

## TEMA I: INTRODUCCIÓN

1. Vulnerabilidad Cognitiva: rasgos q nos hacen vulnerables a la depresión o provocan trastornos psicológicos. La vulnerabilidad cognitiva estima q factores o rasgos en nuestra forma de pensar nos hacen más o menos susceptibles a la depresión.

Según Karel las personas cn mas edad son menos vulnerables a la depresión y mayor vulnerabilidad física. Las personas de edad tienden a dar respuestas extremas.

\* ! EDAD = ! V. COGNITIVA = ! V. FÍSICA

\* 1 2 3 4 5 6 ! respuestas de test

mayoría respuestas

Las personas más autoexigentes, mayor motivación de logro, tienen mayor nivel de vulnerabilidad cognitiva, y por tanto es mas vulnerable a la depresión: Patrón tipo A, personas con un índice de ataques al corazón grandísimo independientemente de padecer factores de riesgo, explican tanto logros como fracasos desde ellos mismos.

El DAS mide nuestra vulnerabilidad cognitiva hacia la depresión.

2. Estrés: demanda ambiental q se percibe como imposible de responder o como carencia de mecanismos para satisfacerla. No todos los tipos de estrés son malos. Es mayor en personas mayores q en los jóvenes. La falta de estrés puede hacer caer el rendimiento.

\* RENDIMIENTO / ESTRÉS

R.Alto ! Estrés ! Rendimiento

½ Estrés !Rendimiento

! Estrés !Rendimiento

R.Bajo

E.Bajo E.Medio E.Alto

En ancianos institucionalizados la religión es uno de los mecanismos más importantes d afrontamiento del estrés, aunq posiblemente no es las más eficaz; otros mecanismos son: apoyo en los demás, contar los problemas a otras personas, afrontarlos activamente y la negación de los problemas.

Utilizamos la Escala COPE para evaluar los modelos de afrontamiento del estrés. Resultados:

– a + tiempo de institucionalización, – se utiliza la religión

– a + tiempo de institucionalización, – se utiliza el afrontamiento activo

- a + nivel de depresión, + se utiliza la negación
- a +6 utilización de negación, – percepción del bienestar subjetivo

## TEMA II: MULTIDISCIPLINARIEDAD E INTERDISCIPLINARIEDAD

1. Definición de conceptos para evitar confusiones: Ambos conceptos son indisociables, siempre van unidos, pero es imp precisar q es cada uno y conocer las dificultades para llevarlos a la práctica.

a) Multidisciplinariedad: reconocimiento de las diversas disciplinas q desde dif campos van a desarrollar sus teorizaciones y en consecuencia su aplicación práctica. Cada disciplina plantea un abordaje distinto de los mismos problemas.

b) Interdisciplinariedad: Interacción de las diferentes disciplinas q en det circunstancias van a ponerse en contacto para abordar un problema. No es posible sin multidisciplinariedad. Es sumamente compleja por lo difícil de trabajar en grupo respetando las diferencias.

### 2. Al trabajar en equipos intercisciplinares hay q renunciar a:

- Imponer nuestro criterio: esto puede desvalorizar a los profesionales en los q estamos trabajando.
- Diluir responsabilidades: nadie quiere hacerse responsable de nada.
- La dispersión o la resistencia anti-trabajo: definir el encuadre espacio- temporal. Se observa más en hombres q en mujeres.

Lo mejor sería nombrar un coordinador del trabajo. En equipos psiquiátricos lo ideal es q las reuniones seas una vez a la semana, de una duración de no más de hora y cuarto. La tarea grupal consiste en comentar casos q plantean algún problema, haciendo una reflexión y priorizando el nivel de intervención más adecuado en un momento dado.

### 3. Dificultades de intervención:

- Coordinación: priorizar el grupo y evitar la derivación hacia temas personales.
- Detectar rivalidades profesionales
- Evitar q alguien se posicione como líder
- Valorar a todos los miembros del equipo

Una de las cosas q mas motivan en el trabajo en equipo es q se puede escuchar y ser escuchado, sentirse útil. Existe la problemática afectiva, ya sea personal como grupal (envidia, trepas...).

### 4. Ventajas del trabajo en grupo:

- Disminuye las consultas entre distintos profesionales
- Disminuye pluri-medicación
- Disminuye rechazo o abandono ante casos difíciles

- Crecimiento personal y profesional

Este aprendizaje no tiene nada q ver cn q se desdibujen los roles profesionales de cada uno, ya q se mantienen las funciones propias. La educación debe basarse en el equipo para saber trabajar en equipo.

#### 5. Profesionales q conforman un equipo interdisciplinar en un geriátrico:

- Trabajador social: apoyo social, soledad en personas mayores, informa a la familia
- Médico: especializado en psicogeriatría.
- Enfermera: detecta problemas de autonomía, muy en contacto cn los ancianos
- Psicólogo: modificar conductas individuales y grupales.
- Animador socio- cultural: capacidad para captar la madurez del grupo y dinamizarlo

### TEMA III: ENVEJECIMIENTO NORMAL

No existen muchos estudios sobre envejecimiento normal. La mayoría de las

definiciones de envejecimiento tienen un punto de vista patológico. Casi todas se engloban en dos grupos:

- Connotación peyorativa: es hacerse viejo, deteriorarse, gastarse...
- Acumulación de años, sabidurías, experiencias...

Pero uno no envejece de pronto, desde q nacemos comenzamos a envejecer.

- Definición cronológica: aquel q tiene 65 años o más (temas legales) No todos envejecemos de la misma manera, aunq los 80/ 85 años aparece un fenómeno real de envejecimiento
- Definición sociológica: cuando se jubila la persona, aunq hay prejubilados
- Psicológica: no hay definición de vejez, no es sinónimo de declive.
- Sistémico: no se centra en la persona con su problema sino analizado como parte de un grupo, parte del sistema.

#### 1.Etapas del ciclo vital:

- Familia formada por pareja sin hijos
- Familia con hijos en edad preescolar(0– 5 años). Etapa de crianza
- Familia con hijos en edad escolar (6– 12 años)
- Familias con hijos en edad adolescente (13– 18 años)
- Familias con hijos en proceso de emancipación
- Familias con hijos fuera del hogar: Nido Vacío

- Parejas retiradas de más de 65 años

## 2. Ppales estresores del ciclo vital:

- Tensiones intra-familiares
- Tensiones financieras
- Tensiones del trabajo y la familia
- Tensiones por enfermedades
- Tensiones conyugales
- Tensiones por embarazos

## 3. Envejecimiento Normal: Hablar de envejecimiento no es hablar de demencia,

aunq a mayor edad mayor probabilidad exista de padecerla. El envejecimiento normal se caracteriza por:

- Cambios lentos
- Cambios continuos
- Afectan a dif áreas y funciones cognitivas
- Los cambios no impiden q se funcione en normalidad

\*Inteligencia: La inteligencia se mide en test psicométricas. En las primeras investigaciones se obtuvieron resultados sorprendentes ya q a partir de los 25 años comienzan a bajar las puntuaciones, aún así las últimas realizadas señalan q es a partir de los 50 en q hay puntuaciones considerablemente más bajas. Los Test psicométricos se dividen en dos escalas: verbal y numérica. Las puntuaciones caen más rápido en la escala numérica.

\*Cerebro: se subdivide en los hemisferios izquierdo y derecho, ambos en contacto en el cuerpo calloso. En el hemisferio izquierdo se encuentran las aptitudes en aspectos lógicos, simbólicos, numéricos y verbales. En el derecho las aptitudes manipulativas: puzzles, música, ... Se deteriora más q el izq.

\*Lenguaje: Cuatro aspectos: léxico, fonológico, sintáctico y semántico. En conjunto los cuatro mantienen bien preservadas sus funciones, pero en el aspecto semántico descubrimos q a partir de los 80 años las personas tienen más problemas para evocar palabras.

\*Memoria: en el envejecimiento normal la queja es más subj q objetiva. La más

frecuente es q se está perdiendo la memoria. Algunos aspectos de la memoria se debilitan más q otros, incluso alguno mejora como la memoria a largo plazo (MLP).

La memoria es el proceso cognitivo q permite almacenar datos, experiencias y sensaciones para su recuerdo y uso posterior. Se desglosa en almacenes especializados:

.-memoria sensorial o registro sensorial: la inf llega por una vía sensorial (oídos, ojos, tacto...) y sólo si es

atendida pasa al segundo almacén, en caso contrario se pierde. Encontramos Memoria icónica(visual), que se deteriora en el tiempo, y memoria ecoica (sonido).

.-memoria a corto plazo o de trabajo: es limitada, la reactivamos constantemente. La persona mayor es más lenta que la joven en la reproducción pero responde en menos errores.

.-memoria a largo plazo: capacidad ilimitada, guarda inf de hechos recientes o cosas q pasaron en el pasado. La retención de la inf remota está muy bien preservado. El problema esta en las estrategias para memorizar.

Estos tres almacenes son independientes pero están interrelacionados unos con otros. No se puede decir q la MLP está bien preservada pq las personas mayores prestan mayor atención al pasado. En el envejecimiento normal no observamos problemas de memoria sino q existen dificultades para codificar la inf, organizar el material, y estrategias de recuerdos. La variabilidad en los déficits es enorme puesto q existen muchas dif entre las capacidades de unos y otros. Hay déficits q achacamos a la edad y q tienen q ver más en otros factores tipo depresión, soledad... Según estudios, las personas en mayor escolarización tienen mayor nivel de vida y en una actividad diaria en menor déficit neuropsicológico.

#### TEMA IV: ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO I: DEMENCIAS

En las demencias hay q considerar el entorno urbano y el entorno rural. El tipo de personalidad del cuidador influirá en el grado de ansiedad de cara a afrontar el cuidado de un anciano demente:

–Indv. Reflexivo: (maduros) hacen una evaluación del problema, pros, contras...

–Indv. No Reflexivo: (Inmaduros) en caso de disponer de medios econ delegan el cuidado sin evaluación previa.

–Intermedios: media de la población, Guardan un mayor nivel de ansiedad ante el cuidado de los mayores demente pq se encuentran en conflicto interno.

##### 1.Demencia y deterioro cognitivo:

\*Deterioro clínico: síndrome (conj de síntomas) q puede aparecer en cualquier persona, sobre todo a partir de cierta edad, y q algunos casos puede conducir a la demencia aunq no todas las personas con deterioro acaban siendo dementes. Los síntomas son: olvidos frecuentes, alteraciones del estado emocional, problemas de concentración, la alerta mental se reduce.

El Test q usamos para identificar si existe deterioro nulo, leve, moderado o grave es el SPMSQ.

\*Pseudo demencia: en evaluación el anciano se comporta como un demente pero realmente el cerebro del anciano no tiene problemas, en realidad estamos ante una depresión.

\*Demencia: síndrome multifactorial adquirido, sin alteración de la conciencia, persistente, difuso, severo, cursa lentamente y comienza con debilitamiento de la memoria a corto plazo. En la primera fase es consciente, se le olvidan cosas básicas , como nombres, y poco a poco todas las facultades superiores, inteligencia, memoria... incluida la personalidad.

##### 2.Diferencia entre demencia y depresión (pseudodemencia):

\*Fecha de comienzo: es difícil de precisar en la demencia mientras q en la pseudodemencia es bastante fácil.

\*Pérdida de memoria: en la demencia suele ser vaga mientras en la pseudodemencia es muy detallada.

\*Respuestas tipo no se: en la demencia es infrecuente, todo lo contrario ocurre en pseudodemencia en q encontramos muy frecuentemente estas respuestas tipo.

\*Ritmo de progresión: en la demencia es muy lenta, en la pseudodemencia muy rápida.

\*Quejas autoreferidas a su memoria: el demente intenta ocultarlo, el pseudodemente se queja constantemente.

\*Pérdida social: en el demente se produce poco a poco, mientras en el pseudodemente ocurre rápidamente.

\*Antecedentes psiquiátricos: en la demencia no suelen encontrarse antecedentes, en la pseudodemencia si q suelen darse.

\*Emociones y afecto: en la demencia suelen ser muy variables, en pseudodemencia se traduce en tristeza y preocupación.

\*Esfuerzo para ejecutar tareas: el demente pone todo su interés, mientras el pseudodemente suele abandonar las tareas.

\*MCP y MLP: en la demencia observamos sobre todo alteración en la MLP, en la pseudodemencia, sin embargo, se ve afectada por igual la MLP como la MCP.

\*Atención y concentración: en la demencia están muy alteradas ambas, en la pseudodemencia frecuentemente no existen alteraciones.

### 3.Fases de la demencia:

\*D.Leve: el deterioro de la act profesional es alto , así mismo aparece deterioro social y pérdida de autonomía.

\*D.Moderada: autonomía totalmente alterada, la persona puede llegar a representar un peligro para lo demás y para él mismo.

\*D.Grave: la persona nec control constantemente. No se le puede dejar solo.

### 4.Diagnóstico clínico de demencia:

1º– Evaluación de la memoria: el fallo en la memoria es lo primero q se detecta.

2º– Fallo en orientación: pérdidas en orden sig:

.–Espacial (dónde está mi casa)

.–Temporal (día en q estamos)

.–Personal (yo quién soy)

3º– Fatigabilidad: dificultad de comunicación, se cansan mucho pq les cuesta +

4º– Lenguaje: pobre, lento, viscoso (afasia)

5º– Falta de capacidad de juicio: lógica...

6º– Afectividad: en la primera fase es consciente, está triste, deprimido, agresivo. A lo largo de la enfermedad

son personas muy apáticas.

7º– Cambios en el ciclo arcadiano: vigilia, no regula noche y día, se vuelven más activos por la noche y menos por el día.

8º– Prevalencia: por encima de los 90 años es altísima, y es mayor en mujeres q en hombres.

#### 5. Tipos de demencias (clasificaciones):

D. Primaria: irreversible, cn origen desconocido (ideopático)

D. Secundaria: reversible.

D. Cortical: afecta a la corteza cerebral (alzheimer)

D. Subcortical: afecta al cerebro por debajo de la corteza.

D. Seniles: mayores de 65 años

D. Preseniles: menores de 65 años

D. Degenerativas: afectan al tejido nervioso

D. Vasculares: afecta a sist vascular, multi–infarto.ç

D. Tratable y reversible: solución viable, desaparición de demencia

D. Tratable pero poco o nada reversible

D. No tratable e irreversible: parkinson, alzheimer, esclerosis múltiple...

La demencia más frecuente es el alzheimer, seguida de la multi–infarto, las alcohólicas, los tumores cerebrales y el parkinson.

#### 6. Tratamiento de los cuadros demenciales:

##### \*T. General:

- .–Tratar complicaciones médicas
- .–Controlar la plurimedicación
- .–Evitar cambios de domicilio
- .–Evitar fracturas
- .–Corregir los defectos sensoriales

##### \*T. Específico:

- .–Tratamiento farmacológico

.-Asistencia a familias (inf, entrevistas...)

.-Asistencia institucional

## TEMA V: ENVEJECIMIENTO PATOLÓGICO II: ALZHEIMER

1.Alzheimer: El deterioro clínico es la antesala q conduce a la demencia. El alzheimer comienza cn faltas en la MCP y poco a poco la atención va empeorando más. Alteración de la capacidad cognitiva y de la personalidad.

2.Teorías q explican el Alzheimer: No se sabe el origen pq no hay datos fijos. No tiene cura.

\*T. Proteica: la codificación de una proteína está alterada de tal manera q empieza a acumularse de manera descontrolada perdiéndose las conexiones memoriales.

\*T. Infecciosa: parece ser q hay un virus q podría afectar a la enfermedad.

\*T. Genética: no es la teoría estrella, no siempre es posible.

\*T.Tóxica: la enfermedad está derivada de la concentración de det metales en el cerebro.

\*T. Colinérgica: disfunción a nivel bioquímico en el cerebro.

3.Aspectos psicosociales del Alzheimer: Distinguimos dos bloques:

\*Efectos del Alzheimer en profesionales: Se conoce como **Burn-Out**. Se da una probabilidad máxima en profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer. El primer autor q delimita el concepto es Maslach que declara q es el precio q hay q pagar por trabajar con los demás. Es distinto a una depresión o al estrés laboral. Suele afectar más a las personas sin pareja, a los hombres y a los más jóvenes, personas vitalistas, optimistas, perfeccionistas y coherentes. Afecta a la vida personal o familiar del profesional en cuestión.

.- Síntomas:

·Agotamiento: cansancio emocional, psicológico, físico...

·Despersonalización: incapacidad de tratar a los usuarios como personas, de ofrecer cariño, robotización. Sobre todo en hombres.

·Disminución del rendimiento: menos productividad y eficacia profesional escasa.

.- Efectos:

·Absentismo: frecuentes bajas por enfermedad

·Desmotivación: en las reuniones pone muchas pegas, muy negativo

·Cambio de trabajo

·Propenso a accidentes

.- Sintomatología:



- Aumenta actitudes/ conductas violentas
- Se tiende a comer y fumar más
- Variaciones en estabilidad emocional, elasticidad profesional...cambios de humor frecuentes
- Atención selectiva: solo me fijo en los aspectos negativos, descontento aumenta las críticas.
- Prevención: Si la pers ya ha tenido la exp, pers o externa, en el manejo de la ansiedad será más fácil para ella prevenirla y/o asimilarla: Los mecanismos son:

- Tratamiento indiv
- Apoyo de los compañeros: social, emocional, técnico...
- Entorno de trabajo
- Mejorar la comunicación, regular horarios a nivel de institución

En el sit formal en q trabajamos existen entidades públicas y privadas cn características muy dif. Además de la plantilla de voluntariado.

\*Efectos del Alzheimer en la familia:

·– Enfoque sistémico:

- El obj de toda org familiar es conservar la homeostasis (equilibrio)
- Las estrategias de afrontamiento de la familia (mitos, miedos, valores...)se transmiten a través de la misma definiendo como la familia va a enfrentarse a los problemas.
- Las familias rígidas son las más propensas a las dif patologías.
- Mesa de billar*: Cualquier cambio en un miembro de la familia afecta a todo el grupo.
- Límites externos*: la familia q los conserva es una familia sana
- Límites internos*: individuación, intimidad, triángulos...
- Comunicación de la familia
- Contexto cultural*: ejem: el cuidador ppal ha de asumir un rol tradicional y cumplir las expectativas expresadas por el mismo
- Estresores: Al surgir el problema en la familia, el impacto será más o menos amortiguado por:
- Estresores horizontales*: tradiciones familiares, actuaciones no predecibles...
- Estresores verticales*: cúmulos de secretos, mitos, actitudes... q se transmiten de generación en generación.
- Tipos de familias:

*·Según Steele & Raider:*

- Sist familiar cerrado: centrado en sus propios miembros, comunicación autoritaria
- Sist familiar abierto: más democrático, respeto
- Sist familiar Azaroso: ambiguo, casi no hay comunicación, cada uno va por su lado.

*·Según Olson:*

–Variable de cohesión: vínculo emocional: comprobar el equilibrio entre individuación e identificación familiar. Tipos:

.Desvinculadas

.Separadas

.Conectadas (+ patológicas)

.Enredadas

–Variable de adaptabilidad: habilidad de sist material o familiar para cambiar su estructura de poder, roles, estilos de negociación, reglas... Manejan el poder cn asertividad y no cn control y disciplina. Tipos:

.Rígidas

.Estructuradas

.Flexibles (+ patológicas)

.Caóticas

*·Según Beavers & Hampson:*

–Familias óptimas: alta adaptabilidad, flexibles, respeto de los límites e individualidad. Comunicación y organización.

–Familias adecuadas: sin habilidad de negociación, roles estereotipados, funcionan a pesar del posible coste en soledad y dolor de algunos miembros.

–Familias centrípetas medias: rechazo de la ira o inconformidad. Somatización y depresión ligera, estereotipos de género muy marcados.

–Familias centrífugas medias: lucha por el poder en la díode marital. Poco tiempo en casa. Lección aprendida: para sobrevivir hay que manipular.

–Familias mixtas medias: según el momento y según que hijo se desplaza de un polo a otro. Buena imagen social. Conducta de escape aceptada como trabajo en exceso.

–Familia centrípeta limítrofe: uno de los miembros de la pareja es el que controla, el otro es sumiso. Alta agresividad verbal. Coaliciones Madre– hijo, padre– hija. Anorexias y obsesiones.

–Familia centrífuga limítrofe: fuertes disputas conyugales, ira expresada sin control, niños en tierra de nadie, no hay apoyo, acciones imprudentes, depresión.

–Familias centrípetas con disfunción grave: sin contacto externo. Bloqueo evolutivo. Esquizofrenias, alcoholismo.

–Familias centrífugas con disfunción grave: ausencias, huidas, deserciones...Agresividad manifiesta en acciones. Norma: burla y desprecio. Naturaleza antisocial.

·– Factores que favorecen la adaptación familiar:

·Proceso de individuación

·Proceso de absorción: personalidad de la mujer cuidadora, guía para tomar decisiones, felicidad de otros, yo sin límites...independiente, autónomo, autocontrol...

·Proceso de información:

–Percepción: sobre uno mismo y los demás, diferenciar necesidades

–Comunicación: ajustarse requiere negociar, reestructurar roles, tareas, asuntos pendientes...

·– Relación Padres– hijos : cuidado de los más ancianos en familias con sistema de cuidado intergeneracional, solidaridad normativa. Inversión de roles. Preocupación: distancia de las viviendas, impacto de la demencia, personalidad del enfermo... Tareas de cuidado de los hijos hacia las madres, intensificación del patrón existente, reparto de responsabilidades, mayores recursos sociales.

·Factores:

–Proximidad de la vivienda

–Nivel de dependencia del enfermo (AVD)

–Percepción del tiempo de dependencia (hasta cuando)

–Sentido de la responsabilidad filial (sentido de la religiosidad)

·Otros Factores:

–Estructura familiar: número y género

–Historia: alianzas, conflictos, secretos

–Vínculos extrafamiliares: cónyuges

–Valores

·Estilos de participación, Roles que asumen los hijos:

–Rutina: casa, estado, apoyo económico

–Apoyo secundario: delegado en otro

–Circunscrito: tareas concretas

–Disociativo: eludir responsabilidades

–Esporádicos: hijo favorito, rechazo hijos rutinarios

.- Diferencias de Género:

·Dedicación femenina: poco refuerzo, sólo el esperado

·Dedicación masculina: muy reforzado, inusual, meritorio.

–Roles instrumentales: mantenimiento económico (asignados al hombre, dificultad del hombre a adaptarse a nuevos roles)

–Roles expresivos: afectivo (asignados a la mujer los roles de cuidado de otros, profesiones de ayuda: mayoría femenina)

Hoy en día se valora que la mujer realice roles de hombre pero no lo contrario. Según Lebr: las hijas solteras cuidan más de los padres que las casadas, las hijas únicas tienen dificultades para tomar solas la decisión de institucionalizar al enfermo.

Las madres cuidadoras deben adaptarse además a las exigencias evolutivas de su miedo familiar.

Existen diferencias entre las cuidadoras jóvenes: mayor depresión e insatisfacción, y las cuidadoras mayores: menor hedonismo y mayor estoicismo.

Las mujeres manifiestan en general mayor nivel de estrés que el hombre, se expone más en su rol de cuidadora, se exige más. Los varones suelen delegar la responsabilidad en sus mujeres.

El reto personal de la mujer de ser: ser consciente del bagaje cultural interiorizado de la conducta diaria, actitudes, decisiones... Congruencia estrés y sobrecarga. Buscar la posición.

\*Aspectos psicosociales en el enfermo: Si hay un rasgo que sea característico en el enfermo de alzheimer es la ansiedad, que se manifiesta en tres fases:

1ª Fase– Miedo: se manifiesta a nivel cognitivo (es consciente de lo que le pasa)

2ª Fase– Inquietud: la respuesta es de tipo fisiológica (cambios metabólicos),

somatiza la ansiedad, es quizás cuando se da el mayor golpe de

ansiedad, no todo el mundo reacciona igual.

3ª Fase– Inseguridad: la persona ya está en cama, pero puede aparecer

agresividad y agitación motriz.

Los signos más visibles de la ansiedad son la agitación motriz y la agresividad. Los hombres viven con más dureza la enfermedad y cuanto más joven es mayor es el grado de ansiedad, aunque influye mucho el carácter, la inteligencia...de cada enfermo.

.- Síntomas de angustia:

- Deambular, comer y hablar sin parar
- Meterse cosas en la boca
- Inquietos por la noche
- Autolesiones
- Miedo e inseguridad

Otras respuestas que generan conflictos, tanto al enfermo como a la familia, son los trastornos de memoria, desorientación, agnosia (dificultades para identificar objetos), afasia (pérdida de la capacidad de hablar), apraxia (incapacidad para hacer gestos complicados) nerviosismo, ilusiones (confunde la realidad de las cosas), alucinaciones, ideas delirantes (sospechas), paranoias, actos repetitivos, depresión, suicidio, incontinencias, insultos, quejas, apatía, malnutrición...

.- ¿Qué hacer?: Estimular cognitivamente y afectivamente al enfermo mediante las siguientes técnicas:

- Estimulación de la memoria: adivinanzas, canciones, refranes...
- Técnicas de orientación en la realidad: diariamente, recordar fechas, nombres, direcciones...
- Musicoterapia: recordad épocas, lugares...
- Reminiscencias: contar todo lo que recuerda del pasado
- Refuerzo positivo
- Hergoterapia: trabajos manuales
- Estimulación social
- Estimulación física: paseos, ejercicios, juegos...

.- Trastornos emocionales en los cuidadores: Entre la mente y el cuerpo del cuidador se crea un circuito cerrado, retroalimentación negativa permanente. Hay tres elementos que incrementan las sensaciones dolorosas.:

- Ambiente que rodea al anciano
- Pensamientos negativos
- Reacciones físicas: somatización de síntomas y miedos
- Pensamientos automáticos: son muy rápidos, irracionales y hieren, comportan estrés, obsesiones, dramatización... Son pensamientos que captan todo lo negativo. Son aprendidos.

.- Técnicas psicológicas para cuidadores:

- Interrupción del pensamiento

- Sustituir pensamiento
- Solución del problema:
  - Identificar situaciones problemáticas
  - Describir detalladamente la sit
  - Ver estrategias alternativas
  - Consecuencias
  - Evaluar resultados
- Visualización: proyectar en la mente lo que quieres conseguir, ver lo positivo.
- Reeducar al cuidador para que distinga entre lo urgente y lo importante:
  - establecer prioridades
  - controlar tiempo
  - controlar volumen de tarea
- Pensamientos automáticos más frecuentes en ancianos:
- Filtraje: a partir de un pequeño detalle imagino lo demás
- Pensamiento polarizado: Blanco o negro; bueno o malo
- Visión catastrófica

#### 4.Sobrecarga, Estrés, Depresión, Ansiedad, duelo:

\*Estrés: una persona está bajo estrés cuando ha de hacer frente a demandas que

le resulta difícil satisfacer. Todos no nos tomamos las cosas de la misma manera, es un factor subjetivo.

·–Las situaciones que predisponen al estrés: incertidumbre, cambio, falta de inf, falta de habilidades... estas sit pueden provocar ansiedad y sobrecarga.

·– Ppales estresores en rel al cuidado del enfermo de alzheimer:

- Conducta agitada.
- Conducta imprevisible.

·– Estresores en estrecha rel con la depresión:

- Deficit de memoria.
- Opérdida de habilidades de comunicación.

·Declive gradual.

·Decisión de institucionalización.

.- Cuidadora ppal. características:

·Asume tareas de cuidado del hogar.

·Los demás la perciben como que asume toda la responsabilidad en las tareas de cuidado.

·El cuidado no se haya remunerado.

·El tiempo mínimo es de 6 semanas a 3 meses.

\*Sobrecarga: estado psicológico resultado de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales y demandas económicas que surgen d los requerimientos del cuidado del paciente. Depende de:

-Tipo de enfermedad

-Momentos álgidos: diagnóstico de la enfermedad y cercanía de muerte

-Tareas a llevar a cabo: mantener dinámica familiar y cuidar al enfermo

.- Tipos de sobrecarga: Existe una proporción directa entre ambos

·Subjetiva: en rel con los sent, actitud de cuidados y tareas. Ajuste marital

·Objetiva: en rel con tareas concretas y acciones a llevar a cabo. Status social.

.- Perspectiva de género: los déficits en el funcionamiento del anciano en la vida diaria provoca más sobrecarga en el varón, siendo la parte afectiva como el deterioro personal la que más afecta a la mujer. Las esposas que viven con el enfermo experimentan mayor sobrecarga, las hijas cuidadoras manifiestan baja satisfacción vital y falta de apoyo social.

.- Dimensiones de sobrecarga:

·Dependiente del tiempo (no tengo ni un minuto de descanso)

·Evolutiva (esperaba otra cosa de la vida en este momento)

·Física (me siento enfermo con esta lucha)

·Social (no realizo mi trabajo como antes)

·Emocional (estoy apático)

La decisión de institucionalizar al anciano es un momento de sobrecarga. Las esposas con cónyuges institucionalizados experimentan más sobrecarga evolutiva y física. El tipo de vinculación influye en la cantidad y tipo de sobrecarga percibida.

\*Depresión: los grupos de máximo riesgo son los cónyuges y los hijos/as adultos que conviven bajo el mismo

techo. El estrés de los cuidadores es más sub que el de los enfermos. Los niveles educativos y económicos influyen en la mayor presencia de síntomas depresivos de manera inversamente proporcional:

- nivel educativo y econ + síntoma de depresión

- + nivel educativo y econ – síntoma de depresión

.- Factores rel con la depresión de los cuidadores:

· Sucesos positivos:

- disponer de tiempo para dormir o leer

- sentirse aceptados, con energía, bien preparados

- encontrar sentido a la vida y reír

· Sucesos negativos:

- preocupación por la salud

- conducta no saludable: comida, basura, tabaco, alcohol...

- sentirse aislado

.- Modelos explicativos de la depresión y el estrés:

· Frontera ambigua: son 14 ítems que miden el grado de inseguridad y preocupación del cuidador respecto al paciente. Hasta que la mujer no perciba a su esposo como ser en deterioro progresivo, hasta que no se despiden de su marido muerto, estará bajo los efectos de las fronteras ambiguas.

· Autoridad: necesaria para reorganizar el sist, tomar decisiones... Si un cuidador no se percibe a sí mismo con autoridad suf para dominar sit, su nivel de depresión se incrementará, aumentando el uso de estrategias de afrontamiento.

.- Afrontamiento: Lazarus & Folkman: dif entre estrategias dirigidas a la emoción y las dirigidas al problema. Proceso:

· Asumir el cuidado: (dudas, incertidumbres...)

- diálogo de uno mismo

- búsqueda de consuelo espiritual

- descarga emocional

· Llevar a cabo las tareas de cuidado: (sobrecarga)

- resolver cuestiones instrumentales

- uso de recursos: protectores y selectivos



- Invertir el proceso: (al límite de las fuerzas)
- tomar decisión de institucionalizar al anciano
- cuidados invisibles

Más estrategias de afrontamiento son:

- Relajación (aspectos prácticos)
- Búsqueda de apoyo social (aspectos emocionales)
- Aceptación/ resignación
- Estoicismo: ocultar sentimientos a los demás
- Deseabilidad: no ayuda

\*Duelo: síntoma de pérdida. Demencia: pérdida progresiva, duelo anticipatorio.

.- Fases:

- Negación: desborde de sentimientos. Miedo al futuro
- Cólera: conducta del demente: Anhelo de la figura perdida. Vergüenza, desconcierto...
- Depresión: conviene salir pronto. Afrontamiento, olvido de necesidades
- Aceptación: ayuda adecuada. Desarrollo interno, frontera ambigua

.- Duelos Patológicos:

- D. Inhibido: autocontrol. No expresión de sentimientos
- D. Aplazado: se aplaza la pena. Cuanto más se aplaze mayor será el desbordamiento. Reacciones emocionales descompensadas.
- D. Crónico: momificación, memorización, identificación, idealización (2 años)

5. Alzheimer y Trabajo social: El objetivo de las asociaciones de alzheimer es enseñar a las familias a vivir con un enfermo de alzheimer, sabiendo que cuentan con el apoyo y la orientación del centro. Servicios que ofrece:

- Informar y orientar a la familia (T.s./entrevista de choque)
- Asistencia social:
- Calificación de minusvalía
- Información sobre pensiones no contributivas
- Ayuda a domicilio, teleasistencia

- Inf sobre residencias, centros de día...
- Apoyo legal
- Ayuda médica especializada
- Terapia apoyo psicológico para la familia
- Voluntarios que acuden a domicilios
- Cursos de formación familiar
- Apoyo psicológico a cuidadores
- Conferencias, talleres...

El trabajador social es la persona que lleva a cabo el primer contacto con la familia que suele estar muy desorientada, este primer contacto se denomina: *Entrevista de Choque*. Existen dificultades para afrontar el impacto. Hay que analizar la comunicación verbal y la no verbal, utilizar un análisis sistémico: expresiones, apariencia física, repetición de frases por ansiedad, cómo se refiere a los problemas, pensamientos... Hay personas que se resisten a saber que va a ocurrir, por lo que va a ser difícil trabajar con ellos, hay que detectar si la familia acepta la situación, si hay cambio de roles...

·– Problemas que van a hacer que derivemos el caso a un profesional de la psicología:

- si piensan que no hay solución
- si no quiere ir al centro por si mismo
- si el cuidador no cuenta con más apoyo, incluso económico que el suyo propio
- si hay ideas irracionales o inadecuadas
- si se piensa que el problema es exclusivo del enfermo

·– Problemas más frecuentes según el psicólogo:

- sobrecarga física y emocional
- pérdida de libertad
- Conflictos de familia, pareja...
- Sentimientos de culpabilidad
- duelos anticipatorios y patológicos: excede de 2 años

·– Problemas de comunicación:

- olvidan lo se les dice rápidamente
- no entienden nada por teléfono

- tono de voz bajo
- pedirles las cosas de una en una
- mantener el contacto visual con ellos
- darles tiempo para responder
- reforzar todos los intentos que haga

.- No debemos:

- engañarlos
- gritarles o perder la calma
- hablar delante de ellos como si no estuvieran

## TEMA VI: LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

La depresión en el anciano comporta cuestiones sin resolver en el sentido en que no está clara la línea que divide tristeza y depresión (como cuadro clínico). Sin embargo, no todos los ancianos reaccionan del mismo modo.

Existen investigaciones donde se pone de manifiesto que los cuadros depresivos clínicos no son tan fuertes a edades más avanzadas. Hay autores que señalan que hay menor tendencia por parte de los mayores a comunicar síntomas de depresión, tendiendo en su mayoría a quejarse de las dolencias físicas.

La frecuencia e intensidad de las emociones declinan con la edad, incluso fisiológicamente, habiendo bastante heterogeneidad frente a la depresión. Algunos síntomas que pueden indicar depresión son: ansiedad, irritabilidad, agresividad, hostilidad, anhedonia...

\*Sintomatología:

.- Disforia: síntoma característico, humor fórico, alteraciones, vacío interior, tristeza desplazada por :

- Molestias físicas
- Perturbaciones sociales y familiares
- Dificultades económicas

.- Llanto: incontrolable, deseo de llorar aunque no se pueda, miedo al futuro, ideas delirantes, problemas de memoria.

\*Síntomas cognoscitivos: la depresión puede llevar consigo un cierto deterioro cognoscitivo cuyos síntomas propios son:

- .- Quejas subjetivas: con trastornos afectivos somos más sensibles.
- .- Estado de confusión

- .– Menor capacidad de atención y concentración
- .– Lentitud de pensamiento
- .– Inhibición de pensamiento
- .– Rumiaciones
- .– Preocupaciones
- .– Indecisión

En la depresión muchos de los contenidos del pensamiento van relacionados con la falta de pensamientos, infelicidad, insatisfacción, dudas, creencias, sentimientos de culpa, pensamiento de muertes, pesimismo, desesperanza, idea de suicidio...

**\*Síntomas conductuales:**

- .– Enlentecimiento/ retardo motor: + lentas, + torpes
- .– Agitación psicomotriz: no paran de andar, sueños inquietos, peticiones constantes.
- .– Aspecto desaliñado, conductas impropias
- .– Autolesiones, negativa a comer
- .– Retirada del círculo social
- .– Suicidio: ligado a la jubilación, traslado vivienda, institucionalización, enfermedades graves, rechazo social....

**\*Síntomas motivacionales:**

- .– Apatía
- .– Pérdida de interés

**\*Síntomas somáticos: muy representativa**

- .– Estreñimiento
- .– Dolores abdominales
- .– Dolores de cabeza, hueso
- .– Astenia: falta energía, cansancio, lentitud
- .– Deseo sexual inhibido
- .– Alteraciones del sueño /Insomnio
- .– Hipersomnia

.- Pérdida de apetito y peso

\*Diagnóstico: Las quejas somáticas seguidas de los aspectos vitales estresantes como son:

.- Locus Control Interno (LCI): el sujeto se responsabiliza de lo que pasa, de su conducta., al tener que pasar a LCE se acercan a sintomatologías depresivas.

.- Locus Control Externo (LCE): su vida está controlada por lo externo, no controla mucho su vida.

**Regla AAA**: con que haya dos de tres sin patología orgánica decimos que existe depresión. Así, la depresión en los mayores sería:

Depresión = Astenia + Anhedonia + Apatía

Se observa una gran proporción de depresiones graves que necesitan hospitalización

## TEMA VII: LA VIUDEZ

La viudez es una situación dolorosa muy frecuente. Es una pérdida afectiva que trae consigo estados de estrés, depresión.... Cuando una persona pierde a su pareja se desencadena una sintomatología característica de una depresión. En el caso de los ancianos les será más difícil rehacer su vida que a un adulto joven. El número de viudas es más numeroso que el de viudos, siendo éstos últimos los que peor llevan la sit de duelo debido a su mayor dependencia, y a que la mujer ha sido educada para saber expresar sus sentimientos y poder compartirlos.

\***Bowlby** en los años 90, tras una investigación de observación, señala que, de forma universal, la aflicción o duelo irá seguido de las siguientes fases:

-Etapas de shock: caracterizada por ansiedad, aturdimiento, sensación de vacío, irrealidad, pérdida de apetito. Puede durar de unas horas hasta unos días.

-Etapas de protesta o añoranza: periodo de 4 a 6 semanas. Reconocemos la pérdida pero no acabamos de aceptarla, los recuerdos ocupan un lugar absoluto, tristeza, soledad...

-Etapas de desesperación: es la que más se prolonga, muy delicada, podemos tomar incluso decisiones erróneas. Síntomas como la apatía, pérdida de energía, quejas somáticas y trastornos del sueño.

-Etapas de recuperación: lo normal sería sobre el 9 mes. Se recupera la identidad, se plantean nuevos proyectos. Si se prolonga más de dos años sería un duelo patológico.

Además, según este autor, en función de las características personales hay otros

factores que empeoran la sit: enfermedad, pérdida de papel social... La persona puede anticipar el fallecimiento del cónyuge, afrontando lo que va a suceder.

Los cuadros depresivos por pérdida del cónyuge están asociados a su vez con la edad, antecedentes de depresión, disposición personal, circunstancias en que se produjo la muerte, clima matrimonial...

\*Duelos patológicos: son duelos que se van a alargar en el tiempo, superando los

2 años en que normalmente se superan. Suele afectar más a personas que conviven de manera cercana con el fallecido, en su mayoría los/as cuidadores debido a la falta de apoyo social. Los síntomas característicos son:

momificación, memorización, identificación con el fallecimiento, euforia (fase maníaca).

.- Clases de duelos patológicos:

·*Duelo Inhibido*: más frecuente en hombres, padece lexitimia (incapaces de experimentar y expresar sentimientos) No exteriorizan la aflicción.

·*Duelo Aplazado*: no exterioriza el dolor en el tiempo lógico pero al tiempo se afronta la pena. No elaboran conscientemente sus sentimientos. Mientras más aparquen su dolor mayor desbordamiento habrá.

·*Duelo Crónico*: la persona queda estancada en la desesperanza, muy intensa y se prolonga más de 2 años.

.- Los cuidadores deben:

·Asumir el cambio q se produce a todos los niveles

·Perder progresivamente el egocentrismo

·Afrontamiento versus evitación

·Disciplina

·Asumir sist de creencias

·Coherencia verus disonancia

\*Institucionalización:

.- Ingreso en una residencia: hay que tener en cuenta en las entrevistas el motivo del ingreso en la institución. Según haya sido voluntario o no así influirá en el estado de ánimo y bienestar del anciano.

·*I. no voluntario*: Shock de traslado o trauma de ingreso tiene un efecto negativo ya que la persona percibe que pierde el control sobre el entorno, influye el modo de traslado. Puede acarrear: enfermedades crónicas, deterioro físico e intelectual, problemas psicosociales, aislamiento, incluso fallecimiento al poco de ingresar (12 meses).

Puede darse el llamado Trastorno de Cocunin: encapsulamiento debido a traslado no deseado.

·*I. voluntario*: al ppio todo es perfecto, pero con el tiempo aparecen los problemas físicos y anímicos. Los motivos de ingreso son variados:

–Ingresa con su conyuge por una enfermedad de éste

–Por viudez

–Por dificultades económicas

–Problemas familiares

–Trastornos depresivos

–Traslado de otra residencia

## TEMA VIII: LA MUERTE EN EL ANCIANO

Intervenir en una sit como la de dejar de existir es una gran responsabilidad. Nuestras propias emociones det de que manera enfocamos los resultados.

No hay posibilidad de dar recetas, los problemas son subj para enfermos, familiares y profesionales, que solo podemos dar una inf coherente para que la persona pueda actuar como quiera. La intervención será distinta según muchas variables, por ejemplo circunstancias de la muerte: carretera, enfermedad, hospital...

Hay que entender las características y circunstancias de cada anciano. Las actitudes ante la muerte van a ir marcadas en gran medida por su personalidad y las necesidades sentidas y expresadas.

### \*Necesidades:

- .-Fisiológica
- .-Seguridad
- .-Integración
- .-Que te valoren
- .-Superación

### \*Factores en que coincidimos todos ante la muerte:

- .-Deseo de hacerlo tras una vida larga e intensa
- .-Sin enfermedades previas
- .-Después de muchas satisfacciones
- .-Nos gustaría que fuese rápido y sin dolor
- .-Con apoyo de las personas queridas
- .-Confianza

\*Actitudes de los ancianos ante la muerte: Menos tragedia si se muere una persona mayor que un joven o un niño. Los ancianos tienen menos responsabilidades sociales y están más preparados ante la muerte, a los familiares lo que les consuela es poder quitarle el sufrimiento. Lo que más preocupa al anciano es la muerte de su gente y no tanto la suya propia.

Hay estudios que indican que factores como el estado mental, la salud física, la integración social, la religiosidad, ... influyen en la mejor aceptación de la muerte.

### \*Comportamientos negativos ante una conversación sobre la muerte con el anciano (enfermo o familiar):

- .-Cambiar de tema
- .-Callar y alejarse como si no hubiese oído

.–Restar importancia a lo que le angustia

.–Ser cínico con el enfermo

.–Trasladar la pregunta a otro

.–Contestar con evasivas

.–Posturas paternalistas

\*La muerte del anciano en el hospital: La sociedad actual tiende a hospitalizar al anciano, aunq no en todos los casos es recomendable. Hay hábitos que al enfermo le va a costar trabajo aceptar. La comida del hospital está diseñada para el enfermo pero no todos están acostumbrados a éste tipo de comida. Se puede perder el hábito se sueño debido a las circunstancias que acarrear el compartir habitación; más ruido, extrañar la cama, menos intimidad, familiares del compañero...

.– Factores conflictivos:

·Intimidad

·Independencia

·Atuendo

\*Razones por las que una persona elige el hospital para morir:

.–No quiere morir en casa

.–La familia no lo puede cuidar

.–Servicios hospitalarios mejores

.–Para agotar recursos

.–Para donar los órganos

.–La familia no puede asumir la carga

.–Familia poco numerosa

.–Casa pequeña

.–Persona desvinculada a la familia

.–Miedo a quedarse sola en casa

\*Miedos de la persona cuidadora:

.–No saber cuando se va a presentar el final

.–Presenciar la agonía, el sufrimiento



- .-Que la ayuda médica no llegue a tiempo
- .-Que el proceso sea lento y pesado
- .-Miedo al mal cuidado del anciano
- .-No estar presente en el momento que muera
- .-Equivocarse al traerlo a casa
- .-No darse cuenta de su muerte
- .-Miedo a los gastos económicos
- .-Miedo a la soledad
- .-Influir en los hijos, la familia, pareja....
- .-Miedo a que aumente la enfermedad

Nuestro papel es informar de manera clara y entendible para ayudar a la familia a tomar la mejor decisión sin que afecte a la salud mental.

## TEMA IX: SEXUALIDAD Y ENVEJECIMIENTO

Hay que acabar con el mito de que la sexualidad en los ancianos carece de importancia.

\*Según la OMS (1974) la Salud sexual:

Es la integración de los aspectos afectivos, somáticos e intelectuales del ser sexuado, de modo tal q de ella derive el enriquecimiento y el desarrollo de la persona humana, la comunicación y el amor.

La sexualidad humana constituye el origen del vínculo más profundo entre los seres humanos, de su realización efectiva depende el bienestar de las personas, las parejas, las familias y la sociedad. Es por tanto su patrimonio más importantes y su respeto debe ser promovido por todos los medios posibles.

### 1. Modelos de sexualidad:

\*Modelo tradicional: basado en la coitalidad. Los cambios naturales en la

respuesta sexual de hombre y mujer, han repercutido negativamente en el mayor puesto q se concede máxima importancia a la figura de macho, a la genitalidad, la heterosexualidad. El sexo es el coito reproductor. Limitamos e interiorizamos nuestra sexualidad a unos ideales q nos vienen dados.

La mujer tiene un papel secundario, depende de lo q decida el varón. Puede q haya disfrutado poco y q ante la nueva sit decida acabar en el calvario.

Cuando la capacidad de erección (en el hombre) disminuye por la edad, esta sit se vive con ansiedad, lo q provoca q se evite todo lo rel con la sexualidad, se evita el contacto y el deseo sexual.

El desarrollo pleno de la sexualidad depende de la satisfacción de nec humanas básicas como el deseo, el placer, la intimidad, el contacto, la ternura y el amor. Este desarrollo pleno es esencial para el bienestar

individual, interpersonal y social. La sexualidad se construye a través de la interacción entre el ind y la estructura social.

\*Modelo de placer: La sexualidad cuenta en un abanico de posibilidades: homosexualidad, heterosexualidad, bisexualidad. El sexo no implica solamente el coito, sino q se identifica con el sexo oral, la masturbación, el erotismo, se iguala la capacidad de sentir placer del hombre y la mujer.

Dejamos atrás una sexualidad cuantitativa para dar paso a una sexualidad cualitativa. Todo esto propicia q la más lenta excitación no provocará ansiedad sino q va a alargar el placer. Se rompen estereotipos y a nivel personal se disfruta más, se madura personalmente, se recupera la autoestima, en general se ve la vida de forma más positiva.

## 2. Aspectos q condicionan la sexualidad en la vejez:

- Historia personal de cada persona
- Efecto pigmalión: lo q creo q se espera de mí
- Cambios fisiológicos de la vejez:
  - Aceptación de la propia imagen corporal
  - Comunicación en la pareja
  - Aspectos sociales
  - Jubilación
  - Papel de la familia
  - Creencias religiosas
  - Institución en q vive
- Estado civil
- Relación hombre / mujer: por cada 4 mujeres de 65 años hay 1 hombre
- Aspectos rela cn la salud: enfermedades q limitan la sexualidad:
  - Cardiovasculares (1ª)
  - Diabete: capacidad de erección limitada
  - Próstata
  - Artrosis
  - Depresión
  - Det fármacos y sustancias: alcohol, antidepresivos...

–Problemática más frecuente en las personas mayores:

- La mayoría de las personas de + 65 años están viudos/ as
- Viven con familias, residencias...les falta intimidad.
- dificultades propias para relaciones sexuales.

### 3. Sexualidad normal:

Orgasmo

Resolución

**Intensidad** meseta

excitación **Duración**

Deseo Satisfacción

Si aplicáramos este gráfico a personas mayores observaríamos que el hecho de envejecer (fisiología de nuestro cuerpo) va cambiando al igual que la fisiología sexual. En general la respuesta sexual se vuelve más lenta, y hay menor intensidad.

La sexualidad ocupa un papel muy importante pero es difícil practicarla debido a las menores oportunidades y las actitudes que se tienen ante el tema.

#### \*Etapas de respuesta sexual:

##### .-Fase de excitación:

·Hombre: Sensación de deseo, placentero, eróticas, vaso congestión, erección. Con los años la erección sigue siendo completa pero es más lenta.

·Mujer: Lubricación vaginal, vaso congestión. Con la edad la lubricación tarda de 5 a 15 minutos. La vaso congestión es menor, los labios rosados debido a la menor cantidad de sangre en la zona.

##### .-Fase de meseta: máximo estado de excitación previa al orgasmo.

·Hombre: erección en su máximo nivel, elevación de los testículos. Con la edad se hace más larga, disminuye el enrojecimiento de la piel y los testículos se elevan menos.

·Mujer: Dilatación vaginal máxima, clítoris gira 180° y se hinchan los labios menores. Con los años disminuyen las contracciones uterinas.

##### .-Fase de orgasmo:

·Hombre: Contracción de órganos internos de la uretra y músculos de la base del pene. Aumenta el control eyaculador y contracciones lentas y menos vigorosas.

·Mujer: Contracción rítmica de músculos que rodean la vagina y la zona vaginal. Dura menos, las contracciones son más irregulares y no rítmicas.

.-Fase de resolución: Disminución de las respuestas anteriores.

\*Cambios biológicos:

.-Mujer mayor : finaliza la cap reproductora, disminuye la tasa de estrógenos y progesterona, cambia la figura corporal. Dificultades para lubricar y excitarse, menor nivel de contracciones en etapa de orgasmo y disminuye el tamaño de útero y vagina.

.-Hombre mayor: El nivel de testosterona disminuye gradualmente, los testículos son más pequeños y más flácidos. Disminuye la producción de espermatozoides. La viscosidad y el volumen del semen es menor. Reduce la fuerza eyaculatoria. La próstata aumenta de tamaño. El orgasmo cambia su calidad fisiológica pero no psicológica.

\*Factores físicos que influyen:

.-Uso de fármacos

.-Enfermedades

.-Estado de salud: cansancio, fatiga

\*Factores culturales y psicológicos:

.-Creencias y contexto donde se han educado

.-Creencias de la sociedad sobre la sexualidad en las personas mayores

.-Modelo de conducta sexual tradicional

\*Mitos respecto a los mayores:

.-Sexo no importa

.-Capacidades fisiológicas cambian e impiden rel

.-Menopausia y andropausia

.-Se acepta que un hombre mayor salga con una joven pero no al contrario

\*Cambios generales en la respuesta sexual humana:

.-Mujer: capacidad sexual bien conservada pero la excitación y la reacción ante el estímulo sexual es más lenta. En algunas mujeres el perder el miedo a la reproducción aumenta la actividad siendo más activa y placentera.

.-Hombre: sigue existiendo capacidad de erección y eyaculación, pero es más lento y depende del deseo sexual.

\*Cosas que ignoran los mayores:

.-El clítoris es muy import en la excitación y orgasmo: caricias, sexo oral... No es malo pero la personas

mayores no lo aceptan.

.–Algunas mujeres postmenopáusicas son multiorgásmicas

.–El control eyaculatorio es un problema para el hombre, con la edad puede mejorar

.–El hombre de edad requiere un mayor contacto genital para la excitación o el orgasmo

#### 4. Principales trastornos sexuales:

##### \*Factores que influyen:

.–Monotonía de relaciones sexuales repetidas.

.–Preocupaciones económicas y profesionales.

.–Fatiga psicológica y física.

.–Abuso de comida y alcohol.

.–Temor al fracaso, a no dar la talla.

##### \*Trastornos en mujeres:

.–Deseo sexual hipoactivo inhibido: disminución o ausencia de fantasía y deseo sexual. Influye:

·Desenamoramiento

·Vivencias no gratificantes

·Relaciones sexuales insatisfactorias: excitación sin orgasmo

.–Trastornos de la excitación sexual: Incapacidad para obtener o mantener la lubricación.

.–Trastorno por aversión al sexo

.–Trastorno orgásmico o femenino: ausencia o retraso del mismo tras fase de excitación.

##### \*Trastornos del hombre:

.–Disfunción eréctil: (+ frecuente) causas:

·Físicas: diabetes, problemas vasculares, operación de próstata, lesiones medulares, medicamentos.

·Psicológicas: ansiedad de ejecución, rol de espectador, estrés, relación de pareja, ideas erróneas, patologías mentales tipo depresión.

#### 5. Estudios sobre sexualidad en la vejez:

–Gran escasez de estudios importantes

–Instrumentos de medida insuficientes o inadecuados

- Muestras muy sesgadas, no representativas
- Concepción limitada de la sexualidad
- Efecto pigmalión o rosentál
- Utilización diseños transversales (jóvenes/ ancianos)
- Aumenta cantidad de no sabe no contesta
- Falta de información de cómo son las conductas sexuales
- Transitoriedad de los datos debido a los cambios sociales

#### 6. Investigaciones de Miller sobre líneas de actuaciones en Instituciones:

- Políticas de no intromisión.
- Políticas permisivas con libertad de acción dentro de límites institucionales.
- Políticas In loco infantis: lo que opinan los hijos prevalecerá sobre lo que quieren los internados.
- Políticas de comunicación, se preocupan porque la vida sexual de los ancianos sea placentera.
- Políticas restrictivas, prohibición de ciertos o todos los actos sexuales.

#### TEMA X: EVALUACIÓN PSICOGERONTOLÓGICA EN TRABAJO SOC

La evaluación se centra sobre todo en la entrevista, y su objetivo ppal es entender que quien o quienes están sufriendo la situación, con quien vive... y sobre todo saber de quien fue la persona que tomó la decisión de ingresar al anciano en la institución. Una de las evaluaciones primarias es investigar la capacidad de autonomía del anciano en AVD (actividades vida diaria) y el estado de confianza del mismo.

##### \*Qué vamos a determinar con la entrevista o evaluación:

- .–Aplicar ppios de evaluación del anciano, tanto para su ingreso como para su continuidad en el domicilio.
- .–Sondear conflictos de interés y perspectivas entre mayores y cuidadores.
- .–Cómo tomar una buena decisión.

##### \*Consideramos importante en la evaluación:

- .–Determinar la capacidad del cliente para tomar decisiones.
- .–Establecer si la provisión de servicios esta prevista, si es adecuada y si es efectiva.
- .–Determinar capacidades y problemas del anciano.

##### \*Dificultades de evaluación:

- .–Diferentes perspectivas que existen según cada profesional que rodea al

anciano.

.-Dificultad de la realización de la entrevista

.-Falta de comprensión a los ancianos y escasez de servicios en marcha.

\*Antes de la entrevista: evaluar es sinónimo de comprender, escuchar, observar, relacionar lo que se ve con lo que se escucha y siente. Hay que tener en cuenta:

.-Tiempo estimado de duración.

.-Nº de entrevistas a realizar.

.-Información que debo ofrecer sobre servicios disponibles.

.-Estar seguro de estar preparado para realizar la entrevista.

.-Plantear conocer a la persona que dirige el centro.

.-Conocer la política de la residencia.

1.Contexto de la evaluación: La mayoría es la entrevista. Es muy importante que expliquemos y preparemos la entrevista en la oficina o en el domicilio (mejor en su contexto habitual). Hay que planificar muy bien lo que vamos a hacer. Primero, llamar por teléfono para elegir el día y hora que interese más. Después hay que tener en cuenta:

-Si la persona está en su casa, en hospital, con familiares... para saber la libertad con que nos podremos comunicar y la recepción que me puedo encontrar.

-Si va a ser privada o ante otras personas

-Si la persona puede sentirse presionada a entrar en la residencia y por quién.

\*Entrevista:

.-La comunicación: la movilidad sensorial está afectada, no ven ni escuchan bien. Hay que estar pendiente de como se les habla, vocalizar, utilizar vocabulario a su alcance, convencer de que escuchamos lo que se nos dice y mostrar interés. Tener en cuenta el tiempo que nec el anciano para expresarse. Ser sensibles y prudentes a la hora de plantear preguntas o temas de conversación a lo largo de toda la entrevista. La presentación es vital, lo mejor es saludar con la mano pq es un gesto tranquilizador.

.-Guión de presentación de entrevista:

·Explicar quién eres: nombre, función, trabajo...

·Hablar de cómo se ha llegado hasta allí, procedencia

·Lo ideal es hablar cara a cara, con buena luz, al mismo nivel...

·Asegurarse de que entiende lo que le decimos

·Plantearse el tomar o no notas

·Indicarle como ponerse en contacto contigo, proporcionar teléfono de contacto, nombre y dirección del trabajo.

·–Desarrollo de la entrevista de evaluación:

·¿Qué evalúo?: capacidades o incapacidades del anciano para vivir en un lugar distinto al que se encuentra

·¿Quién define la situación problema del anciano?: el mismo, la familia, un profesional...

·¿Son iguales todas las versiones sobre el tema?: y que posicionamiento tomamos en caso de que no concuerden

·Elegir técnicas y estrategias para distinguir los problemas que perciben los ancianos de los que perciben los demás.

·En caso de rellenar informe: terminología a utilizar: técnica, normal, textual del anciano...

·Razones para ingresar al anciano en hospital o residencia:

–Incapacidades: física y/o mental

–Vivienda: carece de ella, es precaria....

–Otros motivos: se siente solo, estrés de los cuidadores...

Normalmente unos problemas se relacionan con otros.

·–Evaluación de la entrevista:

·Muchas entrevistas se realizan en el hospital

·En la entrevista usamos conceptos q no tienen pq entenderlos igual los demás profesionales: estado confusional, incontinencia, AVD...

·Descripción de los problemas: depende mucho de quién te lo cuente.

·–Informe: existen problemas para delimitar los problemas debido a las limitaciones de los impresos oficiales, que hay aspectos q no van a ser reconocidos por el anciano, y se pasa por alto los verdaderos problemas de riesgo.

2.Guía para la composición familiar e individual del anciano:

–Residencia habitual: vive solo, con hijos, hay niños, la casa es de, quién trabaja..

–Incapacidades físicas o mentales: Preguntas claves:

·¿qué incapacita a esta persona?

·¿ha tenido una evaluación médica rigurosa?

·¿Tiene la ayuda necesaria?



–Problemas de movilidad:

·sin fuerzas para subir escaleras

·problemas de equilibrio

·falta de movilidad

·problemas de oído, úlceras, vista, huesos, artritis, pies, tapones de cera en oídos...

–Dónde tiene la dificultad: destreza, equilibrio, subir / bajar escaleras, incontinencias, habla, oído, vista...

–Enfermedades: tipo medicación, para qué, frecuencia, intensidad del dolor y frecuencia del mismo...

–¿Cómo considera su estado de salud?: preguntar de modo concreto: cómo duerme, si tiene apetito, contacto con el médico, AVD, comidas...

–Dificultades en realización de tareas: levantarse de la cama, vestirse, afeitarse, lavarse la cabeza, preparar alimentos, abrir/ cerrar grifos, lavar cacharros, transportar bolsas, ir al cuarto de baño, usar interruptores o mandos, responder a la puerta. Puntos conflictivos tipo baño y cocina.....

–Capacidad de mandar mensajes al exterior: Teléfono, internet, móviles, cartas...

\*Estado de confusión: desorientación hacia personas, lugares y tiempos. Pérdida de memoria episódicas. Suele ocurrir cuando muere el cónyuge, shock de caída, mudanzas, mala medicación, enfermedades traumáticas, accidentes, intervenciones quirúrgicas... Se puede hablar de demencias, brotes psicóticos o depresiones. Detecta si la persona sabe defenderse en una sit conflictiva.

\*Indicadores de demencias:

–Recordar hechos recientes

–Saber qué hora es

–Saber dónde esta

–Reconocer y llamar por el nombre a las personas

–Mantener conversaciones

–Realizar tareas cotidianas (AVD)

### 3. Entrevista tipo:

–Presentación

–¿Cómo te llamas?

–¿Cuántos años tienes?

–¿Enfermedades?

- ¿Medicamentos?
- ¿Quién va a la compra?
- ¿Q es lo q más tarda en limpiar?
- ¿Familiares? Relación con ellos
- ¿ Viudo? ¿soltero? ¿casado?
- ¿ Vive solo?
- ¿Te gustaría vivir con tus hijos?
- ¿ Viven tus hijos en tu misma ciudad?
- ¿Dónde viven?
- ¿Ingresa por voluntad propia?
- Informar sobre Tele-asistencia si el motivo es verse indefenso o solo
- ¿Cuánto cobra?
- ¿Tipo de pensión?
- ¿Es capaz de administrar el dinero?

#### TEMA XI: ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL