

PRINCIPIOS DE CUIDADO: ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDADES FÍSICAS

CAPÍTULO 3 – TRASTORNOS PSICOLÓGICOS/EMOCIONALES

CONTENIDO

- A. Impacto Emocional de Enfermedad Crónica o Discapacidad
- B. Impacto Emocional al Envejecer
- C. Angustia
- D. Depresión
- E. Adicciones y Adultos Mayores
- F. Recursos

OBJECTIVOS

1. Identifique trastornos psicológicos y cognitivos comunes.
 2. Describa los problemas de conducta, comunicación y seguridad asociados con estos trastornos.
 3. Explique las técnicas efectivas para tratar estos trastornos.
-
-

TÉRMINOS CLAVE

| | |
|-------------------------|--|
| Adaptación | Suicidio |
| Depresión | Trastorno de Angustia |
| Fobia | Trastorno de Pánico |
| Psicológico | Trastorno obsesivo-compulsivo (OCD por sus siglas en inglés) |
| Punto de Vista Integral | Zona de Comodidad |

A. IMPACTO EMOCIONAL DE ENFERMEDAD CRÓNICA O DISCAPACIDAD FÍSICA

Mucho del impacto de una enfermedad crónica o discapacidad física tiene que ver con la adaptación. El adaptarse a no sentirse bien, a actividades y capacidades disminuidas, y cambios en prioridades, economía, auto-imagen y relaciones pueden surgir todas a la vez. La adaptación no es solamente para las primeras etapas de una enfermedad. Hay una necesidad continua para un cambio emocional y mental al tornarse más evidentes los cambios físicos.

Una enfermedad o discapacidad crónica muy seguida produce sentimientos de incapacidad, frustración, desaliento, o gran tristeza. Es común sentir resentimiento por estar enfermo o necesitar la ayuda de los demás y aflicción por la pérdida, por los aspectos múltiples de la pérdida. A pesar de la enfermedad, hay un componente emocional poderoso el cual contribuye a la necesidad de apoyo y cuidado físico y emocional.

El bienestar emocional de una persona enferma y/o mayor tiene un impacto mayor y marcado en los síntomas físicos bajo el estrés. Como se relacionan exactamente las emociones, la mente y el cuerpo físico, claro, es una duda compleja. El mejorar el bienestar emocional puede controlar ciertos síntomas en algunos tipos de enfermedades crónicas o serias.

La actitud acerca de enfermedades también puede afectar la adaptación. Al cambiar los pensamientos y las emociones, muy seguido también cambian los síntomas físicos. Aun cuando los síntomas físicos permanecen igual, sin embargo, la actitud del cliente acerca de estos puede ayudar o dañar el proceso de la enfermedad. Por ejemplo, la persona puede ver sus enfermedades de una manera nueva y más llevadera. La calidad de vida en general puede ser mayor entre menos piensa la persona en el impacto de la enfermedad en su vida, aunque los síntomas no cambien.



El DCW debe de recordar tratar las necesidades emocionales, así como las físicas, del cliente bajo su cuidado.

Proveyendo cuidado y apoyo integral

Hay una conexión definitiva entre la mente y el cuerpo – una afecta a la otra. Aumentado el interés de los profesionales de cuidado de salud en el punto de vista *integral* para proveerle cuidado al cliente tomando en cuenta sus necesidades emocionales, físicas y espirituales al brindarle el cuidado. Integral quiere decir tomando en cuenta el sistema total en vez de en partes separadas. La medicina integral se preocupa por el cuerpo y la mente y la influencia que tiene uno sobre la otra.

Los clientes deben sentir que las circunstancias y sus sentimientos se aprecian y los entiende el DCW y el equipo de cuidado sin juzgarlo o criticarlo. Si los clientes sienten que la

atención y el servicio que se les brinda son genuinamente de corazón y formado según sus necesidades, es más probable que comiencen a tener fe y confianza en el trabajador de cuidados y la agencia en su totalidad.

Una mala salud psicológica y emocional daña los resultados de una salud física. Se ha comprobado por medio de estudios que hay una conexión entre estrés emocional elevado y enfermedad de arteria coronaria. La depresión, el estrés, ira y emociones negativas en general están asociados arduamente con el incremento de problemas físicos. Es importante que el DCW tenga un punto de vista integral del cliente para poder intentar tratar las necesidades emocionales, físicas y espirituales al brindar el cuidado. Por ejemplo, no es solamente bañar al cliente, sino que también comprender que al cliente le puede dar vergüenza, pena la tarea. El DCW debe de tener una actitud digna y gentil para tratar las necesidades físicas y emocionales del cliente al bañarlo.

B. IMPACTO EMOCIONAL AL ENVEJECER

Ocurren varios cambios al envejecer el cuerpo. La manera en que la persona percibe esos cambios puede afectar su perspectiva para “los años dorados”.

Las personas envejecen diferente y piensan diferente acerca del envejecer. Aunque existen diferentes retos al envejecer, a menudo se pueden tratar con pasos sencillos que mejoran la comunicación y forman un medioambiente más seguro, fácil y llevadero para la persona mayor. La existencia de un trabajador de cuidados eficiente y efectivo puede ayudar a facilitar el que las personas puedan vivir independientes en sus casas lo más que sea posible.

| Impacto Físico | Impacto Emocional |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • El nivel de energía disminuye, menos active, sube de peso. • Se deteriora el sistema del cuerpo. • Pérdida de Sensores (oído y vista) disminuye el movimiento seguro y la comunicación. • Cambios externos: se arruga la piel y se vuelve frágil, canas. • Cambios en la masa y la fuerza de los huesos, caídas resultan en lesiones serias la mayoría de las veces. • Sensibilidad a las aromas, cambios de luz y medicinas causada por los cambios en los sistemas del cuerpo. | <ul style="list-style-type: none"> • Pueden disminuir los intereses en pasatiempos /eventos. • Temor a la muerte/aumenta las necesidades religiosas. • Se rechazan compromisos sociales, aislamiento conduce a la soledad. • Los efectos físicos al envejecer pueden tener un impacto significativo mentalmente, pueden recurrir a cirugía plástica, etc. • Lo vulnerable puede afectar la comodidad, angustia, fe en los extraños. • La angustia por lo perdido puede crear depresión severa; independencia, seres amados, mascotas, trabajo, etc. • Vergüenza y pena con los trastornos |

| | |
|--|---|
| | (incontinencia, dependencia, enfermedades percibidas como debilidades, etc.). |
|--|---|

C. ANGUSTIA

Los trastornos de la angustia incluyen:

- Trastorno de pánico.
- Trastorno de estrés post traumático (PTSD).
- Fobias específicas.
- Trastorno obsesivo-compulsivo (OCD).
- Fobia social (o trastorno de angustia social).
- Trastorno de angustia generalizado (GAD por sus siglas en inglés).

Señales y síntomas

Cada trastorno de angustia tiene diferentes síntomas, pero todos los síntomas tienen que ver con temor excesivo, miedo y pavor irracional.

Problemas de conducta

Las personas con trastornos de angustia tal vez no puedan llevar el estrés de la vida cotidiana y les sea difícil funcionar. Por ejemplo, tal vez no quieran salir de sus casas o teman a las bacterias al grado de tener que lavarse las manos varias veces al día. **Algunas personas con trastornos de angustia pueden disgustarse y ponerse agresivas si las sacas de lo acostumbrado.** Esto es cierto, especialmente con una persona con demencia quien sufre de trastorno de angustia.

Técnicas de comunicación

Usted necesita usar una manera tranquila y segura al igual que otras técnicas de comunicación. (Por ejemplo, *“Comprendo que está disgustado, pero usted estará seguro aquí.”*). Escúchelo con interés y comprensión.

Tratamiento/manejo

El tratamiento es dirigido a la causa. Si la persona tiene una fobia, el tratamiento puede ser enfocado en exponer gradualmente a la persona a lo que le causa la fobia (deseñsensibilización afectiva). La terapia también puede ayudar a la persona a tratar con lo que le causa el estrés para reducir la angustia. También pueden ayudar medicinas, incluyendo agentes anti-angustia. Sin embargo, las medicinas pueden causar adicción y tener efectos secundarios indeseables, especialmente para la gente mayor. Las medicinas se deben de usar solo bajo la dirección del profesional de cuidado de salud.



*“Yo no podía hacer nada sin ritos. Invadían todo aspecto de mi vida. Me inundaba el contar. Me lavaba el cabello tres veces en vez de una porque el tres era numero de buena suerte y el uno no. Me tardaba más en leer porque contaba los renglones en el párrafo. Al poner la alarma por las noches, tenía que ponerla a un numero que no sumara a un numero “malo””.
Persona con OCD – de “Trastornos de Angustia,” Instituto Nacional de la Salud Mental, 2009*



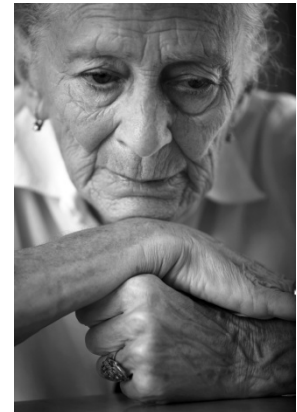
D. DEPRESION

La depresión mayor es la primera causa de discapacidades en los Estados Unidos y el mundo entero. Americanos mayores son desproporcionadamente más aptos a morir por medio del suicidio. Dentro de los réditos más altos (cuando son categorizados por el género y raza) son los hombres blancos de 85 años de edad o mayores, con 59 muertes por cada 100,000 personas en el año 2000, más de cinco veces el rédito nacional de 10.6 por cada 100,000.

Signs and symptoms

- Humor persistente de tristeza, angustia o vacío.
- Sentimientos de culpabilidad, sin esperanza, inútil, pesimismo (por ejemplo, “no sé si pueda seguir adelante”).
- La pérdida de interés en los pasatiempos o las actividades que una vez nos daban placer.

Algunos síntomas se pueden atribuir a efectos secundarios de medicinas que está tomando la persona por algún problema físico. También pueden ser causa de algún otro trastorno o enfermedad que padezca la persona como enfermedad cardíaca, apoplejía, diabetes, cáncer y enfermedad de Parkinson.



La depresión NO es normal al envejecer

Síntomas de Conducta

- Mención de amenazas de muerte o de suicidio.
- Leer acerca de la muerte o el suicidio.
- Incrementa el uso del alcohol o drogas recetadas.
- No se cuida a sí mismo ni sigue las órdenes del médico.
- Almacena medicinas.
- Interés repentino en las armas de fuego.
- Abandono social o despedidas detalladas.

- Apuro por completar o editar el testamento.
- Declaraciones de suicidio.

Técnicas para la comunicación

- **Apóyelo.** Es importante que la persona sepa que usted está allí para escucharle y pasar el tiempo junto haciendo cosas que les gustan a los dos.
- **Sea concreto y directo,** aunque amable. Por ejemplo, usted puede decirle algo como, *“Hoy en día no parece ser el mismo. Me he dado cuenta que está durmiendo más y no ha leído el periódico como le gustaba leerlo. ¿Está usted bien?”* Tal vez se dé usted cuenta que la persona se pone a la defensiva, se le llenan los ojos de agua o se enoja. Sin embargo, es necesario tener en mente que su interés puede ser de mucha ayuda, aunque tarde tiempo para que lo acepte la persona. Si la reacción que usted recibe es así, vuelva a tocar el tema después de algún tiempo. Tal vez usted le diga, *“Lo siento si usted se molestó con lo que le dije. Yo solo quería ayudar. Por favor, me avisa si puedo ayudarle de alguna manera.”*
- **Evite el tomarlo demasiado a la ligera o confrontarlo.** Muchas personas cometen el error de intentar despabilar a la persona con depresión. Algunos lo hacen diciendo un montón de chistes y sin darles importancia a los sentimientos de la persona. Otros intentan ser duros con la persona en depresión, diciendo cosas tales como, *“tú no tienes por qué estar triste,”* o *“piensa en todas las personas que están peor que tu.”* Tal forma raras veces da resultado y a veces hasta puede “salir el tiro por la culata”. La persona deprimida puede sentirse peor y hasta puede enojarse.
- **Haga preguntas.** Las personas deprimidas se pueden sentir muy a menudo solas y aisladas. Usted puede decir, *“Espero y no piense que sean maleducadas mis preguntas”* o *“Por favor dígame si estoy preguntando algo muy personal,”* ¡luego haga la pregunta! Dándole la oportunidad de hablar puede ser un gesto muy valioso para ayudar a la persona deprimida.
- **Pregunte acerca de pensamientos de suicidio.** El preguntarle a la persona si ha pensado en el suicidio NO aumenta la posibilidad de que lo haga. En hecho, las personas a veces sienten alivio al poder hablar de tales pensamientos que dan miedo. Una manera de hacer esto es el repetir algo que acaba de decir la persona, y siga con una pregunta acerca de suicidio. Por ejemplo, usted podría decir algo como, *“Cuando usted dice que le dan ganas de rendirse ante la vida, ¿quiere decir que usted ha estado considerando el suicidio?”*
- **Intente encontrar ayuda. Llame a su supervisor y reporte la situación** para que se pueda hacer una referencia apropiada. Si la persona tiene pensamientos de suicidio, NO DEJE SOLA A ESA PERSONA.

Tratamiento/manejo

Las investigaciones han mostrado que ciertos tipos de psicoterapia de corto plazo son efectivos tratamientos para la depresión en la tercera edad. Sin embargo, la combinación de psicoterapia con medicinas parece proveer el beneficio máximo. En uno de los estudios, aproximadamente el 80% de adultos mayores con depresión se recuperaron con tratamientos combinados. El tratamiento en combinación también resultó más efectivo que cualquiera de los dos tratamientos solos, reduciendo el volver a recaer y la depresión.

La información fue adaptada de la página electrónica del Instituto Nacional de Salud Mental: <http://www.nimh.nih.gov/>.

E. ADICCIÓN Y ADULTOS MAYORES

La adicción es una enfermedad del cerebro, crónica y con recaídas. La persona que tiene una adicción a sustancias llega a depender de esas sustancias. Cuando deja de usar las sustancias, la abstinencia puede provocar efectos serios. Algunos de los síntomas físicos de la abstinencia son dolores de cabeza, diarrea, sudores, dolor físico, vomito y temblores.

Alcohol

El problema mayor del abuso de sustancias es el consume de alcohol. El tomar medicinas junto con el alcohol puede causar más problemas.

Algunas indicaciones de que un adulto mayor puede tener problemas con el alcohol:

- Declive cognitivo o deficiencia en el cuidado propio.
- El no cumplir con las consultas medicas o el tratamiento.
- Hipertensión inestable o mal controlada.
- Repetidos accidentes, lesiones o caídas.
- Frequent visits to the emergency room.
- Problema gastrointestinal.
- Desvarió inesperado estando hospitalizado.
- Distanciamiento de la familia.

Un sin número de síntomas de alcoholismo en los adultos mayores son parecidos a trastornos geriátricos. El diagnostico de alcoholismo lo debe hacer solamente un profesional capacitado y licenciado en el abuso de sustancias y tratamiento.

Medicinas recetadas y sin receta

La mayoría de los adultos mayores que usan mal sus medicinas lo hacen *sin intención*. Las personas mayores a menudo toman varios medicamentos. Tal vez no lean bien la etiqueta o no entienden las instrucciones para la dosis. Por cualquiera de estas razones, puede ocurrir una sobredosis, efectos de adicción, y reacciones adversas al combinar las drogas.

El uso involuntario de los medicamentos puede ocurrir por varias razones. A veces es porque se ha desarrollado tolerancia por el uso prolongado de la droga, o porque los efectos secundarios dan placer o son un escape al aburrimiento o el dolor. El uso involuntario puede progresar a abuso.

El DCW debe reportar todas las observaciones preocupantes en cuanto a medicinas o alcohol a su supervisor.

F. RECURSOS

- Instituto Nacional de Salud Mental, <http://www.nimh.nih.gov/>
 - Depresión: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
 - Abuso de sustancias: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/drugabuse.html#cat23>
- “Envejecimiento y Adicción, Ayudando a Adultos Mayores a Sobreponerse a la Dependencia al Alcohol o Medicamentos” Carol Colleran and Debra Jay. Hazelden, 2002. <http://www.agingandaddiction.net/alcohol.html>