

3. El proceso de envejecimiento, enfermedad y convalecencia.

El envejecimiento es un proceso cambiante que afecta de manera continua e irreversible a todos los seres vivos. se produce de forma natural, gradualmente y, como en todas las etapas anteriores, se producen una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales. se suele equiparar el envejecimiento con enfermar y, si bien no son lo mismo, existe una causalidad en la cual las probabilidades de enfermar son directamente proporcionales a mayor edad del individuo.

Sabías que...



A escala mundial, la proporción de personas mayores (de 60 años o más) aumentó del 9% (1994) al 12% (2014), y se espera que alcance el 21% en 2050. Las personas mayores son el grupo de población de más rápido crecimiento en el mundo. En 2014, la tasa de crecimiento anual de la población de mayores de 60 años casi triplicó la tasa de crecimiento de la población en su conjunto. En términos absolutos, el número de personas mayores de 60 años casi se duplicó entre 1994 y 2014, y las personas de ese grupo de edad superan ahora en número al de los menores de 5 años.

Es un hecho universal, no es posible detenerlo, con una gran variedad interindividual (no todos los individuos envejecen del mismo modo y al mismo ritmo) e intraindividual (los diferentes sistemas del cuerpo de una persona también envejecen a un ritmo distinto).

El envejecimiento es la última etapa del ciclo vital. En esta etapa las capacidades personales empiezan a descender de forma diferente en cada persona. La característica más llamativa del proceso de envejecimiento es la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación a circunstancias, internas o externas, fuera de lo habitual. Esto supone que, en condiciones normales, la persona mayor con sus características individuales presentará un nivel

aceptable de adaptación al medio que le rodea, pero será muy sensible a circunstancias (enfermedad, estrés de diverso tipo...) que le exijan un sobreesfuerzo.

Se deben diferenciar entre varios tipos de envejecimiento:

- El **envejecimiento fisiológico** es el efecto que se produce por el paso del tiempo en la persona. no puede detenerse.
- El **envejecimiento patológico** es aquél en el que intervienen enfermedades o situaciones que aceleran el proceso normal de envejecimiento.

Conviene también señalar las diferencias entre algunos conceptos, como:

- **Edad cronológica:** es la edad del individuo desde que nació hasta el momento actual (años).
- **Edad psicológica:** hace referencia a los rasgos psicológicos y emocionales en función del grupo de edad al que se pertenezca.
- **Edad funcional:** se trata de la capacidad para desarrollar una vida independiente, conservar unos niveles razonables de capacidad física y psicológica que permitan a la persona mantener los roles personales y continuar integrado en la sociedad. Es esta edad la que puede definir la calidad de vida satisfactoria y el envejecimiento exitoso.
- **Edad social:** la marca la situación económica, laboral y familiar del individuo, facilitándole el acceso a determinados grupos de actividades.
- **Edad biológica:** es la relación entre la edad y el nivel de envejecimiento de una persona, recordando que afecta de manera individual a cada una. Es la que más se acercaría a la verdadera edad de una persona.

3.1. El enfermo terminal.

Una enfermedad terminal es aquella cuyos síntomas se mantienen en el enfermo hasta la muerte del mismo, ocurriendo ésta en los seis meses posteriores al diagnóstico terminal del facultativo médico. No hay esperanza de recuperación, bien porque la cura de dicha enfermedad es desconocida en la actualidad, o ya que el avanzado estado de la enfermedad imposibilita que se produzca alguna mejora de salud.

En la situación de enfermedad terminal concurren varias características que la definen y, mediante las mismas, se pueden establecer las bases terapéuticas de manera adecuada. Los elementos de la enfermedad terminal son:

- La presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable con los métodos de la ciencia medicinal actual.
- No responde ni muestra posibilidades de respuesta en la administración de tratamientos específicos.
- Mostrar numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y variables.
- Tiene un gran impacto emocional en el paciente, sus familiares y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- El pronóstico de vida suele ser inferior a 6 meses.



Son ejemplos de enfermedad terminal el cáncer, el sida, las afecciones crónicas de los sistemas cardiovasculares (arterioesclerosis y miocardiopatías), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o las cirrosis hepáticas cumplen estas características, en mayor o menor medida, en las etapas finales de la enfermedad. La atención sanitaria prestada a los enfermos de cáncer (en su fase terminal) ha constituido los procesos médicos destinados a reducir los dolores y el sufrimiento del paciente mediante cuidados intensos multidisciplinarios, de forma que estos puedan vivir sus últimos días o meses de la mejor manera posible y mueran sin sufrimientos. Esto llevó al origen del área de cuidados Paliativos de los hospitales, que ofrece servicio ambulatorio.

Las enfermedades neurodegenerativas no son reversibles ni se puede conseguir una mejora de las capacidades perdidas en la persona, pero se pueden aplicar tratamientos que frenen ligeramente la rapidez con la que avanzan, dándole al paciente una mayor calidad de vida por el mayor tiempo posible.

Se diferenciará entre un enfermo terminal y un enfermo moribundo, donde el primero se encuentra en una situación incurable e irreversible, pero manteniendo una calidad de vida y unas expectativas más o menos largas, mientras que el segundo contempla un desenlace mortal que se prevé cercano.

3.1.1. Necesidades del enfermo terminal.

Los humanos desarrollan su vida en torno a varios niveles personales: físico, mental, emocional, social y espiritual (creencias religiosas). Estas áreas se intercomunican y dependen unas de otras y cualquier cambio que incida sobre alguna de ellas afectará asimismo en las demás.

Así, los problemas físicos de una persona provocarán problemas mentales en ella, emocionales, relacionales y, dado el caso, espirituales. Esto no excluye a las personas con enfermedades terminales, afectando a todas sus demás realidades.

Necesidades físicas

- Prestar atención médica y de enfermería.
- Atender la higiene:
 - Aseo bucal.
 - Baño diario.
 - Limpieza de los ojos.
 - Aseo de genitales.
 - Acicalamiento (vestimenta, peinado, rasurado).
 - Aseo de faneras (uñas y pelos molestos).
- Cuidados de la piel:
 - Mantener las sábanas limpias y estiradas.
 - Baño de aseo diario y cada vez que sea necesario.
 - Aplicación de cremas corporales (grasas u oleosas), con especial atención haciendo énfasis en las áreas de apoyo.
 - Realizar masajes en las zonas de riesgo o más afectadas.
 - Detección temprana de la aparición de lesiones de úlcera por presión.
 - Evitar la aplicación de polvos de talco directamente sobre la piel.
 - Realizar cambios en la posición cada una o dos horas.
 - Aumentar la hidratación oral.
 - Colocación estratégica de rodillos en zonas de prominencias óseas (para evitar úlceras por presión).



Sabías que...



*La **nutrición artificial** es la recepción de nutrientes esenciales para vivir por los pacientes incapaces de alimentarse por sí mismos. Se aplica de dos formas posibles:*

- **La nutrición parenteral**, en la cual se administran alimentos mediante una vía intravenosa, proporcionando al enfermo los nutrientes que necesita para adquirir energía, apta para su metabolismo.
- **La nutrición enteral** es la administración de elementos nutritivos mediante una sonda directa hacia el tubo digestivo.

- No dar masajes sobre las zonas enrojecidas.

- Cuidados en la alimentación:

- Estimular y controlar la ingestión de los nutrientes necesarios diariamente.

- Presentar de forma atractiva los alimentos a la persona enferma (para facilitar la ingesta).

- Se recomienda realizar varias comidas al día, pero de cantidades pequeñas.

- Conocimiento sobre las técnicas aplicadas de alimentación parenteral (si fuera necesario).

- Administración de líquidos para evitar tanto la deshidratación como el estreñimiento.

- Estimulación continua durante la alimentación (mediante conversaciones agradables que inciten a seguir comiendo).
- Alivio del dolor:
 - Administración del medicamento indicado por el médico para aliviar el dolor.
 - Presentar especial atención a las reacciones adversas de los fármacos administrados para proceder a su control estricto.
 - Cambios frecuentes de posición para aliviar el dolor.
 - Atención al patrón de deposición de la persona enferma.
 - Cuantificación tanto de las veces que orina como de las características de ésta.
 - Atención a las características de las heces fecales (sangrado, anomalías, etc.).
 - Movilizar al enfermo si su estado físico lo permite.
 - Favorecer el bienestar y la seguridad física del enfermo.
- Favorecer un ambiente adecuado:
 - Aislamiento de la persona enferma en casos necesarios, evitando ruidos y fomentando el respeto durante los horarios de descanso.
 - Protegerle de lesiones y caídas (fijaciones, eliminación de obstáculos...).

Necesidades psicológicas

La organización mundial de la salud (OMS) refiere como necesidades psicológicas en las personas enfermas terminales las siguientes:

- Amor, expresión y vínculos de afecto y contactos relacionales con otros seres humanos.
- Aceptación. ser aceptado socialmente con independencia de su estado anímico, así como reconocerse en apariencia física (posibles cambios).
- Pertenencia, percepción de utilidad en la sociedad y su familia para no sentirse una carga para nadie.
- Autoestima, mediante su involucración en la toma de decisiones, especialmente en aquellas que la repercuten de forma directa a su salud (referidas a su dependencia física).
- Confianza, mediante la comunicación sincera con sus familiares y la seguridad de estar recibiendo la máxima y mejor atención posible.
- Entendimiento de las explicaciones que se le indican sobre su enfermedad (respecto a naturaleza y sintomatología).
- Seguridad y protección ante una amenaza eminente.

Se intentará mantener una disponibilidad continuada entre los familiares o cuidadores para acoger las necesidades de comunicación del enfermo terminal, permitiendo que éste pueda expresar sus sentimientos con la seguridad de ser escuchado y comprendido.

El paciente terminal suele mostrar inseguridad y desasosiego, necesitando personas con las que pueda vaciar sus miedos, transmitir algo en especial, o simplemente mantener contacto directo (a veces físico) para no caer en la desesperación de la angustia a la muerte. La atención psicológica también será una vía disponible, en especial para el trato de trastornos emocionales o mentales derivados de la situación crítica en la que se encuentra.

La familia y los profesionales que tengan contacto cercano con el paciente terminal se prestarán a favorecer la sinceridad en las comunicaciones con él, eliminando disimulos con respecto a la situación o a cualquier aspecto relacionado con la misma. La persona tiene el derecho de saber su situación actual y las previsiones.

Necesidades sociológicas

Se responderá, excepto en situaciones donde no sea posible, a su necesidad de pertenencia a la sociedad, y en especial con sus seres más queridos. Por tanto, y debido también a su derecho a conocer su situación terminal, se le dará tiempo para despedirse de manera digna de sus más allegados. asimismo, se le proporcionarán facilidades para resolver cuentas pendientes o solucionar asuntos abiertos.

Necesidades espirituales

Especialmente en las personas creyentes, pero también a las no creyentes, se les deben transmitir factores motivadores que les alienten a vivir de forma serena el tiempo de vida que les queda. muchos encontrarán la calma en su fe espiritual, además debemos recordar todas las cosas importantes que han realizado durante toda su vida y la convicción de que todos sus familiares y conocidos le recordarán para siempre.

3.1.2. Derechos de la persona en situación terminal.

- El trato como un ser humano hasta el final de su vida, con derecho a recibir una atención personalizada.
- Poder participar en las decisiones que afecten a los cuidados que se le han de aplicar.
- Proporción de los medios necesarios para combatir su dolor.
- Recibir una respuesta adecuada y honesta a sus preguntas, dándole toda la información que pueda asumir e integrar. contará siempre con apoyo familiar y profesional.
- Mantener su jerarquía de valores sin ser discriminado por expresar decisiones distintas a las de las personas que le atienden, manteniendo su fe y pudiendo expresarla de forma libre.
- Ser tratado por profesionales competentes, capacitados para la comunicación de la muerte y que puedan ayudarle a su enfrentamiento de la manera más óptima y serena.
- Recibir el consuelo de la familia y amigos que desee que le acompañen, tanto a lo largo del proceso de su enfermedad como en el momento de la muerte.
- Morir en paz y con dignidad.



3.1.3. La agonía.

En esta etapa pueden aparecer nuevas necesidades y causas de sufrimiento, tanto para la persona enferma como para su familia. requieren un enfoque dirigido a potenciar el bienestar físico,

emocional y espiritual, así como fomentar la consecución de una muerte digna y en paz.

El sufrimiento se define como un complejo estado negativo afectivo y cognitivo, en el cual la sensación del individuo es de amenaza a su integridad, causada por la impotencia del mismo para afrontarla y por agotar los recursos psicosociales y personales que le permitan un apoyo.

El afrontamiento de la dependencia terminal de un familiar provoca sufrimiento tanto para el propio paciente como para sus más allegados, así como para los profesionales sanitarios que les atienden; es necesario empatizar con la situación de esa familia y comprender este fenómeno y los factores que inciden en lo mismo.

El fracaso en la valoración del estado de sufrimiento influye de manera negativa en la búsqueda de soluciones y ayuda, así como en el acompañamiento que se le pueda ofrecer a la familia.

Modelo triangular de sufrimiento



- **Sufrimiento en el paciente:** incluye todos los síntomas físicos (como el dolor), los síntomas psicológicos y el sufrimiento existencial (en el que intervienen sentimientos de desesperanza, confusión, decepción, remordimiento, ansiedad ante la muerte y alteración de la identidad personal) del propio paciente, autopercebiéndose como una carga para él mismo y para los demás; también se incluye el sufrimiento de los familiares y amigos.
- **Sufrimiento en la familia:** son los factores psicosociales, la tensión emocional y aparición de otros sentimientos (impotencia, miedo a la muerte, incertidumbre, pena y pesar por la anticipación de la pérdida) o el sentimiento de la alteración de los roles y estilos de vida; pueden también tener la percepción de que los servicios sanitarios son inadecuados y han causado el deterioro de la persona enferma. se contempla una carga en los cuidadores (provocada por el trabajo físico, la carga emocional que soportan durante largo tiempo, cansancio por el mantenimiento de esta situación), el esfuerzo económico realizado para costear los gastos del cuidado y atención del enfermo y los conflictos morales que pueden crearse entre los cuidadores (soportando la constancia que tienen que cumplir buscando el deseo de dar unos cuidados adecuados y, a la vez, el deseo de que se acelere la muerte para eliminar la situación de sufrimiento del paciente).
- **Sufrimiento en los profesionales:** el personal sociosanitario se ve sometido a una exposición constante de sufrimiento, pérdida, y otros sentimientos derivados de las obligaciones de su puesto de trabajo: frustración al no poder ayudar a la mejora del paciente, impotencia, percepción de fracaso, presión laboral excesiva junto a la percepción de carencia de recursos (materiales, humanos, de tiempo), las dificultades en la comunicación de la temprana muerte del paciente y en la relación con el enfermo y sus familiares, originando en el profesional frustración al no poder conseguir las altas expectativas de estos.

Todos los factores anteriores pueden contribuir al agotamiento de los familiares, auxiliares, personal sociosanitario y, en general, todas aquellas personas encargadas de proporcionar atenciones al paciente, facilitando la aparición de estrés y síndromes de respuestas fisiológicas y orgánicas (como el síndrome de burnout).

Características de la agonía

La agonía es el estado irreversible de una persona terminal, el cuál es experimentado por ésta de manera previa a la muerte. simboliza el sufrimiento insoportable. El tiempo de su duración puede variar, siendo corto o largo de forma aleatoria, y a veces se produce en el enfermo una mejora de la salud (repentina y durante un espacio leve de tiempo), culminando con la muerte.

- Hay discordancia entre las funciones circulatoria, respiratoria y nerviosa.
- Taquicardia (aumento de la frecuencia cardíaca) y arritmias (pulso irregular en frecuencia y amplitud).
- Movimientos carfológicos (contracciones nerviosas de los dedos y las manos, tendente a aparecer en enfermos agónicos).
- Anoxia tisular (falta de oxígeno en los tejidos corporales), provocando la respiración de Cheyne-Stokes.
- Dilatación de ollares u orificios nasales.
- Pulso filiforme (rápido, débil y de poca amplitud habitual en pacientes con hipotensión arterial, deshidratados o con un colapso circulatorio shock).
- Hipotensión (presión sanguínea excesivamente baja sobre la pared de las arterias).
- Falta de sensibilidad en la piel.
- Eliminación de movimientos espontáneos y reflejos.
- Olor cadavérico en el aire espirado (aunque el paciente esté aún vivo, ya se están produciendo procesos de descomposición).
- Hipotermia lenta (dependiendo de la temperatura del ambiente y el tipo de muerte, disminuye la temperatura corporal).
- Inapetencia.
- Mayor frecuencia de confusión, angustia y agitación.

Sabías que...



La respiración Cheyne-Stokes es una respiración acelerada que produce secreciones bronquiales, originando estertores cadavéricos, es una respiración terminal en la que se da una lucha por la supervivencia.

Cuidados en la agonía

- Revisar la medicación y suspender toda la prescindible, asegurando la disponibilidad de medicación necesaria de darse el caso.
- Control preciso de los síntomas para atenderlos de la mejor manera y con la mayor rapidez posible.
- Permitir al paciente la posibilidad de expresar sus sentimientos (ansiedad, tristeza, miedos y deseos).
- Procurarle tranquilidad asegurándole la máxima preocupación por disminuir cualquiera de sus molestias.
- Mostrarse receptivo respecto a las necesidades culturales y religiosas del paciente.

Estertores premortem

Los estertores de la persona moribunda son síntomas frecuentes y concretos de esta fase del fin de la vida. se manifiestan mediante ruidos generados en las vías respiratorias; son movimientos oscilantes de las secreciones respiratorias durante la inspiración y la expiración, los cuales no son expulsados como expectoraciones por los propios pacientes debido a su debilidad e incapacidad en su estado de confusión.

Los estertores con más frecuencia de aparición se dan en cánceres pulmonares y cerebrales, mientras que aparecen con una frecuencia más pausada en patologías cardiopulmonares.

Los profesionales sanitarios deberán explicar a los familiares el desarrollo del proceso fisiopatológico que siguen los estertores, además de aplicar medidas que faciliten la acomodación a estas apariciones (drenaje del cuerpo mediante la postura de semiprono, succión traqueal o nasofaríngea suave).

Tenemos que tener en cuenta que existen una serie de actos simples para acompañar al enfermo terminal que como profesionales debemos saber utilizar y que son:

- No rechazar al paciente, hacerle saber que se le quiere.
- Tocarle o mostrarle afecto mediante contacto corporal.
- Preguntar si necesita algo. Llevarle cosas que le gusten (comidas, dulces) por sorpresa.
- Permitir que exprese sentimientos y mantener el contacto con las demás personas.
- Tolerar los posibles cambios de humor; conviene recordar la importante situación que está pasando.
- Pedir que se le anuncien las visitas, permitiéndole decidir si atender visitas dependiendo de su estado de ánimo.
- Procurar celebrar días especiales, aun si se encuentra en el hospital; ayudará llevar detalles decorativos o flores, creando una sensación acogedora.
- Ayudar a la familia proponiéndoles tiempos de descanso mientras el profesional se queda con el paciente, de modo que puedan descansar y disuadirse por un rato del sufrimiento de la situación.
- Respetar las creencias del enfermo, ya que éstas le ayudan a su bienestar y se pueden evitar conflictos innecesarios. Facilitar recursos acordes a la fe que profesa el enfermo.
- Proporcionar al enfermo situaciones en las que hablar de lo que le pasa, preguntándole si lo desea. En muchas ocasiones sólo necesita desahogarse en alguien que le escuche, sin interrumpirle ni juzgarle.
- No es necesario hablar. El paciente se sentirá acogido y acompañado únicamente con la presencia de las personas.
- No se debe mentir al enfermo cuando pregunta sobre su apariencia, aunque tampoco llegar a contestarle casos extremos.
- Es importante permitirle tomar las decisiones que permita su lucidez y capacidad. Esto fomenta su idea de mantenerse independiente.
- Necesita que le fomenten la esperanza para no caer en la desesperación, por lo que se intentará hablarle en futuro.
- El enfermo busca que acudan a él con actitudes positivas (aunque sin separarse del realismo), buscando la felicidad.
- El paciente puede querer estar informado sobre lo que pasa en el mundo mientras él está ingresado o incomunicado de los medios. Es aceptable también que se le den las malas noticias; tras conocer la cercanía próxima a la muerte, no serán tan tremendistas.

Editorial TUTOR FORMACIÓN

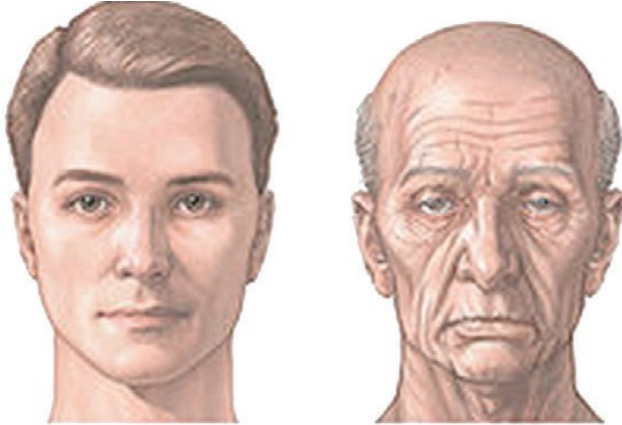
- Buscar la manera de hacerle saber al enfermo lo importante que es para alguien de múltiples maneras, si la persona considera duro presentarse a verle y no se atreve.
- Proponer formas de ayudar al enfermo y realizarlas si éste muestra su conformidad.
- Aprovechar a hablar con él para recordar situaciones pasadas en las que la persona hubiera querido expresar su cariño hacia él. Hacerle sentir que hay amor en sus más allegados y que no le olvidarán nunca.
- Acompañar a la familia tras la muerte, haciéndoles saber lo mucho que el enfermo les quería.

4. Cambios biopsicosociales que se producen en la vejez.

4.1. Cambios biológicos.

Son transformaciones que afectan a las estructuras y funciones del organismo:

- Las células pierden su capacidad de regeneración.
- La piel se vuelve más fina y se arruga.
- El sistema musculoesquelético (músculos y huesos) pierden masa y, como consecuencia, fuerza física; el esqueleto se vuelve frágil.
- En el sistema cardiorrespiratorio, el ventrículo izquierdo del corazón disminuye de tamaño y, en compensación, aumenta la aurícula izquierda (para aumentar el llenado ventricular en la diástole). Las venas y arterias pierden elasticidad y se endurecen.
- Respecto al sistema digestivo, hay una pérdida de piezas dentales que causan problemas de masticación, además de una disminución de la saliva, ocasionando sequedad en la boca.
- En el sistema genitourinario, el tono de la vejiga disminuye provocando pérdidas de orina, y se reduce el volumen de los riñones. En los hombres se da un agrandamiento de la próstata y la aparición de la menopausia en las mujeres.
- El sistema inmunitario se ve afectado y debilitado, aumentando el riesgo de infecciones.
- En cuanto al sistema nervioso, la cantidad de neuronas disminuye y éstas pierden su capacidad de regeneración.
- Reducción de la agudeza visual.
- Pérdida auditiva.
- Deterioro y reducción de las papilas gustativas.



4.2. Cambios psicológicos y emocionales.

- Se altera la memoria reciente o mcP, dificultando el aprendizaje de nuevas cosas y la adaptación a situaciones no habituales. sin embargo, la memoria a largo plazo (mLP) o memoria remota, se mantiene sin grandes variaciones.
- Disminuye la capacidad de atención y concentración, por la falta de interés de las cosas que le rodean.
- Pérdida de la capacidad de resolver problemas novedosos.
- La velocidad de aprendizaje es menor, aunque se facilita dándose en entornos conocidos y con materiales significativos; los aprendizajes deberán ser prácticos, que no requieran pensamientos abstractos.

- La percepción también está alterada tanto para recibir información (a través los sentidos) como para procesarla.
- La creatividad se mantiene.
- El funcionamiento intelectual parece ser más lento.
- La personalidad se mantiene estable, acentuando rasgos de carácter y disminución de adaptación a situaciones desconocidas, por lo que buscan entornos cercanos que transmitan seguridad.

4.3. Cambios sociales.



Durante el proceso de envejecimiento, la persona cambia sus funciones dentro de sus hábitos, provocando un cambio en su forma de relacionarse. se trata de un cambio importante en el que su rol laboral en la comunidad pasa a ser la jubilación, con una reducción en sus ingresos económicos.

Incidencias en la calidad de vida

La manera de afrontar las diferentes situaciones de la vida en cada etapa incide en la calidad de vida de cada persona. Puede depender de factores biológicos y físicos, de la salud, del estilo de vida, de características personales y del entorno donde el individuo viva.

La manera en la que cada uno envejezca dependerá del estilo de vida que haya llevado. además, la percepción del proceso de envejecimiento será diferente según las

características psicológicas de cada individuo.

La enfermedad en la persona mayor

La enfermedad es una respuesta del organismo hacia un agente patógeno que origina una afectación funcional u orgánica, alterando la salud de la persona.

La convalecencia es un tramo de tiempo en el cual el estado de salud de una persona se encuentra en proceso de enfermedad. Este período comienza cuando la persona se pone enferma y no termina hasta que, una vez reestablecido el nivel de salud de forma progresiva, el organismo de esa persona vuelve a encontrarse en correcto funcionamiento. Puede variar tanto en tiempo como en calidad, influyendo las características de la enfermedad de que se trate y de los factores genéticos, físicos, psicológicos y sociales de la persona enferma.

En los servicios de asistencia domiciliaria, la convalecencia se realiza en el propio domicilio de la persona afectada, por lo que resulta fundamental el apoyo de los servicios domiciliarios en la atención a las necesidades del usuario durante este período.

“Vejez no es sinónimo de enfermedad”

Es importante diferenciar entre vejez y enfermedad. La edad produce una reducción del sistema inmunitario y de las capacidades orgánico-funcionales; esto ocasiona una respuesta del organismo más lenta contra la enfermedad, por lo que los procesos patológicos se alargan y complican al coexistir varias enfermedades. Todo esto supone una intervención con más dificultad al tener que proponer tratamientos que no se solapen entre sí. sin embargo, existen enfermedades que se dan con mayor frecuencia en la vejez y que se estudian desde la geriatría: se denominan “grandes síndromes geriátricos” y, entre ellos, destacan:

- **Inmovilidad:** la persona deja de realizar movimientos, limitándose de forma paulatina a desarrollar sus actividades cotidianas en espacios reducidos más allá de su domicilio. Es recomendable motivar a dichas personas a realizar ejercicio físico y favorecer las actividades de la vida diaria (AVD).
- **Incontinencia urinaria:** pérdida involuntaria de la orina. se puede solventar mediante visitas frecuentes al baño y una distribución diferente de la toma de líquidos.
- **Úlceras por presión:** daños que se producen en la piel por una presión duradera, en personas encamadas o que pasan mucho tiempo en silla de ruedas. Los cambios posturales son importantes para prevenirlas.
- **Caídas:** por reducción de equilibrio y falta de adaptaciones arquitectónicas.
- **Trastornos del sueño:** puede verse alterado por causas psicológicas (ansiedad, miedos...), ambientales (frío o calor excesivos...), por medicación o por enfermedades.

Se aconseja utilizar técnicas no farmacológicas como la relajación, fomento de hábitos regulares, eliminar productos o actividades excitantes previas a dormir, etc., antes de administrar somníferos.

Sabías que...



Para dormir mejor, es importante establecer horarios de sueño y cumplirlos todos los días. De esa manera, el cuerpo se acostumbra a esa rutina y descansará en dicho horario.

4.4. Evolución del entorno socioafectivo y de la sexualidad de la persona mayor.



Factores como las condiciones socioeconómicas y culturales influyen a la hora de establecer relaciones afectivas en las personas, así como su estado de salud. El estilo de vida que hayan mantenido las personas mayores a lo largo de su ciclo vital determinará su entorno socioafectivo y sus relaciones en la tercera edad.

Las relaciones familiares suponen una etapa de cambios que repercutirán en la reducción de sus redes sociales; eventos como la salida de los hijos del hogar, la pérdida de actividad laboral en la jubilación, la incorporación de nuevos

miembros familiares o la pérdida de seres queridos.

En resumen, durante la vejez disminuyen las relaciones secundarias (ligadas al rol profesional) y se mantienen las relaciones primarias (íntimas y duraderas, a las cuales pertenecen la familia y los

amigos); es por esta cercanía por lo que las personas mayores prefieren recibir cuidados de su red informal en vez de acudir a un apoyo social formal (personal de recursos sociosanitarios).

La sexualidad también evoluciona y sufre modificaciones a lo largo de las distintas etapas de la vida: todos los cambios experimentados durante la vejez (ya sean físicos, psicológicos o sociales) influyen en la forma que tienen las personas mayores en vivir su sexualidad.

4.5. Necesidades especiales de atención y apoyo integral.

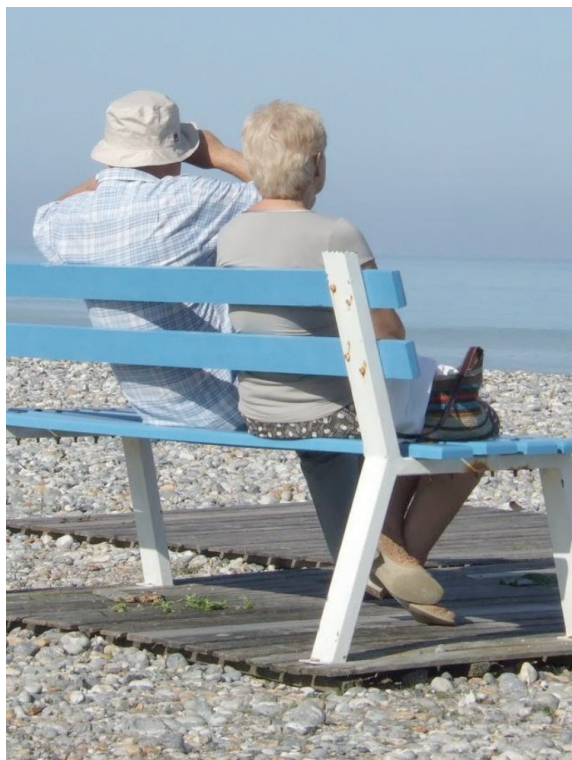
Como ya hemos visto, el proceso de envejecimiento se desarrolla de forma diferente en cada persona, pero no es sinónimo de dependencia por sí solo. A lo largo de los años se dan cambios biopsicosociales, por lo cual las necesidades también se transforman según las capacidades y los déficits que presente cada persona.

Siguiendo la clasificación de las necesidades de Maslow, durante el proceso de envejecimiento surgen una serie de necesidades especiales:

- Alimentación e hidratación, respiración, evacuación, descanso, control de la temperatura, movilidad y sexualidad.
- Necesidades de seguridad:
 - Atención sanitaria.
 - Seguridad económica (ingresos que garanticen la cobertura de las necesidades básicas).
 - Seguridad física (las personas con demencia pueden desorientarse y perderse).
 - Necesidad de cuidados asistenciales (cuidado personal, administración de medicamentos).
- Necesidades sociales: mantener lazos familiares y con amigos, así como pertenecer a un grupo social.
- Necesidades de estima: respeto y confianza en uno mismo, respeto de los demás.
- Autorrealización: tomar decisiones según sus valores y creencias.

La atención recibida por las personas dependientes debe ser integral, adaptada a sus necesidades, con un conjunto de actividades, servicios y prestaciones que contribuyan a la satisfacción de sus necesidades biológicas y demandas psicosociales. En líneas generales, los objetivos que se plantean son:

- El entorno habitual y el domicilio deben conservarse el mayor tiempo posible en beneficio de la persona dependiente.
- Favorecer su participación social, el ocio y el tiempo libre.



- Desarrollar alternativas de convivencia para quienes no puedan permanecer en el domicilio.
- Desarrollar programas de cooperación social.

La Valoración Geriátrica Global determina el grado y nivel de dependencia que presente la persona, presentando sus limitaciones -tanto cognitivas, sensoriales o físicas-, incluyendo una valoración médica, funcional, mental y social. a partir de esta valoración se elabora un Plan de atención individualizado (PAI), en el cual el mejor apoyo implica la atención a cada afección en un momento determinado (cuando la persona lo necesite) y no a todas a la vez.

La Valoración Geriátrica Global o integral es el proceso estructurado multidisciplinario en el que se detectan, describen y precisan los variados problemas físicos, psicológicos, funcionales, y socioambientales que el dependiente presenta, dando lugar a una valoración gerontológica funcional global sobre la capacidad que tiene para vivir de manera autónoma (y también permitiendo descubrir los posibles trastornos geriátricos). se registran los recursos y posibilidades de dicha persona, la necesidad de servicios a los que debería acceder y, con todo ello, se construye su propio plan personalizado al usuario y sus cuidadores.

4.6. Calidad de vida, apoyo y autodeterminación en la persona mayor.



La calidad de vida de las personas mayores puede entenderse en torno a tres factores:

- El nivel de dependencia que presentan y, en consecuencia, el grado de ayuda que precisan para la realización de las actividades de la vida diaria.
- Las expectativas que tienen en relación con la ayuda que desean recibir y la que reciben (servicios de proximidad, adaptación de la vivienda y ayudas técnicas).
- Los propios apoyos y atención que reciben de sus cuidadores informales (familia y amigos).

La persona precisa un apoyo que refuerce sus habilidades, capacidades y creencias, pudiendo mantener una conducta autónoma. La autonomía de un individuo es compatible con la necesidad, petición y recepción de apoyo; ejercer su autodeterminación junto a las mejoras que se les pueden proporcionar con los avances de medicina o las mejoras social, cultural y económica proporciona a los mayores una mayor esperanza de vida con un bienestar asociado sin implicar una desatención a sus necesidades.

Por tanto, el apoyo en la autodeterminación de las personas dependientes debe contemplar los siguientes puntos a los que el cuidador domiciliario debe atender:

- Facilitar las iniciativas personales, fomentando su participación en actividades relevantes en su vida.
- Conocer las preferencias e intereses de la persona dependiente, diferenciando entre lo que quiere y lo que realmente necesita.
- Promover que las elecciones realizadas estén basadas en las anteriores preferencias, intereses, necesidades, etc.
- Ayudar a establecer metas personales.

- Fomentar la independencia dentro de un marco de interdependencia (dependencia recíproca entre varias personas).
- Favorecer y ayudar a la persona a autorregular su comportamiento y su interacción con los demás.
- Facilitar que la persona dependiente se encuentre segura de sí misma, confiada, que valore sus logros, etc.

Por otra parte, el trato hacia las personas mayores debe tener en cuenta algunas cuestiones éticas que afectan a su autodeterminación y calidad de vida:

- **La marginación de los mayores por cuestión de edad.** suele considerarse que las personas mayores aportan una carga y se olvidan los valores tradicionales como su experiencia; muchas veces son un grupo social discriminado por sus características.
- **Autonomía personal sobre razones clínicas.** Exceptuando los casos en los que



Sabías que...



El “documento de instrucciones previas” permite expresar a toda persona mayor de edad, capaz y libre, cómo quiere que se le trate y se le cuide cuando no sea capaz de tomar decisiones. Sirven para informar al equipo sanitario, sociosanitario o asistencial de sus deseos; nombrar a alguien para que hable en su nombre; cómo quiere que sean sus cuidados y el tratamiento de su salud cuando llegue a situaciones en las que no sea capaz de tomar decisiones o manifestar sus opiniones por sí misma. También puede expresar previamente cuál quiere que sea el destino de su cuerpo y de sus órganos una vez llegado el fallecimiento.

las personas mayores no sean capaces de tomar decisiones importantes para procurar su salud y seguridad, serán ellos quienes decidan los aspectos sanitarios que seguir (por ejemplo: la toma de un fármaco).

- **Los maltratos a mayores.** Hay una mayor conciencia social en los últimos años, se busca la implicación a través de la educación.
- **Derecho sobre la propia vida.** Hay que tener en cuenta que, porque una persona tenga una discapacidad física en su vejez y no pueda realizar por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, no por ello tiene una discapacidad mental. Esto implica que la persona es muy consciente de sus capacidades

y limitaciones, y es por ello que se debe respetar sus decisiones y acatar su voluntad. Por esta razón, se debe eliminar la tendencia a la infantilización y sobreprotección; son personas adultas que necesitan ayudas técnicas para las actividades cotidianas.

Esto resulta muy importante en la planificación de los cuidados terminales: la persona dependiente tiene derecho a elegir la manera cómo quiere ser atendido y cómo desea dejar las cosas para cuando haya fallecido.

Es decir, una atención a las personas mayores debe considerar su dignidad como personas con autodeterminación, garantizándoles la mejor calidad de vida por derecho (no por caridad) en un ambiente de seguridad y respeto.

4.7. Conceptos fundamentales, características y necesidades en enfermedad y convalecencia.

Según la definición de la organización mundial de la salud entendemos por salud el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. El concepto salud abarca el estado biopsicosocial, los aspectos que un individuo desempeña. En 1992 se agregó a la definición de la OMS: “y en armonía con el medio ambiente”, ampliando así el concepto que antiguamente se definía como ausencia de enfermedad.

Puesto que ya se han definido con anterioridad los conceptos de enfermedad y convalecencia, vamos a distinguir las etapas que sigue el proceso de la enfermedad:

- Aparición de los síntomas: primeras señales de la enfermedad. En esta etapa, emergen dos comportamientos distintos en el enfermo: afronta el problema y adopta medidas para solucionarlo, o niega lo que sucede y no toma medidas.
- Conciencia de la enfermedad: el paciente admite sentirse enfermo.
- Contacta con los servicios sanitarios, buscando un diagnóstico.
- Estado de enfermedad: síntomas propios de la enfermedad y consecuencia de los fármacos. Esta etapa se caracteriza por la dependencia de otros (familia, personal sanitario, amigos...).
- Convalecencia: período de tránsito entre la enfermedad y la total recuperación.
- Curación, cronicación o muerte: la cronicación supone que la persona necesitará cuidados y atención durante un periodo largo de tiempo, en algunos casos incluso durante toda la vida (por dificultades o complicaciones asociadas al envejecimiento). La muerte sucede cuando no se supera la enfermedad.

Todos los pacientes que padecen una enfermedad presentan determinadas características comunes en mayor o menor grado:

- Sufrimiento o malestar físico o psicológico.
- Ansiedad o angustia.
- Miedo causado por distintos motivos: la propia enfermedad y sus consecuencias; el dolor o daño físico; las pruebas a las que se le someta, etc.
- Sensación de indefensión. desorientación.
- Sentimiento de incapacidad.
- Sensación de vulnerabilidad.
- Hipersensibilidad.

Las personas con enfermedades agudas, se caracterizan por tener una afección de duración determinada y de aparición repentina. salvo complicaciones, las enfermedades agudas remiten después de administrar un tratamiento. La convalecencia es menos traumática y rápida cuando el paciente permanece en su entorno (familia, cuidadores habituales, personal del SAD, etc.).

Algunas enfermedades agudas son gripe, gastroenteritis, cefaleas...

En las personas con enfermedades crónicas, la enfermedad les afectará durante varios años, incluso toda la vida. El tratamiento se orienta a la enfermedad y a sus efectos para evitar que progrese. En este tipo de enfermedades es importante que el paciente aprenda hábitos de autocuidado. algunas enfermedades crónicas: asma, hipertensión arterial, diabetes...

Los pacientes con enfermedades terminales son aquellos que padecen una enfermedad incurable avanzada, la intervención se centrará en aplicar cuidados paliativos para aliviar el dolor y mejorar el confort en el último tramo de su vida.

Los cuidados requeridos dependerán del tipo de enfermedad o dependencia que presente la persona. no obstante, podemos señalar algunas necesidades comunes a las personas enfermas:

- **Necesidad de información:** el miedo a lo desconocido dificulta la toma propia de decisiones importantes. una explicación clara y completa sobre la enfermedad les ayudará a adaptarse mejor a la situación a la que se enfrentan.
- **Necesidad de cuidados físicos y aprendizaje de técnicas de autocuidado:** dependiendo de la complejidad de los cuidados, la propia persona podrá realizar técnicas de autocuidado con apoyos o se requerirán técnicos especializados en dicha tarea.
- **Necesidad de relación social y expresión emocional:** para evitar síntomas de aislamiento o la aparición de estados depresivos; el cuidador debe favorecer las vías de comunicación para que pueda expresar sus sentimientos, miedos, deseos y necesidades.
- **Necesidad de ocio y autorrealización:** para sacar a las personas mayores de su centralización anímica en su enfermedad.

5. Resumen.

Este primer tema nos sirve de introducción al certificado de profesionalidad, por lo que se han visto nociones básicas acerca de los diferentes contenidos que se irán viendo a lo largo de los siguientes temas.

Hemos desarrollado: conceptos básicos y fundamentales del proceso de envejecimiento (ciclo vital, enfermedad, convalecencia, etc.), nociones de psicología básica (atención, motivación, procesos cognitivos, memoria, etc.) así como necesidades especiales de la persona dependiente.

6. Actividades.

1. Relaciona los siguientes términos:

ABVD	Uso de teléfono
	Vestirse
	Tomar la medicación
	Hacer la comida
	Aseo personal
AVD	Comer

2. ¿Qué son las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD)?

3. Completa la siguiente frase:

Existen tres tipos de comportamiento: _____.

4. Ordena la evolución del pensamiento desde el nacimiento hasta la edad adulta.

	Pensamiento mágico o primitivo.
	Pensamiento abstracto.
	Pensamiento concreto.

5. Completa la siguiente frase:

La atención es el proceso cognitivo que selecciona los _____ para poder procesar la información. Varía en función de la situación y de las _____ que realiza la persona, viéndose afectada tanto por los estímulos físicos como por los propios condicionamientos internos de la persona.

6. Indica si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas:

- a) La pirámide de Maslow consta de 4 niveles
- b) Los motivos secundarios están relacionados con las necesidades corporales o de adaptación al ambiente
- c) Las necesidades de estima son necesidades de afecto y pertenencia a determinados grupos, donde los lazos afectivos son intensos
- d) Las necesidades fisiológicas son las más importantes: alimentarse, beber, respirar, dormir...

7. Señala qué dos tipos de envejecimiento existen.

8. Relaciona los siguientes términos:

Edad psicológica	Edad del individuo, tiempo real transcurrido desde su nacimiento.
Edad funcional	Hace referencia a las características psicológicas y emocionales en función de la edad.
Edad cronológica	Se trata de la capacidad para desarrollar una vida independiente, conservar unos niveles razonables de capacidad física y psicológica que permitan a la persona mantener los roles personales y continuar integrado en la sociedad.

9. Completa:

La calidad de vida de las personas mayores puede entenderse en torno a tres factores: el nivel de _____, las _____ y los propios _____ y atención que reciben.

10. El apoyo en la autodeterminación de las personas dependientes debe atender:

Relación social de las personas mayores y discapacitadas

1. Características de la relación social de las personas dependientes. Habilidades sociales fundamentales.

Relaciones sociales son las múltiples interacciones que se dan entre dos o más personas en la sociedad, por las cuales los sujetos establecen vínculos laborales, familiares, profesionales, amistosos, deportivo. Estas relaciones se enmarcan en la cultura social del grupo al que pertenecen, reflejando un posicionamiento y un rol en la sociedad a través del proceso de socialización, que obliga al sujeto a adaptarse, modificar conductas por medio de creencias, reglas, aprendizaje, motivación...

El ser humano es sociable por naturaleza y necesita del resto para convivir y poder sobrevivir en su entorno, por eso es importante poseer relaciones sociales que nos faciliten nuestra vida, y nos permitan integrarnos dentro de la sociedad en la que nos ha tocado vivir. Hay personas que presentan mejor o peor adaptación al mismo y eso les facilita o no su convivencia con el resto de personas. Es importante que la persona desarrolle habilidades sociales y una actitud positiva que le facilite dicho proceso y no le produzca aislamiento.

Las relaciones sociales se posibilitan dentro de un grupo social o grupo orgánico, donde cada individuo cumple un rol y adecua su conducta a las normas y valores culturales de la comunidad.

Por medio de vínculos sociales las personas satisfacen los propios objetivos de realización personal, siendo la comunicación un proceso necesario para compartir nuestra información y nuestras propias experiencias.

Muchas veces no somos conscientes hasta qué punto la sociedad y sus continuas transformaciones modifican nuestro propio interior. Por eso diferenciaremos entre **Psicología** o ciencia que estudia al individuo en sí, con sus problemas, sus traumas y conflictos personales donde las relaciones sociales son importantes en la medida que al sujeto le afecten; y **Sociología** estudia en profundidad los grupos sociales y sus comportamientos para estructurar una sociedad u otra.

Cuantas más relaciones sociales tenga un individuo y más facilidad de adaptación a los cambios posea más calidad de vida tendrá, ya que lo contrario produce aislamiento, soledad y peor calidad de vida.

Por norma general las personas que presentan dependencia suelen tener un círculo de amistades y relaciones sociales bastante marcada, formado por sus familiares, compañeros y amigos. a mayor edad, mayor problemática de entablar relaciones sociales. muchas veces viene condicionado por la dependencia que poseen, por las estancias hospitalarias, o simplemente porque presentan limitaciones que no les permiten establecer o mantener relaciones sociales, sentimientos de inferioridad, miedo al rechazo... Es necesario que como profesionales favorezcamos dichas relaciones y en la medida de lo posible ampliemos dichas relaciones siempre que el usuario esté de acuerdo.

Las personas con las que nos relacionamos de alguna manera en nuestras vidas se conoce como red social y normalmente lo forman:

- Familiares
- Amigos: con los que mantenemos relación de confianza y afectiva.
- Compañeros de trabajo o estudios: personas con las que compartimos un tiempo y un espacio para realizar una actividad productiva o adquirir conocimientos.
- Compañeros de ocio: personas con las que compartimos una afición.

- Otros: personas que nos prestan unos servicios concretos en la sociedad (panadero, médico).

No todas las personas se relacionan de igual manera y existen grupos con diferentes características.

Relaciones sociales de las personas mayores:

- Establecidas mediante el estilo de vida de cada persona usuaria, el entorno socioafectivo de su juventud y adultez, su estado de salud y las condiciones socioculturales.
- Sienten preferencia por las relaciones primarias (familiares y amigos).
- Menor motivación para mantener relaciones nuevas.
- Necesidad de afrontamiento de pérdidas de seres queridos (pareja, amigos...) o cambio de roles (independencia de los hijos, jubilación...).



Relaciones sociales de las personas con discapacidad:



- Inseguridad (sobre todo en las discapacidades adquiridas), lo que muchas veces lleva al aislamiento.
- Las actitudes de sobreprotección que adquieren para conseguir una mayor seguridad les provocan carencias de las habilidades sociales, así como dificultades para captar o transmitir información (por deficiencias sensoriales e intelectuales), dando lugar a una escasez de interacciones.
- En ocasiones utilizan la discapacidad para manipular la interacción con los otros

intentando dar pena, compasión, sentimientos de culpa...

Relaciones sociales de las personas con enfermedades o con enfermedad:

- Disminución de las redes sociales.
- Escasa motivación para establecer nuevas relaciones.
- Interés centrado en ellas mismas.
- Tendencia al aislamiento.
- Sentimientos de ansiedad, tristeza, irritabilidad...



1.1. Habilidades sociales.

Las habilidades sociales (HHSS) son aquellos comportamientos, observables y no observables, que permiten a las personas actuar eficazmente en las situaciones con otras personas (relaciones interpersonales), adaptándose a las situaciones y a sus interlocutores.

Se trata de comportamientos aprendidos, por lo que pueden entrenarse y modificarse. Hay personas a las que les cuesta menos relacionarse, otras que son más tímidas, pero todos pueden aprender a relacionarse con otros. A continuación, se indican unos mecanismos para trabajar las habilidades sociales.

1.1.1. Mecanismos básicos de aprendizaje de las habilidades sociales.

- **Refuerzo positivo:** una conducta positiva se refuerza con algún beneficio para la persona; tienen una alta probabilidad de repetirse. Por ejemplo: si un usuario saluda con una sonrisa, es probable que el resto de los compañeros le sonrían; al contrario, si se ignora su comportamiento, no volverá a repetirlo.

	Positivo	Negativo
Refuerzo	La persona consigue, realizando la conducta, algo que desea. <i>Ej.: Una usuaria que hace la cama recibe un reconocimiento por parte del profesional.</i>	La persona realiza la conducta para conseguir eliminar algo que le desagrada. <i>Ej.: Un usuario que hace la cama, no tiene que bajar la basura al contenedor.</i>
Castigo	La persona realiza la conducta y, por ello, recibe algo que le desagrada. <i>Ej.: Un usuario que no hace la cama, tiene que limpiar el baño tras la ducha diaria.</i>	La persona realiza la conducta y le quitan algo que le gusta. <i>Ej.: Una usuaria que no hace la cama, se queda sin poder ver la televisión.</i>

- **Observación:** el aprendizaje se produce mediante la observación a otras personas. así, si un residente saluda de forma cordial y las respuestas de sus compañeros son positivas, la persona que observa tenderá a imitar esa conducta.
- **Retroalimentación:** es la forma en que la otra persona informa de su reacción ante la conducta del otro individuo. Por ejemplo, si un usuario se dirige al auxiliar con un “Tráeme un poco de pan”, la respuesta será negativa porque no se ha dirigido a él de forma cortés, pudiendo responderle con “me gustaría que me pidieras las cosas por favor”.
- **Creencias y expectativas:** se refiere a las esperanzas que tiene la persona sobre la posibilidad de tener éxito en una situación determinada.

1.1.2. Factores que componen las habilidades sociales.

- **Factores Fisiológicos:** son las reacciones físicas o biológicas que se producen por causa de las relaciones con otras personas, por ejemplo: sudoración, ritmo cardíaco, temblor de voz...