



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO

**Plan de cuidados a persona mayor con depresión y
Procesos familiares disfuncionales**

Autor/a: Lydia C. Roy Asensio

Tutor/a: Carmen Muro Baquero

CALIFICACIÓN.

- .
- .

INTRODUCCIÓN:

La depresión es una enfermedad del estado ánimo y su síntoma principal es la tristeza o descenso del humor. Se acompaña además tanto de repercusiones psíquicas (incapacidad para realizar actividades placenteras o incapacidad de disfrutarlas, pérdida de reactividad al entorno, sentimientos de culpa y desesperanza, ideas de muerte acompañadas por ideas de suicidio) como somáticas (pérdida de energía, cansancio, enlentecimiento psicomotor, pérdida de peso y apetito, sueño alterado). A partir de este abanico de síntomas asociados deriva la dificultad de su diagnóstico ya que cada paciente puede no percibir este descenso del estado de ánimo en toda su magnitud.^{1,2}

En la actualidad vivimos en una población envejecida con gran impacto a nivel económico y social cuyo mayor repercusión es en materia de la salud. La edad avanzada es un factor de riesgo de un gran número de trastornos así como el aumento de años vividos que ocasiona una mayor tasa de enfermedades crónicas que causan incapacidad.^{3,4}

El impacto que ejerce la depresión en la sociedad se mide en la mayoría de los estudios consultados mediante la tasa de prevalencia. En Europa, el estudio específico realizado sobre la depresión, EURODEP, que recoge datos de distintas ciudades, detecta una prevalencia global del 12,3% (14,1% en mujeres y 8,6% en varones).⁵ El 9-10% de la población mayor de 65 años atendida en consultas de atención primaria, la puerta de entrada a nuestro sistema nacional de salud, presenta algún episodio de depresión.⁶ En pacientes hospitalizados en unidades de agudos geriátricas no psiquiátricas, la prevalencia se sitúa en el 13,3%, incluso aumenta a lo largo de los días de estancia en el centro hospitalario⁷. Por último, el estudio consultado que relaciona el hábitat en el que viven los ancianos con la prevalencia de depresión, establece que del 10 al 50% de los pacientes institucionalizados en centros residenciales padecen algún episodio depresivo.⁸

Todos los estudios que tratan sobre la depresión en personas mayores, establecen el grupo de edad con una mayor frecuencia de depresión entre los 65 y 75 años y los varones tienen más dificultades que las mujeres en el reconocimiento de los síntomas depresivos y en la comunicación para pedir ayuda.⁹

La depresión es uno de los problemas de salud comunitaria mas prevalente en las poblaciones ancianas junto con el deterioro cognitivo. En la bibliografía consultada, encontramos que algunos autores tratan la coexistencia de ambos. En la depresión uno de los síntomas que más aquejan los ancianos es la falta de memoria y en cuanto a la depresión en personas con demencia, una de las múltiples explicaciones que existen, se explica como la reacción emocional del paciente al enfrentarse a sus problemas cognitivos. El paciente puede deprimirse al percibir su deterioro, y los futuros cambios que va a experimentar, etc.¹⁰

Para poder identificar y posteriormente actuar ante un paciente anciano con depresión, debemos conocer los factores de riesgo que predisponen la aparición de la enfermedad. Estos factores se agrupan en biológicos y psicológicos. En los factores biológicos se encuentran los genéticos, antecedentes familiares y somáticos, bioquímicas, metabólicos, en los que se incluye los neurotransmisores como la serotonina o dopamina cuya disminución en su eficacia o en su nivel en sangre provoca síntomas afectivos y son la base del tratamiento farmacológico. También la coexistencia de enfermedades crónicas incapacitantes favorece la aparición de episodios depresivos.¹¹

En cuanto a los Psicosociales, encontramos factores dependientes de la personalidad, son pacientes vulnerables las personas perfeccionistas, pulcras, autoexigentes, hiperresponsables y dependientes de los demás. Los acontecimientos vitales desencadenantes como jubilación, viudedad, falta de recursos adecuados de apoyo social, soledad, ruptura de la red familiar, dificultades económicas, marginalidad, frustraciones crónicas, agotamiento, pérdida de valores, son factores que pueden comportarse como desencadenantes de un trastorno depresivo.^{12,13,14}

El objetivo de este trabajo es elaborar un plan de cuidados para una persona mayor de 65 años y que padezca depresión. Este plan estará centrado en el diagnóstico Nanda de Interrupción de Procesos Familiares. Se utilizarán una serie de escalas de medida como Yasevage y Hamilton en cuanto a la depresión en general y el test de Apgar familiar para cuantificar el problema, así como varias escalas para medir la independencia de la persona para cubrir sus necesidades de autocuidados entre las que se encuentran la escala de Barthel o el índice de Katz, para después poder aplicar una serie de actividades tanto enfermeras como de otras disciplinas.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la depresión en personas mayores. Las escalas y técnicas identificadas en la literatura se utilizarán para realizar un plan de cuidados de enfermería según el modelo de Virginia Henderson.

Fruto de esta revisión de la literatura, he identificado los siguientes cuestionarios y escalas. La escala GDS de Yasevage y Hamilton, generales de depresión, nos aportan los datos del estado de ánimo del paciente. La escala de Yasevage consta de una serie de preguntas y se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha. La suma total se valorará: 0-10 Normal, 11-14 y >14 Depresión.

15

La escala de Hamilton es más completa, analiza una serie de ítems que son síntomas con valores del 0 al 4, cada valor tiene un grado de manifestación y la suma total permitirá conocer la gravedad del cuadro desde estado normal a que sea más que una depresión mayor.¹⁶

Para conocer el estado social del paciente, su red de apoyo y situación familiar realizamos el cuestionario APGAR FAMILIAR, que nos detectará la funcionalidad o disfuncionalidad familiar y la salud integral de familia desde el punto de vista del paciente. Se considerará familia a la(s) persona(s) con quien convive habitualmente. Es un cuestionario que consta de 5 ítems con unos valores en función de la respuesta del paciente, 0 casi nunca, 1 a veces y 2 casi siempre. La suma total nos indicará si la percepción de la

persona sobre la función familiar es: Normofuncional (7-10 puntos), Disfuncional leve (0-2) y disfuncional grave (3-6).¹⁷

Una vez identificada esta red de apoyo, ya sea familiar o de otro tipo, nos ayudara a conocer la capacidad funcional del paciente para satisfacer sus necesidades básicas y la ayuda que éste recibe mediante unos cuestionarios dirigidos a la familia. Utilizamos el índice de Katz o el de Barthel para evaluar el grado de dependencia para las actividades dirigidas al cuidado personal y a las actividades de la vida diaria. Mediante una serie de ítems como vestirse, alimentarse, movilidad, etc. a evaluar. Y la escala de Lawton y Brody para medir las actividades instrumentales de la vida diaria tales como el manejo de su economía, el uso de la medicación, utilización de aparatos domésticos, preparación de alimentos, realización de las tareas del hogar, etc. Como las anteriores se dispondrá de una serie de valores en función de las respuestas. Hay que tener en cuenta que la escala de Lawton y Brody es más útil en mujeres, ya que muchos varones no han realizado nunca algunas de las actividades que se evalúan.¹⁸

Mediante el Test del Cuidador conocemos como se percibe la situación del paciente por las personas que conviven con él, sus sentimientos y las cargas positivas o negativas así como el esfuerzo que supone la situación. Existen numerosos test y escalas que evalúan esta función, entre ellos destacamos la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit o el índice de esfuerzo del cuidador. Ambos constan de una serie de ítems y se aplican una serie de valores en función de la respuesta.¹⁹

Por otra parte en la revisión bibliográfica aparecen una serie de intervenciones de psicología que son útiles para este plan de cuidados. Están centradas en la persona mayor dependiente en que los distintos tipos de tratamiento serían: dirigidos al paciente como rehabilitación cognitiva mediante Terapias de orientación, estimulación psicomotora, musicoterapia y programas de estimulación física con actividades ocupacionales y tablas de ejercicio físico; Y dirigidas a la familia cuidadora como programas de apertura e inserción comunitaria que promoverían actividades para gestionar y/o asesorar sobre recursos sociales existentes, jornadas informativas, grupos de autoayuda, asistencia psicológica, etc.²⁰

DESARROLLO:

Primera etapa: valoración

El paciente que acude a la consulta de enfermería de su centro de salud, diagnosticado de depresión. En la primera sesión con el paciente comenzaremos con la etapa de valoración, utilizaremos la entrevista a modo de recogida de datos, tanto la escucha activa como la observación es muy importante, tendremos en cuenta los datos subjetivos y objetivos. En esta fase es cuando utilizaremos las escalas de valoración anteriormente citadas. La escala de Yasevage y Hamilton de depresión general y Apgar familiar. En una segunda sesión recogeremos los datos aportados por la familia o cuidador principal también mediante el uso de la entrevista. Facilitaremos las escalas de medida de dependencia del paciente, Índice de Katz, de Barthel y de Lawton y Brody.

Todos los datos obtenidos tanto del paciente como de la familia, serán registrados y ordenados según las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Segunda etapa: diagnóstico

Utilizamos las etiquetas diagnósticas Nanda (North American Nursing Diagnosis Association). También se prestará atención a los problemas de colaboración por si es necesaria la actuación con otros profesionales.²¹

En este plan de cuidados nos centramos en el de Procesos familiares disfuncionales **(00063)** que según la última actualización de la clasificación Nanda son los factores psicosociales, espirituales y fisiológicos de la unidad familiar están crónicamente desorganizados, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas y a una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas. Está relacionado con el cambio en el estado de salud de un miembro de la familia y manifestado por dependencia, incapacidad para satisfacer las necesidades emocionales y de seguridad de sus miembros y un deterioro de las relaciones familiares.

Tercera etapa: planificación

Una vez establecido el diagnóstico, definiremos los objetivos a conseguir (NOC), junto con las intervenciones (NIC) compuestas por una serie de actividades.

Para formular los objetivos finales a conseguir, utilizamos la Clasificación de Objetivos de Enfermería (NOC).²²

Cada objetivo deberá ir acompañado por unas intervenciones a realizar recogidas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Cada intervención se acompaña de una serie de actividades que la componen.²³

El primer objetivo es Mejorar los autocuidados: Actividades de la vida diaria **(0300)** y su intervención prevista es: Ayuda al autocuidado **(1800)**, definida por ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria. Las actividades propuestas son: Dirigidas al paciente, comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes. Considerar la edad y cultura del paciente al fomentar o promover las actividades de autocuidados. Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad y Establecer una rutina de actividades de autocuidados. Dirigidas a la familia: Enseñar a la familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada. Enseñar a la familia si fuera necesario técnicas de ayuda para realizar los cuidados así como la existencia de instrumentos que faciliten la realización de los mismos.

El segundo objetivo es Resistencia familiar **(2608)** y su intervención es Fomentar la implicación familiar, definida como: facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente **(7110)**. Las actividades correspondientes son: Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal. Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el paciente. Animar a los miembros de la familia y al paciente participar en el plan de cuidados. Observar la estructura familiar y sus roles. Proporcionar información crucial a la familia y el apoyo necesario para que tomen decisiones informadas. Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación de salud, sentimientos y conducta del paciente.

El último objetivo a lograr es Normalización de la familia **(2604)** y su intervención será Apoyo a la familia definida como estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares **(7140)**. Con actividades dirigidas a escuchar sentimientos y preguntas de la familia. Facilitar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre el paciente y la familia. Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas. Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el estado del paciente.

En este objetivo destaca la importancia de la intervención de apoyo al cuidador principal **(7040)**. Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente.

Actividades propuestas: Determinar el nivel de conocimientos del cuidador y la aceptación de su papel. Aceptar las expresiones de emoción negativa. Admitir las dificultades del rol del cuidador principal. Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, si procede. Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso. Observar si hay indicios de estrés. Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo. Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.

Cuarta etapa: Ejecución

La ejecución de este plan de cuidados tendrá lugar principalmente en la consulta de enfermería del centro de salud. Contara con la colaboración de todo el equipo de atención primaria así como de otros profesionales, psicólogos, psiquiatras y enfermería de salud mental, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, etc.

Quinta etapa: Evaluación

Por último la evaluación de este plan de cuidados consistirá en determinar si se han alcanzado los objetivos propuestos o no, si existe una mejoría del paciente tanto a nivel de salud como personal y en relación con su familia.

CONCLUSIONES:

El haber realizado una revisión bibliográfica a cerca de la depresión en personas mayores nos ha permitido conocer una serie de herramientas como cuestionarios, escalas e intervenciones de otras disciplinas que al aplicarlas a un plan de cuidados de enfermería mejoraran la calidad asistencial.

BIBLIOGRAFIA

- 1.** Agüera Ortiz L, Crespo Blanco J, Gibert-Rahola J, Henríquez Concepción R, Llorente Domingo P, Montes Rodriguez, et al. Manejo de la depresión en atención primaria. Almirall Prodesfarma;2001. 50.365-DOBR
- 2.** Jiménez Páez J, coordinador. Depresión en el anciano. ¿Otra epidemia del Siglo XXI?. Madrid: SEGG;2008.
- 3.** Tuesca-Molina R, Fierro Herrera N, Molinares Sosa A, Oviedo Martínez F, Polo Arjona Y, Polo Cueto J, Sierra Manrique I. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Baranquilla, Colombia. Rev Esp Salud Pública.2003;77(5): 595-604.
- 4.** Arrieta Antón E, García Alonso A. Efectividad de las Pruebas Psicométricas en el Diagnóstico y Seguimiento de Deterioro, Depresión y Ansiedad en las Personas Mayores. Clínica y Salud.2009;20(1):5-18.
- 5.** Copeland J, Beekman A, Braam A, Dewey M, Delespaul P, Fuhrer R. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. World Psychiatry.2004;3(1):45-49.
- 6.** García Serrano M.J., Tobías Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. Aten Primaria.2001;27(7):78-86.

- 7.** Rozzini R, Tony Sabatini T, Ranhoff AH, Trabucchi M. Depression in older medical patients. *Journal of Gerontology*.2007;62:796-798.
- 8.** Rojano P, Calcedo A, Losantos R. Influencia de los factores psicosociales en los trastornos depresivos en una residencia geriátrica. *An Psiquiatr*.1992;8:199-204.
- 9.** Sánchez gil Y, López Medina A, Calvo Rodríguez Calvo M, Noriega Fernández L, López Valdés J. Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años. *Rev haban cienc méd*.2009;8(4):0-0.
- 10.** Arrieta Antón E, García Alonso A. Efectividad de las Pruebas Psicométricas en el Diagnóstico y Seguimiento de Deterioro, Depresión y Ansiedad en las Personas Mayores. *Clínica y Salud*.2009;20(1):5-18.
- 11.** Agüera Ortiz L, Crespo Blanco J, Gibert-Rahola J, Henríquez Concepción R, Llorente Domingo P, Montes Rodriguez, et al. Manejo de la depresión en atención primaria. *Almirall Prodesfarma*;2001. 50.365-DOBR
- 12.** González Ceinos M. Depresión en ancianos: Un problema de todos. *Rev cubana Med Gen Integr*.2001;17(4):316-20
- 13.** Tomás Aznar C, Moreno Aznar L.A, Germán Bes C, Alcalá Nalvaiz T, Andrés Esteban E. Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. *Rev Esp Salud Pública*.2002;76:215-226.
- 14.** Monforte JA, Fernández C, Díez J. La depresión en el anciano que vive en residencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1998;33:13-20

- 15.** Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches M, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, et al. Versión española del cuestionario de Yasevage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. MEDIFAM. 2002;12(10):620-630.
- 16.** Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. Med Clin. 2003;120:693-700.
- 17.** Bellon Saameño JA, Delgado Sanchez A, Luna del Castillo J, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-Familiar. Aten Primaria. 1996;18(6):289-96.
- 18.** Abizanda Soler P, Gallego Moreno J, Sanchez Jurado P, Diaz Torres C. Instrumentos de Valoración Geriátrica Integral en los servicios de Geriátrica de España: uso heterogéneo de nuestra principal herramienta de trabajo. Rev Esp Gerontol. 2002;35(5):261-8
- 19.** Saiz Ladera G, Bordallo Huidobro J, Garcia Pascual J. El cuidador como paciente. Form Med Contin Aten Prim. 2008;15(7):418-26.
- 20.** Rodriguez Benito C. Intervención del psicólogo con los mayores. Psicóloga Clínica. Máster en Gerontología.
- 21.** Herdman H, coordinador. Nanda Internacional Diagnosticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Ed 2009-2011. Barcelona: Elsevier Nosby;2010.
- 22.** Moorhead S, Johnson M, Maas H, Swanson E, coordinadores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª edición. Barcelona: Elsevier Mosby;2009.
- 23.** Bulechek G, Butcher H, McCloskey J, coordinadores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª edición. Barcelona: Elsevier Mosby;2009.