



P. Rogero Anaya*
B. Vila Blasco*
J. L. Carpintero Avellaneda**

Ancianidad y cardiopatía isquémica.
(2ª parte): Problemas psicosociales
del anciano con cardiopatía isquémica

*Profesor de la Escuela de Ciencias de la Salud. Sección de Enfermería
Universidad de Málaga

**Unidad de Medicina Intensiva. Hospital «Virgen de la Victoria»
Málaga

Correspondencia:

P. Rogero Anaya
c/ La Espuela, 3
Urbanización Delta I Bloq. 4 - 3º, 2
29016 Málaga

RESUMEN

La cardiopatía isquémica produce una serie de reacciones como ansiedad, depresión, retraimiento social y síntomas somáticos funcionales, que inciden de manera más acusada en el anciano por su mayor vulnerabilidad psicológica. Los profesionales de enfermería pueden paliar las alteraciones indicadas mediante un plan de cuidados integral del paciente y familia, que cubra desde su ingreso hospitalario hasta los cuidados a domicilio. En una primera fase, la información y el asesoramiento, tanto al anciano como a su familia es de vital importancia, iniciando posteriormente su educación sanitaria con respecto a cuidados cotidianos y de rehabilitación. Este apoyo a lo largo del proceso disminuye la ansiedad y favorece su pronta recuperación.

PALABRAS CLAVE

Anciano; Problemas psicosociales; Cardiopatía isquémica; Cuidados de enfermería; Educación.

ABSTRACT

Ischemic cardiopathy causes a series of reactions such as anxiety, depression, social withdrawal and functional somatic symptoms, that markedly affects the elderly people because their higher psychological vulnerability. Nursery professionals may palliate these alterations through a program of integral care of patient and family, from the admittance in the hospital to the domiciliary assistance. In a first phase it is really important to inform and advise the patient and his family, then initiate their sanitary education regarding rehabilitation and daily care. This support along the process decreases anxiety and accelerates his early recovery.

KEY WORDS

Elderly; Psychosocial problems; Ischemic cardiopathy; Nursery care; Education.

66 IV- PROBLEMAS PSICOSOCIALES DEL ANCIANO CON CARDIOPATIA ISQUEMICA

El anciano presenta mayor vulnerabilidad psicológica frente a situaciones adaptativas y un ingreso hospitalario puede desencadenarle alteraciones importantes como: excitación, confusión mental, demencia,...

La ocurrencia de un infarto predispone a los pacientes a fuertes reacciones emocionales, influenciadas en gran parte por las actitudes frente a la enfermedad coronaria del propio enfermo y/o de la familia (Mulcahy y col., 1970), así como a factores culturales y socio-económicos (Marmot, 1982), que se ven agudizadas en los ancianos:

Las reacciones más frecuentes son:

— La ansiedad, que suele presentarse con el cuadro típico de intranquilidad, taquicardia, sudoración e insomnio; es normalmente reactiva al choque emocional que produce la situación de amenaza de muerte que supone el infarto. En el anciano la cercanía de la muerte tiene importantes connotaciones psicológicas y la concreción personal de la misma se acepta con dificultad, en muchos casos con desasosiego y tristeza y en otros reclaman la muerte pretextando su inutilidad, produciéndose un abandono total y voluntad de morir. En ocasiones puede ser difícil de reconocer este estado de ansiedad, ya que los enfermos, consciente o inconscientemente, pueden negarla minimizando la severidad de su enfermedad (Billing y cols., 1980).

La ansiedad suele disminuir tras los primeros días de hospitalización, presentando un nuevo ascenso antes del alta hospitalaria y en los días posteriores a la misma. En ciertos casos se mantiene, entre otros motivos, debido a que los síntomas cardiacos actúan como un recuerdo de la lesión cardiaca y de la posibilidad de reinfarcto y de muerte (Sanne y cols., 1985).

— La depresión aparece frecuentemente en el periodo de convalecencia, probablemente como consecuencia de la preocupación del anciano ante la posibilidad de no poder incorporarse satisfactoriamente al tipo de vida anterior, por miedo al aumento de sus limitaciones físicas y a la posible repercusión que pueda tener en su vida cotidiana, incrementándose los sentimientos de «carga», abandono y/o soledad.

— El sentimiento de «desesperanza» y la falta de planes futuros se presentan en un 15 a un 50% de los sujetos que han sufrido un infarcto (Hackett y col., 1982), como consecuencia de pérdida de autonomía

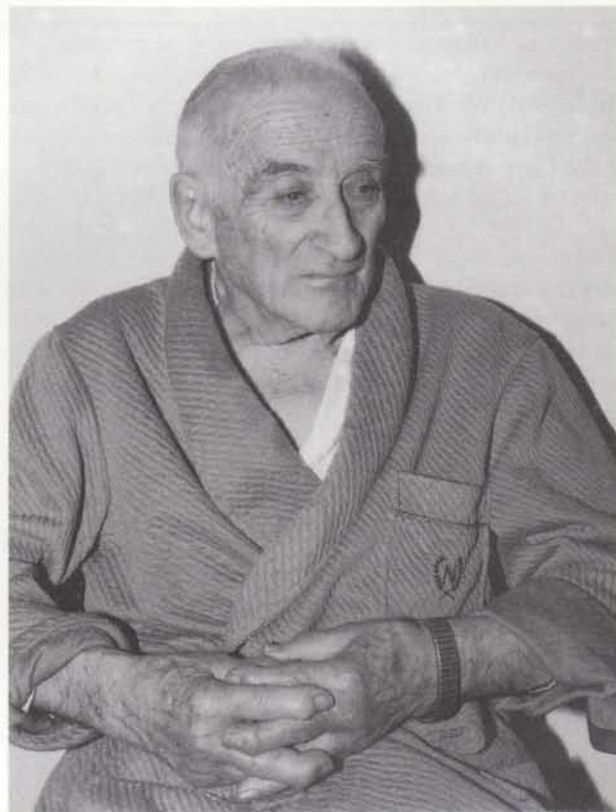


Figura 1

y de deterioro físico, acompañado de inseguridad, presentándose a veces una negativa a vivir y abandono en general.

— La reacción de negación de su propia enfermedad que presentan algunos enfermos puede tener consecuencias perjudiciales en el curso de la misma al impedir el cumplimiento adecuado del tratamiento, sin embargo pueden contribuir a un mejor pronóstico en la fase aguda (Billing y cols., 1980). La negación de la enfermedad puede no protegerles de la ansiedad y depresión, siendo más frecuentemente en hombres que en mujeres (Dobbs y col., 1981).

— El retraimiento social, es otra alteración muy acentuada en los ancianos, pudiéndose ver incrementada ante esta situación.

— Además de lo anterior, más de un 40% de ellos presentan síntomas somáticos funcionales, especialmente en forma de palpitaciones, dolor en el brazo izquierdo y fatiga, que no están relacionadas con la severidad del infarcto.



Existen una serie de factores psicosociales que se han asociado a un peor pronóstico una vez que se ha producido el infarto, influyendo en la evolución de los enfermos post-infartados.: Persistencia del Patrón de Conducta tipo A, la falta de apoyo social y la depresión, lo que conlleva que además de producir malestar emocional y dificultar el proceso de rehabilitación, puede repercutir en el curso de la enfermedad al incidir negativamente en el seguimiento de las medidas terapéuticas.

V- ¿QUE PUEDE HACER ENFERMERIA ANTE ESTA SITUACION?

Partiendo de la concepción holística del hombre, el equipo de salud debería ser multidisciplinar pasando el psicólogo a formar parte del mismo y en este caso concreto para poder dar respuesta a todas las alteraciones emocionales que presenten los ancianos no solo por cardiopatía isquémica pues como hemos visto es un grupo de enfermos muy vulnerables.

Ante la realidad en la que nos encontramos, enfermería puede ayudar a paliar la aparición de las alteraciones anteriormente descritas mediante asesoramiento y apoyo al anciano y familia. La relación enfermera/enfermo/familia a través de la comunicación (tabla I), la información y la enseñanza son muy importantes como respuesta a las necesidades psicológicas de los ancianos, con el objetivo de evitar el aislamiento, la desorientación, y los episodios ansioso/depresivos, así como brindar el soporte emocional a los diferentes miembros de la familia y/o cuidadores informales.

Sentimos, como profesionales de la salud, que en nuestra práctica diaria y, a través de un trabajo sistematizado, tenemos la responsabilidad de cubrir y prestar mayor atención a las relaciones que se establecen con los enfermos y familia, evitando así muchos de los problemas que se generan por no «cuidar» la relación enfermera/enfermo/familia.

En la fase aguda el paciente y su familia están preocupados por:

- 1) El riesgo de muerte.
- 2) La limitación de su nivel de actividad futura por la coronariopatía.

El anciano a veces interroga a los profesionales sanitarios, principalmente a las enfermeras, sobre estos temas como forma de aliviar su ansiedad, en este caso es primordial dar respuesta inmediata a la necesidad expresada y al ritmo que él desee: así mismo es fundamental mostrar voluntad de descubrir sus nece-

sidades con amabilidad y escuchar con paciencia, no olvidando las dificultades de comunicación que se pueden hacer patentes por la disminución de la agudeza sensorial que presente el anciano. Igualmente los familiares muestran un alto nivel de ansiedad, frecuentemente superior al del paciente, aunque es más dependiente de la gravedad del proceso (Ruskin, 1970).

La enfermera debe abordar una información amplia incluyendo en la misma sus diferentes actuaciones, medidas de monitorización tratamientos administrados, y todo aquello que demande el enfermo. El médico será el responsable de la información en términos sencillos de la naturaleza del proceso patológico.

Una cuestión a tener presente es que la información que se le transmite puede no ser la que ellos consideran más importante, así durante su estancia hospitalaria están más preocupados inicialmente por el pronóstico a corto plazo, posibles complicaciones y problemas de tratamiento que la información sobre la causa del dolor torácico o los factores de riesgo (Duryee, 1992). La educación de estos pacientes debe estar dirigida inicialmente a que el enfermo y familiares hagan frente a su situación y disminuyan por tanto su ansiedad, enseñándoles por ejemplo a discriminar el dolor torácico y las medidas que deben llevar a cabo, ya que muchos de estos ancianos van a presentar posteriormente nuevos episodios de dolor. Es de gran importancia, el que la información nunca sea ambigua.

Tras los primeros días, cuando el enfermo ha disminuido su ansiedad, porque obviamente el peligro ha pasado, ésta se centra en la vuelta al domicilio, por lo que la información deberá basarse en el conocimiento de las progresivas actividades y la respuesta del organismo, junto a la medicación que deberá tomar.

Es con la creciente actividad cuando se puede presentar el cansancio, disnea, episodios de molestias o dolor torácico, por lo que deberá enfatizarse las actividades permitidas; en este punto la enfermera valorará con el anciano su nivel de funcionamiento previo y teniendo en cuenta las posibilidades de actividad prescritas por el médico, le explicará, ayudará y supervisará el plan, así como los períodos de reposo y ejercicio. Debe incluir la enseñanza de la toma del pulso para que lo realice después de cada actividad y pueda él mismo colaborar en un plan racional de adaptación, lo que facilitará la aceptación del nivel de actividad que deberá seguir, lo que es importante caso de quedar limitado frente a su situación previa.

También debe prestarse particular atención hacia las actitudes frente al dolor e indicarles, al enfermo y familia, medidas de prevención o de manejo si se presentase, para ello es importante que conozcan cuando el dolor puede ser signo de un inminente peligro, o qué medicaciones pueden usar, al igual que sus posibles efectos.

Es importante corregir errores frecuentes (dieta, actividad física,...), y evitar muchas de las medidas de sobreprotección familiar que suelen tener un efecto adverso. La ansiedad de los familiares, en especial de su pareja, o el convencimiento de que el paciente está importantemente incapacitado ocasionan un mayor retraso en la recuperación de sus actividades cotidianas (Wishnie y cols., 1971).

La mejor forma de actuación del profesional vendría dada por la aplicación de un programa predeterminado de movilización y educacional, adaptado a su situación personal y con la necesaria coordinación entre los profesionales y las diferentes unidades de atención, de forma que exista un criterio común de actuación que permita una continuidad de cuidados dentro del hospital.

Es importante resaltar que la movilización controlada y progresiva desde las 24 a 48 horas de pacientes con infarto de miocardio no complicado, no solo no aumenta la mortalidad ni morbilidad, sino que evita los efectos adversos del reposo absoluto favoreciendo su alta domiciliaria precoz (tras el 7º día de hospitalización), lo que disminuye el impacto físico y emocional de la enfermedad y el coste hospitalario (Pryor, 1983).

Con el objetivo de dar continuidad a los cuidados e integralidad de los mismos, la enfermera responsable de los cuidados del anciano, al alta hospitalaria remitirá a la enfermera comunitaria un breve informe sobre:

— Los problemas detectados durante su estancia hospitalaria y la resolución de los mismos.

— Nivel de adaptación del enfermo al medio hospitalario.

— El apoyo recibido por parte de su familia, así como del miembro de la misma que ha sido informado del proceso y de los cuidados a seguir en el hogar.

— Autocuidados cotidianos que ha de llevar a cabo en su domicilio: Dieta, tipo de actividad que puede desarrollar y nivel de autonomía/dependencia que tiene al alta hospitalaria.

— La necesidad de continuidad de determinados cuidados de enfermería (curas, ó técnicas específicas).

— Conocimiento que tiene el anciano de su pro-

ceso patológico, de las repercusiones del mismo en su vida cotidiana, de los cambios necesarios en su estilo de vida, así como la forma de llevar a cabo el tratamiento médico.

— Respuesta y nivel de aceptación y/o rechazo a su nuevo régimen de vida, al igual se debe recoger preocupaciones, miedos, inseguridades,... que el anciano y/o familia hayan expresado.

El informe ha de incluir con claridad el nombre de la enfermera, nº de teléfono y la extensión de la Unidad, para cualquier información adicional o interconsulta rápida.

En esta fase de convalecencia la enfermera de Atención Primaria, continuará la educación sanitaria del enfermo y familia más detalladamente y en base al informe recibido, explicando la fisiopatología y sentido de las medidas rehabilitadoras en base a los factores de riesgo del paciente, lo que tiende a reforzar su adhesión al seguimiento de las medidas de tratamiento y también se tratarán los miedos y mitos que tienden a inmovilizar al paciente o impedirle un régimen de vida más saludable. Debe hacerse hincapié en la explicación razonada de las actividades que deberá abandonar de forma que acepte sus posibles limitaciones y el nuevo estilo de vida a seguir. En este sentido, son la actividad física y el abandono del tabaco los más frecuentemente cambiados, siendo más difícil el cambio de dieta.

De gran interés es la información sobre la actividad sexual, pues el 15% de las relaciones matrimoniales se deterioran importantemente tras un infarto (Wishnie y cols., 1971). Estos cambios suelen ocurrir por un conyuge sobreprotector o crítico frente a la conducta del paciente.

Las ventajas de un programa de rehabilitación cardiaca son indudables, pues cerca del 50% de los enfermos y más acusadamente los ancianos, presentan ansiedad y depresión tras su alta hospitalaria, continuando tras el primer mes en un 25%. Pero una sintomatología menos acusada que incluye irritabilidad, hostilidad, insatisfacción personal y excesivo cansancio se ha objetivado en cerca del 50% al año del proceso cardiaco. En este sentido la gradual incorporación a sus actividades físicas y sociales previas, es de gran importancia psicológica.

La enfermera debido a su contacto diario y más prolongado con el anciano enfermo, es el profesional más indicado de llevar a cabo esta rehabilitación, complementada por otros profesionales. Es de gran importancia el que se preste una mayor atención al entrenamiento en estas tareas.



Igualmente hemos de tener en cuenta que muchos de estos enfermos presentan unas características que les hacen susceptibles a una atención domiciliaria en el primer periodo al alta hospitalaria, hasta que recupere su actividad física y pueda desplazarse al centro de salud, en la cual se incluirá un plan de cuidados en base a sus necesidades, lo que les permitirá participar a ellos mismos y a su familia en el seguimiento y control de sus autocuidados cotidianos concernientes a su problema cardiaco.

CONCLUSIONES

El incremento de la esperanza de vida y la disminución del índice de natalidad nos lleva a un aumento constante de la población anciana, generando esto una serie de implicaciones socio-sanitarias.

El riesgo de infarto aumenta progresivamente desde el comienzo de la edad madura, alcanzando su máximo entre los 59 y los 75 años.

El envejecimiento conlleva la aparición de una serie de problemas psicosociales:

a) Estrés psicosocial producido por situaciones emocionales conflictivas, por los problemas que genera la jubilación y por el cuestionamiento del rol social y personal ante la nueva situación.

b) Trastornos emocionales crónicos: La desesperanza y ansiedad como consecuencia del deterioro psico-físico-social se asocia a enfermedad depresiva.

Estos problemas actúan como estresores y junto a otros factores derivados de determinados estilos de vida, predisponen a la aparición de diversas enfermedades, en especial las enfermedades cardiovasculares; todo esto se ve influenciado por el cambio de valores que se ha producido en el mundo occidental en relación a la vejez.

Este grupo de edad presenta mayor vulnerabilidad ante situaciones adaptativas incrementándose las alteraciones emocionales que presentan los enfermos que sufren de cardiopatía isquémica: Ansiedad, depresión, sentimiento de desesperanza y retraimiento social.

Los cuidados de enfermería en cuanto a educación, asesoramiento y apoyo al anciano y su familia, pueden contribuir a prevenir y/o paliar las posibles alteraciones anteriormente descritas.

BIBLIOGRAFIA

- Billing, E.; Lindel, B.; Sederholm, M. y Theorell, T. (1980). Denial, anxiety and depression following myocardial infarction. *Psychosomatics*, 21: 639-645.
- Dobbs, B. y Poletti, R. (1981). *Vivir el hospital*. Rol, S. A. Barcelona.
- Duryee, R. (1992). The efficacy of inpatient education after myocardial infarction. *Heart, Lung*, 21: 217-225.
- Hackett, T. P. y Cassem, N. H. (1982). Adjusting to coronary artery disease: coping with the problems of convalescence following myocardial infarction. En P. Mathes y M. Halhuber (eds.). *Controversies in Cardiac Rehabilitation*, Nueva York, Heidelberg.
- Marmot, W. G. (1982). Socioeconomic and cultural factors in ischaemic heart disease. En *Psychological Problems before and after Myocardial Infarction*. Advances in Cardiology, Karger, Basel. pp. 68-76.
- Mulcahy, R. y Hickey, N. (1970). The rehabilitation of patients with coronary heart disease. *Scand. J. Rehab. Med.*, 2: 108.
- Pryor, D. B. et al. (1983). Early discharge after acute myocardial infarction. *Ann. Inter. Med.*, 99: 528-538.
- Ruskin, H. K. (1970). Comparison between patients with coronary heart disease and their spouses together with some other demographic data. *Scand. J. Rehab. Med.*, 2: 99-101.
- Sanne, H.; Wiklund, L.; Vedin, A. y Wilhelmsson, C. (1985). Determinantes de la readaptación psicológica, sexual y laboral después del infarto de miocardio. *Rev. Esp. Cardiología*, 38: 10-14.
- Wishnie, H. A.; Hackett, T. P. y Cassem, N. (1971). Psychological hazards of convalescence following myocardial infarction. *JAM.* 215: 1292.