hospital algún grupo, fomentar su participación para mejorar su red social de apoyo.
- Proporcionarle pequeñas recompensas cuando cumpla el tratamiento para fomentar la adherencia.
- Intentar que el paciente no pase mucho rato solo, ya que propicia ideas depresivas y dificulta la recuperación. Conseguir que esté siempre con alguien, o hablar nosotros con él.
- Es muy importante fijar pequeños cambios y seguros, no metas muy difíciles ni de largo alcance, ya que así fomentaremos la autoestima. (10)

• **Suicidio**

El suicidio es considerado un problema de salud a nivel mundial. Es causa de aproximadamente un millón de fallecimientos al año en todo el mundo.

Posee rasgos comunes y particulares de cada etapa del ciclo vital y de las edades de las personas que lo efectúan.

El suicidio se define como una forma de morir causada por la autoagresión del individuo mediante el uso de determinados métodos. Es el resultado de la interacción entre factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales y ambientales.

Se distinguen dos tipos de suicidio:

- Suicidio auténtico: se caracteriza por el empleo de un método eficaz. El perfil de este tipo corresponde a un varón, entre 40 y 60 años. La proporción



varón/mujer en este tipo es de 3/1. En ancianos, la mayoría de los actos son suicidas, al contrario que en los jóvenes.

- Parasuicidio o intento de suicidio: en este tipo, los procedimientos y motivaciones no están propiamente dirigidas a producir el suicidio, sino que pueden ser chantajes, para demostrar valentía como forma de buscar un cambio en su situación personal. Los intentos son más frecuentes en mujeres, pero los suicidios consumados, como hemos visto, son mayores en hombres ya que suelen utilizar mecanismos más letales.

Los factores que representan mayor riesgo son: ser varón, mayor de 60 años, con historia de un intento previo, con antecedentes familiares de suicidio o trastornos del estado de ánimo, con pérdida de pareja, el transcurso de fechas señaladas con gran carga afectiva, sufrir aislamiento social, dificultades económicas, desempleo o jubilación, sentimientos de incompreensión reales o imaginarios hacia el entorno, humillaciones sociales recientes y abuso de alcohol o drogas.

El factor de riesgo más relacionado en el anciano es la depresión mayor. La relación depresión-suicidio es muy importante no sólo por el poder incapacitante de la depresión, sino también por lo poco diagnosticada que es en este grupo de edad. La depresión aumenta hasta veinte veces el riesgo de cometer un suicidio y aproximadamente el 15% de los pacientes diagnosticados de depresión mayor lo llevan a cabo.

La sintomatología que suele presentar el paciente anciano tendente al suicidio es: desesperanza, insomnio, angustia, mal humor, irritabilidad, incomunicación, pasividad, disminución del cuidado de sí mismo, apatía, desinterés, estado de tensión, agitación y pensamientos constantes sobre el suicidio o la muerte.

Actuaciones de enfermería

El médico y la enfermera son los responsables de desarrollar estrategias preventivas y de intervención con objetivo de la erradicación de los factores que favorecen la conducta suicida en los ancianos, y es desde Atención Primaria desde donde mejor pueden llevarlo a cabo.



Algunas formas de promoción de salud que contribuyen a la disminución de estos actos en los ancianos son:

- Fomentar la formación de grupos de adultos mayores en el ámbito comunitario.
- Ofrecer asesoramiento personal.
- Fomentar la responsabilidad individual en el cuidado de la propia salud.
- Educar y capacitar a la población sobre el proceso de envejecimiento realizando charlas y clases grupales sobre temas de envejecimiento saludable.
- Organizar actividades culturales y recreativas en la comunidad para rescatar sus tradiciones, juegos y bailes, acorde con las necesidades de la población anciana.
- Utilizar la experiencia de los adultos mayores en actividades educativas en escuelas primarias, secundarias, así como en grupos y casas de cultura.

Todo ello sumado a una temprana identificación y tratado de los factores de riesgo por parte del personal sanitario, pueden llegar a reducir la conducta suicida en la población anciana. (8)(11)

• **Alteraciones Del Sueño**

Más de la mitad de la población geriátrica presenta quejas sobre la calidad del sueño debido a diversos factores como: los cambios fisiológicos del sueño que ocurren en el envejecimiento, trastornos primarios o secundarios a patologías, tratamientos, factores psicosociales y una deficiente higiene del sueño. Todo ello, sumado a un alto estrés y riesgo de caídas, llevaría al deterioro de la calidad de vida, disminución de la autonomía y posible institucionalización.

Las quejas más comunes sobre la calidad de sueño suelen ser por reducción de la intensidad, de la profundidad y/o de la continuidad del sueño.

El trastorno más común en ancianos es el insomnio, en el cuál, el paciente refiere perturbación del sueño, pero con circunstancias adecuadas para dormir. Dificultad



para iniciar el sueño, mantenerlo, despertarse muy temprano, y con deterioro del funcionamiento diurno.

Por otro lado, tenemos el trastorno del ritmo circadiano del sueño. Esta alteración consiste en la presencia de sueño normal en un horario anormal. Aparece frecuentemente como consecuencia de factores fisiológicos, comportamentales y ambientales.

Actuación de enfermería:

- Medidas de higiene del sueño: la enfermera ayuda o recomienda realizar cambios ambientales y en el estilo de vida para aumentar la capacidad de dormir.
- Tratamiento cognitivo conductual: la enfermera ayuda a identificar y alterar los pensamientos negativos acerca del sueño y el insomnio.
- Terapia de control del estímulo: la enfermera ayuda al paciente a controlar los estímulos de la habitación que se oponen al adormecimiento del paciente.
- Terapia de restricción: la enfermera recomienda o realiza un cálculo de sueño en un diario, apuntando el tiempo pasado en la cama y el que duerme. No debe permitir siesta.
- La enfermera expone al paciente a la luz del día para reforzar el ciclo circadiano y la mejora de la calidad del sueño. (12)

• **Ansiedad**

La ansiedad se define como un fenómeno adaptativo que cumple funciones de alerta y defensa necesarias para la supervivencia. Es universal y aparece cuando el individuo percibe una situación peligrosa.

La reacción de ansiedad implica la actuación de los sistemas: cognitivo (inseguridad, temor), fisiológico (taquicardia, sudoración) y motor (cambios de expresión facial, movimientos repetitivos, conductas de evitación) que no siempre se encuentran bien coordinados.



Uno de los modelos que mejor explica la ansiedad es el modelo de alarmas-creencias-afrontamiento. Este sistema implica circuitos neuronales específicos para cada uno de los componentes que se interrelacionan de forma equilibrada en una situación de normalidad y, su desajuste en la intensidad, frecuencia o duración puede dar lugar a los distintos trastornos de ansiedad.

Estos trastornos tienen menor prevalencia en el adulto mayor que en los jóvenes. Muchas veces es debido a que estos trastornos en los ancianos son infravalorados, ya que la sintomatología de cuadros como los demenciales se solapan con la de éstos al tomarse como enfermedad más importante la demencia.

La edad es un factor determinante en la forma de presentarse los trastornos de ansiedad, pero al contrario de la depresión, no es un factor que por sí mismo predisponga al padecimiento del mismo. Los factores psicosociales y cambios físicos que aparecen en esta edad tienen también mucha importancia. En las sociedades modernas, el papel de este grupo de población es cada vez menos activo, lo que favorece la aparición de este tipo de síntomas y el desarrollo, por tanto, de estos trastornos.

Como factores de riesgo encontramos: ser mujer, padecer varias enfermedades crónicas, estar soltero, divorciado o separado y tener un nivel bajo de educación.

También la depresión influye en la aparición de síntomas de ansiedad.

En los ancianos, la ansiedad suele aparecer como una señal de alarma provocada por un conflicto psíquico, sumada a la pérdida de objetos psicológicos y de aportes externos.

Los ancianos con un *locus externo de control* (buscan soluciones a los problemas fuera de sí mismas y consideran que necesitan personas o factores externos para resolver conflictos) aumentan su grado de dependencia, y esto supone mayores niveles de ansiedad. La introversión social disminuye los apoyos en la vejez y coloca en riesgo de descompensaciones ansiosas a estas personas.

En el adulto mayor, los trastornos de ansiedad suelen aparecer simultáneamente a otras enfermedades como depresión, enfermedades cardíacas, diabetes, etc. Dentro de las enfermedades predisponentes, las más frecuentes son las

enfermedades cardiovasculares, respiratorias y neurológicas.

Los síntomas típicos de una crisis de angustia son:

Síntomas de ansiedad		
Físicos	Psíquicos	Adicionales
Disnea*	Miedo a caerse*	Dolor muscular
Palpitaciones	Miedo a morir*	Urgencia urinaria
Dolor precordial	Miedo a enloquecer	Urgencia fecal o diarrea
Mareo*	Miedo a perder el control	Visión borrosa
Sensación de inestabilidad*	Despersonalización	Zumbido de oídos
Parestesias	Desrealización	Náuseas o vómitos
Sudoración		
Temblor*		

*Más frecuentes en el anciano.

En el paciente mayor es más frecuente la expresión de síntomas físicos, a diferencia del paciente joven.

Los principales trastornos de ansiedad que aparecen en la población anciana son las fobias. En éstas, existe un miedo o una ansiedad marcada hacia un objeto o situación concreta. Siendo más frecuentes en el adulto mayor las fobias relacionadas con situaciones concretas y, en el joven, las fobias hacia animales u objetos concretos.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se caracteriza por una excesiva ansiedad y preocupación por diferentes actividades o circunstancias. El paciente encuentra dificultad para manejar estas situaciones, perturbando al sujeto, dificultando su atención y la realización de las tareas diarias con una duración prolongada.

La aparición de este trastorno es variable a lo largo de la vida siendo más predominante en mujeres y personas con temperamento ansioso.

La ansiedad puede inducir una enfermedad cerebrovascular. Por otro lado, el

deterioro cognitivo favorece la aparición de síntomas de ansiedad.

Es importante establecer las diferencias entre ansiedad y ansiedad con depresión.

(13)

	Ansiedad con depresión	Ansiedad
<i>Inicio de los síntomas de ansiedad</i>	Tardíamente en la vida	Precozmente en la vida
<i>Empeoramiento de los síntomas</i>	Por la mañana	Por la tarde
<i>Patrón de sueño</i>	Despertar temprano	Problemas de conciliación
<i>Sentimientos</i>	Desesperanza	Indefensión
<i>Ansiedad</i>	Acerca del pasado	Acerca del futuro
<i>Riesgo de suicidio</i>	Alto	Bajo
<i>Gravedad de los síntomas</i>	Importante	Habitualmente no incapacitantes

Este trastorno está presente en muchas de las personas mayores y, sobre todo, en aquellas que están institucionalizadas en algún centro u hospital. Aun así, es un trastorno que, desde mi punto de vista, no es diagnosticado y tratado por los profesionales sanitarios. No es necesario que sea diagnosticado y tratado sólo por el equipo médico, pertenece a la dimensión independiente de la práctica enfermera. La enfermera puede realizar un diagnóstico enfermero, un planteamiento de objetivos, la determinación y ejecución de intervenciones y una evaluación de los resultados. Para ello, he decidido centrarme en este trastorno e intentar proporcionar un posible plan de cuidados de enfermería.



Metodología

Para valorar la ansiedad he elegido el cuestionario de Zung, ya que me parece que es la escala más completa y sencilla.

Este estudio es de tipo transversal y descriptivo. Se seleccionaron pacientes mayores de 65 años de la Residencia de 3ª edad "San Javier" de forma aleatoria estratificada, a los que se les repartió y ayudó a rellenar tanto datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil y años institucionalizados) como el Cuestionario de Zung para ansiedad (anexo 1). Este cuestionario consiste en 20 preguntas de tipo test a las cuales se puede responder con nunca, a veces, muchas veces y siempre. Según la respuesta, cada pregunta se califica de distinta manera del 1 al 4, pudiendo obtener hasta un total de 80 puntos. Una vez obtenido el total de puntos de una persona, se divide entre 80 y se multiplica por 100 para obtener el porcentaje o índice que nos dará información acerca del grado de ansiedad de la persona. Un índice bajo indicará la inexistencia de ansiedad, y un índice elevado ansiedad clínicamente significativa.

La muestra total estaba constituida por 15 pacientes (12 mujeres y 3 hombres) con una edad media de 84,27 años. El valor medio de ansiedad obtenido fue de 40 puntos correspondiente con un 50% en el índice de equivalencia clínica, que indica una presencia de ansiedad mínima-moderada, siendo las mujeres las que mayores niveles de ansiedad mostraron. El 33% (5) de los pacientes no presenta ansiedad (se encuentra dentro de los límites normales), el 40% (6) muestra ansiedad mínima-moderada, el 20% (3) presenta ansiedad moderada-severa y el 7% (1) muestra ansiedad en su grado máximo.

Analizándolo desde el punto de vista de años de estancia en la institución, el 26,5% de los pacientes llevaban institucionalizados menos de 1 año, el 40% entre 1 y 2 años, el 26,5% entre 2 y 5 años y el 7% más de 5 años (correspondiendo con la persona que mayor índice de ansiedad presenta).

Plan de cuidados

- **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.

Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés

Clase: 2 Respuestas de afrontamiento

Necesidad: 9 Evitar peligros/seguridad

Patrón: 7 Autopercepción-autoconcepto

- **Características definitorias**

Fisiológicas	Afectivas	Conductuales
<ul style="list-style-type: none"> • Confusión • Falta de memoria • Disminución del campo perceptivo • Insomnio • Aumento de la sudoración • Aumento de la tensión • Temblor (manos, voz) • Tensión facial • Dolor abdominal, Diminución tensión arterial • Fatiga • Mareos • Aumento frecuencia cardíaca y respiratoria • Debilidad • Sequedad de boca • Palpitaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Angustia • Arrepentimiento • Atención centrada en el yo • Aumento de la desconfianza • Incertidumbre • Indefensión • Sentimiento de insuficiencia • Sufrimiento • Temor • Preocupación 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Nerviosismo • Sobreexcitación • Conducta de exploración • Hipervigilancia • Impaciencia • Lanzar miradas alrededor • Movimientos extraños • Reflejos enérgicos



- **Factores relacionados**

- Amenaza al estatus habitual
- Amenaza de muerte
- Antecedentes familiares de ansiedad
- Conflicto de valores
- Conflictos entre los objetos vitales
- Contagio interpersonal
- Crisis interpersonal
- Crisis madurativa
- Crisis situacional
- Exposición a toxinas
- Factores estresantes
- Grandes cambios (económicos, entorno, apoyos, estado de salud, rol)
- Herencia
- Necesidades no satisfechas
- Transmisión interpersonal

- **Planteamiento de objetivos**

- (1302) Afrontamiento de problemas
- (1402) Autocontrol de la ansiedad
- (1300) Aceptación: Estado de salud
- (1205) Autoestima
- (1305) Modificación psicosocial: cambio de vida

- **Intervenciones**



- **Actividades**

- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.
- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo y a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Ayudar al paciente a identificar los diversos roles en el ciclo vital.
- Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.
- Servir de enlace entre el paciente y la familia.
- Mostrar interés por el paciente.
- Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.
- Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
- Utilizar la relajación como estrategia complementaria junto a los analgésicos o con otras medidas, si procede.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.



- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

Conclusión

El paciente anciano presenta una serie de necesidades psicológicas que deben ser atendidas. Existen trastornos con más prevalencia que otros, pero cada uno presenta una sintomatología diferente. Por ello, el personal de enfermería es responsable de atender esas necesidades y debe ser conocedor de los tipos de trastornos más frecuentes en esta población.

Una correcta atención psicológica supone una mejor adaptación del anciano a la institución y, por ello, un aumento de la calidad de vida de estas personas.

El diagnóstico de ansiedad es uno de los que se presenta con más frecuencia y, a la vez, uno de los menos diagnosticados. Es importante que el enfermero sea conocedor de este tipo de trastorno y de cuáles son las actividades a realizar en las personas afectadas.

Bibliografía

1. Milagro M. Envejecimiento y cambios psicológicos. Rev Psicológica. 2001.
2. Ribera Casado JM. Características generales del paciente geriátrico. Hospital Universitario San Carlos. Madrid. 1993; p. 13-23.
3. Leiton Espinoza ZE. El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. Enfermería Universitaria. 2016; 13: p. 139-141.
4. Lombardo E. Psicología positiva y psicología de la vejez. Intersecciones teóricas. Psicodebate. 2013; p. 47-60.
5. Segura S, Aguilar Parra J, Lorenzo Torrecillas J. Envejecimiento activo y psicología positiva de la vida. International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. 2011; 1(4): p. 127-132.
6. Fernández Ballesteros R. Psicología de la vejez: una psicogerontología



- aplicada. Universidad Autónoma de Madrid. 2008.
7. Catalina Zamora ML, Castro Oller MJ. Características especiales de los trastornos psiquiátricos en el anciano. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2011; 10(86): p. 5825-5834.
 8. Ribot Reyes V, Alfonso Romero M, Ramos Arteaga ME, González Castrillo A. Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2012; 11(5): p. 699-708.
 9. Peña Solano DM, Herazo Dilson MI, Calvo Gómez JM. Depresión en ancianos. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2009; 57(4): p. 347-355.
 10. Martínez Rodríguez T. Técnicas de apoyo e instrumentos valiosos en la atención personalizada. Madrid: Editorial Medica Panamericana S.A. 2010; p. 87-118.
 11. Velásquez Suarez JM. Suicidio en el anciano. *Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2013; 42: p. 80-84
 12. Madroñal Morales M, Ferre Navarrete F. Protocolo terapéutico de las alteraciones del sueño en el anciano. *Medicine - Programa de formación Médica Continuada Acreditado*. 2015; 11(84): p. 5049-5053.
 13. Arias Fernández A, Melendo Granados JJ. Trastornos de ansiedad en el paciente anciano. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2015; 11(84): p. 5022-5030.
 14. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Diagnósticos y clasificación. Editorial Hispanoamericana. Elsevier. 2015-2017.
 15. Ossa S, Martínez Y, Herazo E, Campo A. Zung para ansiedad. *Colombia Médica*. 2009; 40(1).
 16. Astocondor L. Escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung. 2001.
 17. Canga Armayor AD, Narvaiza Solís MJ. Intervención de enfermería para disminuir las complicaciones derivadas de la hospitalización en los ancianos. Barcelona. 2006; 17(1).



Anexos

- Anexo 1

Escala de Zung para Ansiedad

Edad: ____ Sexo: ____ Estado civil: _____

Años institucionalizado: ____ Fecha: ____/____/____

Escala de Zung para ansiedad

	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1. Se ha sentido últimamente más nervioso y ansioso				
2. Se ha sentido temeroso sin razón				
3. Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico				
4. Ha sentido que se está derrumbando				
5. Ha sentido que nada malo va a pasar/ que todo va bien				
6. Se ha sentido tembloroso				
7. Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza				
8. Se ha sentido débil y se cansa fácilmente				
9. Se ha sentido calmado y puede mantenerse quieto				
10. Ha sentido palpitaciones, taquicardia, últimamente				
11. Se ha sentido últimamente mareado				
12. Se ha desmayado o ha sentido síntomas de desmayo				
13. Ha podido respirar con facilidad				
14. Ha sentido hormigueo/falta de sensibilidad en los dedos				
15. Ha sentido náuseas y malestar en el estómago				
16. Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal				
17. Ha sentido sus manos secas y calientes				
18. Se ha ruborizado con frecuencia				
19. Ha dormido bien y descansado toda la noche				
20. Ha tenido pesadillas				

Tabla 1: Calificación de la escala de ansiedad de Zung

	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre
1	1	2	3	4
2	1	2	3	4
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9	4	3	2	1
10	1	2	3	4
11	1	2	3	4
12	1	2	3	4
13	4	3	2	1
14	1	2	3	4
15	1	2	3	4
16	1	2	3	4
17	4	3	2	1
18	1	2	3	4
19	4	3	2	1
20	1	2	3	4

Tras rellenar cada paciente la hoja con nuestra ayuda, se procede a la calificación y valoración de dicha escala.

Como he expuesto anteriormente, según la respuesta a cada pregunta, se califica de distinta manera del 1 al 4 como se muestra en la siguiente tabla, pudiendo obtener hasta un total de 80 puntos.

Una vez obtenido el total de puntos de una persona, se divide entre esos 80 puntos que pueden llegar a obtenerse y se multiplica por 100 para descubrir el porcentaje o índice que nos informará sobre el grado de ansiedad de la persona. Un índice bajo indicará la inexistencia de ansiedad y un índice elevado, ansiedad clínicamente significativa.



$$\frac{\text{Total}}{\text{Promedio máximo de 80}} \times 100 = \text{Índice de ansiedad}$$

Tabla 2: Equivalencia clínica de la escala de ansiedad de Zung

Menos 15 de 45	Dentro de los límites normales. No hay ansiedad presente.
45 - 59	Presencia de ansiedad mínima moderada.
60 – 74	Presencia e ansiedad marcada a severa.
75 o más	Presencia de ansiedad en grado máximo.

(15) (16)

- **Anexo 2**

- **Consentimientos**

- Consentimiento informado (dueño institución)

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer al dueño de la institución de una clara explicación sobre la realización de dicho cuestionario y del rol que desempeñarán los participantes. El cuestionario en el que se le pide participar formará parte de un Trabajo de Fin de Grado de Enfermería de la Universidad de Valladolid. El trabajo trata sobre los aspectos psicológicos durante la estancia de ancianos en instituciones como es “la Residencia San Javier” y pretende estudiar el nivel de ansiedad en estas personas. Si usted da su consentimiento significará que accede a que sus pacientes puedan participar en dicho cuestionario en el cuál se les entregará “la escala de ansiedad de Zung” que consiste en 20 preguntas de tipo test y se les preguntará una serie de datos sociodemográficos. Su participación sería muy importante para obtener datos para el trabajo, y es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de



los de este trabajo. Las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento. Desde ya le agradecemos su participación.

He leído la hoja de información del Consentimiento Informado, he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad. He quedado satisfecho con la información recibida y la he comprendido. Presto mi consentimiento para la recolección de datos en mi institución: "Residencia de 3ª edad San Javier".

FIRMA DEL DUEÑO

- Consentimiento informado participante

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de una clara explicación sobre la realización de dicho cuestionario y del rol que desempeñarán. El cuestionario en el que se le pide participar formará parte de un Trabajo de Fin de Grado de Enfermería de la Universidad de Valladolid. El trabajo trata sobre los aspectos psicológicos durante la estancia de ancianos en instituciones como es la Residencia San Javier y pretende estudiar el nivel de ansiedad en estas personas. Si usted accede a participar en este trabajo, se le pedirá responder preguntas de un test, que le llevará aproximadamente 5 minutos de su tiempo. Su participación sería muy importante para obtener datos para el trabajo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este trabajo. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas de la encuesta le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al



investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

He leído la hoja de información del Consentimiento Informado, he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad. He quedado satisfecho con la información recibida y la he comprendido. Presto mi consentimiento para la recolección de datos mediante la realización del cuestionario propuesto.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

- **Anexo 3**

Intervención de enfermería para disminuir las complicaciones derivadas de la hospitalización en los ancianos.

Muchos estudios, así como la experiencia profesional, demuestran que la hospitalización supone para el anciano un factor de riesgo importante independientemente de la causa del ingreso, entendiendo riesgo como la probabilidad que tiene el anciano de ser incapaz de enfrentarse a las necesidades vitales.

Durante el ingreso, los ancianos se encuentran en un entorno desconocido y amenazante, sometidos a procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y a un mayor reposo que limita la capacidad de movimiento. Todo ello puede llegar a generar inmovilidad, depresión, pérdida total o parcial de la autonomía, alteraciones cognitivas y trastornos nutricionales.

Así mismo, la hospitalización genera complicaciones sin relación con la causa de ingreso, como la aparición de úlceras por presión.

La mayoría de las veces, las alteraciones que supone una hospitalización en el anciano, exigen una atención domiciliar que previamente no necesitaba, e incluso, el ingreso de la persona anciana en un centro residencial.



La proporción de ancianos enfermos que ocupan las habitaciones hospitalarias es cada vez mayor. Esto hace necesaria una valoración integral que determine los riesgos de deterioro funcional y de aparición de complicaciones para conseguir planificar cuidados específicos para la población anciana, que al menos minimicen las complicaciones que pueden generarse durante la hospitalización. También es importante educar al anciano y acompañante para fomentar el autocuidado al alta. Los enfermeros son los profesionales mejor preparados para llevar a cabo estas actividades. (17)