

El adulto anciano



CONTENIDOS

El adulto anciano, pág. 710
Cambios físicos
Desarrollo psicosocial
Desarrollo cognitivo
Desarrollo moral
Desarrollo espiritual
Promoción y protección de la salud, pág. 718

OBJETIVOS

- Describir los cambios físicos que tienen lugar en el adulto medio hasta llegar a la vejez.
- Explicar los cambios psicosociales que se producen.
- Describir los aspectos más importantes del desarrollo cognitivo.
- Explicar los aspectos esenciales del desarrollo moral.
- Explicar el desarrollo espiritual.
- Identificar los peligros y problemas sanitarios más comunes en los ancianos.
- Describir las consecuencias de los anteriores para la enfermería.

EL ADULTO ANCIANO

El anciano adulto, tal como se considera en este texto, es el individuo mayor de 65 años. A menudo, esta etapa se denomina **senectud** o **ancianidad**. Gracias a los avances de la medicina y de las diversas ciencias y a la promoción y protección de la salud, las personas, en la actualidad, viven más años. En 1960, la esperanza de vida al nacer era de unos 70 años; es decir, la media de las personas nacidas en 1960 podían esperar vivir unos 70 años. Hacia 1987, la esperanza de vida había aumentado hasta 71.5 años para varones y 78.3 años para mujeres (Oficina del Censo de EE.UU. 1989, pág. 71). A causa del aumento de la esperanza de vida, puede ser útil dividir la edad adulta tardía en tres períodos: 65-74 años, la «joven vejez», 75-84 años, la «mediana vejez»; y más de 85 años, la «vieja vejez».

La **gerontología** es el estudio de todos los aspectos del proceso de envejecimiento, incluyendo los factores biológicos, psicológicos y sociológicos. La **enfermería geriátrica** se refiere al estudio científico de los cuidados de enfermería de los ancianos (Yurick, Spier, Robb y Ebert 1989, pág. 5). La **geriatria** es el término para la especialidad médica que abarca el diagnóstico y tratamiento de los problemas físicos de las personas ancianas. Los cuidados de enfermería de los ancianos pueden llamarse **enfermería geriátrica** o **gerontológica**. La práctica de la enfermería que se centra en el cuidado de los enfermos ancianos requiere conocimientos básicos de enfermería y técnicas junto con conocimientos especializados de las diversas necesidades de la población anciana.

En la última década, los trabajadores del campo de la gerontología se han dedicado con renovado entusiasmo a responder a la pregunta «¿Por qué envejecemos?» Según Hayflick (1988, pág. 87), se han hecho pocos progresos en dar una respuesta a esta pregunta. Hayflick sugiere que «quizá el envejecer signifique sencillamente que estamos utilizando poca capacidad de reserva» (1988, pág. 77). Han proliferado más teorías sobre el proceso de envejecimiento. La Tabla 27-1 enumera algunas de estas bien conocidas teorías. Las teorías biológicas del envejecimiento son intrínsecas o extrínsecas. La teoría **extrínseca** abarca los factores ambientales; la teoría **intrínseca** dirige los factores de dentro del cuerpo.

Cambios físicos

Según envejece la persona, se producen una serie de cambios físicos; algunos son visibles y otros no. Ver en el recuadro anexo un resumen de los cambios fisiológicos normales asociados al envejecimiento.

Aspecto. Se producen cambios obvios en el **teguimento** (piel, pelo, uñas) con la edad. La disminución de la actividad de las glándulas sebáceas, combinadas con la incapacidad de la piel envejecida para retener líquidos, da como resultado sequedad de la piel. Puede aumentar el picor a causa de la sequedad y del deterioro de las fibras nerviosas y de las terminaciones sensoriales. El **lentigo senil** («manchas de vejez» marrones) aparecen comúnmente en las manos y brazos y, en algunos casos, en la cara. Son el resultado de la agrupación de **melanocitos** (células productoras de pigmento).

TABLA 27-1. Teorías biológicas del envejecimiento

Teoría biológica	Descripción
Teoría genética.	El envejecimiento es resultado de cambios bioquímicos programados dentro de la molécula de ADN en cada célula.
Teoría inmunológica-virica.	El sistema inmunitario se hace menos eficaz con la edad, y los virus que han sido incubados en el cuerpo son capaces de dañar los órganos corporales.
Teoría de la autoinmunidad.	La producción de anticuerpos disminuye y éstos atacan a las células.
Teoría cruce-cadena.	Con el envejecimiento de las células, las reacciones químicas generan fuertes enlaces, especialmente en el caso del colágeno. Estos enlaces provocan la pérdida de elasticidad, la rigidez y la pérdida funcional eventual.
Teoría del estrés.	El envejecimiento se produce por la pérdida de células, debida, a su vez, al uso y deterioro del cuerpo. La regeneración de los tejidos no puede llevarse a cabo y el cuerpo es incapaz de mantener un medio interno estable.
Teoría de los radicales libres.	Los inestables radicales libres (grupos de átomos) se producen por la oxidación de los materiales orgánicos, como carbohidratos y proteínas. Estos radicales provocan cambios bioquímicos en las células y éstas no se pueden regenerar por sí mismas.
Teoría de la programación.	El organismo es capaz de predeterminar un cierto número de divisiones celulares, después de éste, las células mueren.

Envejecimiento fisiológico normal

- Disminución de la función del sistema inmunitario, que puede estar relacionado con el aumento de la incidencia de infección, cáncer y enfermedades autoinmunes.
- Disminución de la producción de saliva.
- Disminución de la producción de ácido clorídrico y pepsina en el estómago.
- Disminución de la masa renal, disminución entre el 33 % y 50 % del número de nefronas.
- Decadencia gradual en la reproducción del varón.
- Cese de la producción de óvulos en la menopausia.
- Entendimiento de la transmisión de las neuronas motoras.
- Decadencia en la función del sistema nervioso autónomo.
- Disminución progresiva en los estadios del sueño 3 y 4 (sueño profundo)
- Decadencia en los campos visuales del ojo y en la capacidad auditiva.
- Decadencia en la sensibilidad a los cuatro sabores —saldado, dulce, ácido y amargo— después de los 50 años.
- Aumento progresivo en el umbral del dolor profundo después de los 60 años.
- Disminución de la capacidad del cuerpo para adaptarse al estrés.

La piel también se vuelve más pálida y enrojecida y pierde su elasticidad. La calvicie y la pérdida de pelo se cree que se debe a la destrucción de la capa de tejido que produce los folículos pilosos (Murray y Zentner 1989, pág. 505). La pérdida del color del pelo se debe a una disminución del número de células productoras de pigmentación. Las uñas de los dedos de las manos y de los pies se espesan y se vuelven quebradizas, y en las mujeres por encima de los 60 años aumenta el vello facial.

La forma en que las personas responden a estos cambios varían según los individuos y las culturas. Por ejemplo, una persona puede sentirse distinguida con el pelo cano, mientras que otra puede sentirse avergonzada por ello. A la mayoría de las mujeres les disgusta el vello facial porque la mujer hirsuta no encaja en el ideal femenino de la cultura de los norteamericanos.

Estos cambios tegumentarios acompañan a la pérdida progresiva de los tejidos adiposo y muscular, a la atrofia muscular y a la pérdida de fibra elástica, dando un as-

pecto amargado y deteriorado. Las prominencias óseas se hacen visibles, aparece una doble papada y los párpados inferiores se hinchan. En las mujeres ancianas, las mamas disminuyen de tamaño y cuelgan. Si son grandes y péndulas pueden excoriar allí donde se tocan las superficies. La pérdida de grasa subcutánea también hace que disminuya la tolerancia al frío por parte del anciano.

Temperatura corporal. La temperatura corporal es más baja en los ancianos debido a la disminución del ritmo metabólico. Es normal que su temperatura sea de alrededor de 35 °C, sobre todo por la mañana temprano cuando el metabolismo corporal es bajo. Este hecho tiene consecuencias en lo que se refiere a la valoración de la fiebre. Por ejemplo, una temperatura de 37.5 °C puede considerarse como fiebre en un anciano, aunque representa sólo algunas décimas para los jóvenes. Es importante que la temperatura normal de cada individuo se tenga como punto de partida para valorar sus posibles alteraciones.

Una de las reacciones que se producen en el cuerpo para compensar la disminución de la producción de calor es la contracción de la superficie de los vasos sanguíneos y la tiritona. Debido a que en los ancianos el reflejo causante de la tiritona es menor y no se produce calor del proceso metabólico, estas personas apenas toleran la exposición al frío. En el otro extremo, el cuerpo compensa las altas temperaturas disminuyendo la actividad muscular produciendo menos calor, dilatando los vasos sanguíneos y aumentando la transpiración. Los ancianos, sin embargo, tienen una sudoración y un sistema circulatorio lentos y, por tanto, no pueden resistir el calor como lo hacen los más jóvenes. Por ejemplo, no soportan trabajar durante mucho tiempo a temperaturas moderadamente altas. Por ello es importante en estas personas mantener una temperatura ambiental constante y agradable. Las enfermeras deben proporcionar a estos ancianos ropas de abrigo si sienten frío aunque la temperatura de sus habitaciones se considere «normal».

Cambios en el sistema musculoesquelético. Con el envejecimiento hay una *reducción gradual de la velocidad y fuerza de las contracciones musculares esqueléticas o voluntarias*. También disminuye la capacidad de realizar un esfuerzo muscular mantenido. Durante toda la vida son evidentes grandes diferencias individuales en la eficiencia muscular. El ejercicio puede reforzar los músculos debilitados, y por encima de los 50 años los músculos esqueléticos pueden aumentar en masa y densidad. Después de ese momento, hay una disminución constante en las fibras musculares, que llevan por fin a la típica apariencia de gastada de la persona muy anciana. Por ello, los ancianos se quejan a menudo de su falta de fuerza y de lo rápidamente que se cansan. Aún pueden llevarse a cabo las actividades, pero a paso más lento. A

menudo se afecta el equilibrio con la edad. Las personas ancianas pueden realizar esfuerzos musculares mantenidos siempre que hagan pausas juiciosas para descansar y evite el pico de ejecución o realización.

El **tiempo de reacción** de la persona se entelcece con la edad a causa de la disminución de la velocidad de conducción de las fibras nerviosas. El tiempo de reacción puede retratarse además por la disminución del tono muscular como resultado de la disminución de la actividad física. Las personas ancianas compensan esta diferencia de reacción siendo excepcionalmente cuidadosas, por ejemplo, en sus hábitos de conducción, que exasperan a algunos impacientes conductores jóvenes.

La *disminución gradual de la estatura* con la edad se debe a la atrofia de los discos que separan las vértebras. Este efecto puede aumentarse por la debilidad muscular, lo que provoca una postura encorvada y **cifosis** (joroba en la parte superior de la columna). La **osteoporosis**, una disminución de la densidad ósea, junto a un aumento de la fragilidad, hace que los ancianos sufran importantes fracturas, algunas de las cuales son espontáneas. La incidencia de la osteoporosis es mayor en las mujeres ancianas, en este campo, se están investigando los efectos de la menopausia en el esqueleto. Las causas de la osteoporosis se cree que están relacionados con la falta de actividad y la inadecuada ingestión de calcio o la incapacidad de metabolizarlo.

También se producen ciertos cambios degenerativos en las articulaciones, lo que ocasiona que el movimiento sea más rígido y limitado. La rigidez se agrava por la inactividad; por ejemplo, si la persona permanece sentada durante mucho tiempo, sus articulaciones se harán más rígidas y tendrá dificultades para estar de pie o caminar. Las enfermeras deben aconsejar a los clientes que realicen el ejercicio apropiado y que ingieran las cantidades adecuadas de proteínas y calcio en la dieta.

Cambios en el sistema cardiopulmonar. La **eficacia respiratoria** se reduce con la edad. La persona inhala menor volumen de aire debido a los cambios musculoesqueléticos de los pulmones, que tienden a reducir su tamaño. Existe un mayor volumen de aire residual en los pulmones tras la espiración y una menor capacidad para toser debido a la debilidad de los músculos implicados. Las secreciones mucosas tienden a solidificarse en los bronquios debido a la menor actividad ciliar. Por ello, la susceptibilidad a las infecciones respiratorias es grande en este grupo.

Surge la **disnea** cuando se aumenta la actividad, al correr para coger un autobús o al subir peso por las escaleras. Esta disnea es respuesta a la falta de oxígeno en los músculos. El ejercicio intenso va seguido por una serie de respiraciones cortas, profundas y rápidas en un intento de reparar esta necesidad de oxígeno. Aunque esta respuesta es normal, en los ancianos tiene lugar con mayor rapidez debido a que el transporte y la difusión de oxígeno a los tejidos se ve disminuida por los

cambios producidos tanto en los tejidos respiratorios como en los vasculares.

Las mediciones de la **tensión arterial** indican a menudo un aumento significativo en la presión sistólica y un ligero aumento en la diastólica. Este es el resultado de la falta de elasticidad de las arterias sistémicas y de un aumento en la resistencia periférica. No hay cambios con la edad en la frecuencia cardíaca en reposo. Sin embargo, la frecuencia cardíaca de la persona anciana es lenta para responder al estrés y lenta en volver a la normalidad después de periodos de actividad física.

La **capacidad de trabajo del corazón** disminuye con la edad. Esto es particularmente evidente cuando aumenta la demanda a los músculos cardíacos, por ejemplo durante periodos de ejercicio o de estrés emocional. Las válvulas del corazón tienden a hacerse más rígidas. lo que ocasiona la reducción de su capacidad de llenado y vaciado. Además, el bombeo de la sangre se reduce debido a los cambios que se producen en las arterias coronarias, que proporcionan cantidades cada vez menores de sangre al músculo cardíaco. Estos cambios provocan la fatiga respiratoria que acompaña al ejercicio y el estancamiento de la sangre en las venas.

Asimismo, aparecen alteraciones en las **arterias**. La elasticidad de las arterias pequeñas se reduce debido al engrosamiento de sus paredes y a los depósitos de calcio de la capa muscular. La menor elasticidad provoca, con frecuencia, el menor aporte de sangre, por ejemplo, a las piernas y al cerebro, lo que provoca diverso dolor en las pantorrillas y mareos respectivamente.

Cambios sensorceptivos. Los cambios en los ojos hacen que éstos parezcan de menor tamaño debido a la pérdida de grasa orbital, a la lentitud del reflejo del parpadeo y a la laxitud de los párpados, particularmente del inferior, debido a la relajación muscular. Otros cambios provocan la pérdida de agudeza visual, menor respuesta a la oscuridad y a la luz tenue, pérdida de visión periférica y dificultad para distinguir colores similares. Los cambios degenerativos de los ojos que provocan una pérdida de flexibilidad del cristalino se denominan, en conjunto, **presbicia**.

Con el envejecimiento del cristalino, éste se hace más opaco y menos elástico. A los 80 años, los ancianos padecen cierta opacidad del cristalino (**cataratas**) que reducen la agudeza visual y provocan problemas de deslumbramiento. Es normal, en estos casos, la intervención quirúrgica. Junto a estos problemas se producen cambios en los músculos ciliares, que controlan la forma del cristalino. Estos reducen la capacidad del cristalino para adaptarse a la visión cercana y lejana. El diámetro de la pupila, se reduce restringiendo la cantidad de luz que entra en el ojo. Esto hace que aumente el tiempo de reacción ante la luz potente, un problema que alcanza gran magnitud durante la conducción nocturna. El menor flujo sanguíneo ocasionado por la arterioesclerosis puede deteriorar la función retinal. La dis-

minución de la visión periférica se presupone también consecuencia de la arterioesclerosis.

La pérdida de *audición* debida al cambio de la senectud se llama **presbiacusia**. Estos cambios empiezan en la mediana edad y siguen durante el resto de la vida. Más del 40 % de los que tienen más de 65 años de edad y hasta el 90 % de los de más de 80 años tienen deterioros en la audición (Lichtenstein, Bess, y Logan 1988, págs. 2875-78). La presbiacusia viene a través de cambios en la estructura del oído interno: cambios en los tejidos nervioso del oído interno y un espesamiento del timpano. La pérdida gradual de audición es más común entre hombres que entre mujeres, quizá porque los hombres están más frecuentemente en ambientes ruidosos. La pérdida de audición generalmente es mayor en el oído izquierdo que en el derecho y mayor para frecuencias altas que bajas. Por ello, los ancianos con pérdidas auditivas generalmente oyen mejor a las personas que hablan con voces graves y claras. Los ancianos pueden tener más dificultad en compensar las pérdidas auditivas que los jóvenes, que ponen más atención al movimiento de los labios del que habla.

Los ancianos tienen un sentido del *gusto* y del *olfato* pobre y se ven menos estimulados por los alimentos que los jóvenes. El número de terminaciones gustativas de la lengua es pequeño y el bulbo olfativo de la base del cerebro (responsable de la percepción olfativa) se atrofia.

La pérdida de los receptores cutáneos tiene lugar gradualmente, produciendo un aumento del umbral para las *sensaciones de dolor y tacto*. La persona anciana puede no ser capaz de distinguir el calor del frío ni la intensidad del calor. Estimulos que producen un dolor severo a los jóvenes pueden producir sólo sensaciones menores o presión en los ancianos.

Cambios en la digestión. El sistema digestivo se deteriora menos con la edad si lo comparamos con otros sistemas del organismo. Se reduce la producción de enzimas digestivas; algunos ejemplos de estas enzimas son la ptilina de las secreciones salivares que actúa sobre el almidón; la pepsina y la tripsina, que actúan sobre las proteínas; y las lipasas, que emulsionan las grasas.

Hay también una disminución del número de células absorbentes del aparato intestinal y un aumento del pH gástrico. Estos factores disminuyen el índice de absorción, enlenteciendo la absorción de nutrientes y fármacos. El tono muscular de los intestinos también disminuye, produciendo una disminución del peristaltismo y de la eliminación. Estos cambios en el tono muscular, jugos digestivos, y actividad intestinal, pueden conducir a **indigestión o estreñimiento** en el anciano.

Cambios en la eliminación urinaria. La función excretora de los riñones disminuye con la edad, pero normalmente no excesivamente por debajo de los nive-

les normales hasta que interviene una enfermedad. El flujo sanguíneo se reduce debido a la arterioesclerosis, lo que deteriora la función renal. Con la edad, el número de nefronas activas (las unidades funcionales básicas del riñón) se reduce en pequeño grado, por lo que se afecta la filtración renal.

Los cambios más notables son los que se relacionan con la vejiga urinaria. La **urgencia** y la **frecuencia** son problemas normales. En los hombres, estos cambios se deben, a menudo, a un aumento de tamaño de la próstata y en las mujeres al debilitamiento muscular de la vejiga o del esfínter uretral. La capacidad de este órgano y su capacidad de evacuación total disminuyen con la edad. Esto explica la necesidad de orinar durante la noche (**frecuencia nocturna**) y la **retención** de orina residual, lo que predispone al anciano a las infecciones.

Cambios en la actividad sexual y los órganos reproductores. Los impulsos sexuales persisten en los setenta, ochenta y noventa años, siempre que la salud sea buena y haya una pareja disponible. El interés por la actividad sexual en la ancianidad depende, en gran medida, del interés por la actividad sexual anteriormente en la vida (Thienhaus 1988, pág. 63). Esto es, las personas que son activas en la juventud y en la mediana edad, permanecerán activas durante los años posteriores. Sin embargo, la actividad sexual se hace menos frecuente. Hay muchos factores que juegan un papel en la capacidad de las personas ancianas para involucrarse en la actividad sexual. Por ejemplo, la sociedad no mira favorablemente los sentimientos sexuales en los ancianos. Problemas físicos, tales como la diabetes, artritis, y problemas cardíacos y respiratorios también pueden afectar a la energía de la persona anciana o a su capacidad para participar en la actividad sexual. Además, se sabe que varios medicamentos afectan a la capacidad sexual en los hombres.

En los hombres, los cambios degenerativos de las gónadas son graduales. Los testículos pueden producir espermatozoides normalmente, aunque su cantidad disminuye gradualmente. En las mujeres, los cambios en los ovarios se advierten cuando se produce el cese de la menstruación, durante la menopausia.

Las alteraciones en las gónadas de las mujeres ancianas se deben a la menor secreción de hormonas por parte de los ovarios. Algunos de estos cambios, como la retractación del útero y de los ovarios, no se advierten. Por el contrario, otros son obvios. Las mamas se atrofian y las secreciones vaginales de lubricación se reducen. Esta última es la causa de cópulas dolorosas, que frecuentemente necesitan el uso de sustancias lubricantes artificiales.

Desarrollo psicosocial

Una serie de teorías explican el envejecimiento psicosocial. Según la **teoría del desasimiento**, el envejecimien-

to implica una huida mutua (desasimiento) entre la persona anciana y otras personas del entorno del anciano. Esta huida alivia a la persona anciana de algunas presiones de la sociedad y reduce gradualmente el número de personas con las que interacciona el anciano. Según la **teoría de la actividad**, la mejor forma de envejecer es estar activo física y mentalmente; y según la **teoría de la continuidad**, las personas mantienen sus valores, hábitos y conducta en la ancianidad. Una persona que está acostumbrada a tener personas a su alrededor continuará haciéndolo así y la persona que prefiere no estar involucrada con los demás se desasirá con más probabilidad. Esta teoría se tiene en cuenta para muchas de las conductas que se ven en los ancianos.

Según Erikson, la tarea de desarrollo a esta edad es el *ego frente a la desesperación*. Ver la Tabla 24-5 en la pág. 624. Las personas que mantienen la integridad de su ego ven la vida con un sentimiento de plenitud y satisfacción del pasado. Según este autor, las personas que así actúan aceptan «su ciclo de la vida» (Erikson 1963, pág. 263). Por el contrario, las personas que se sienten defraudadas creen que han tenido pocas oportunidades en su vida y desearían vivirla otra vez. Robert Butler considera la integridad como una forma de serenidad y sabiduría, y la desesperación una consecuencia de la incapacidad de aceptar el destino. La desesperación conduce a sentimientos de frustración, cobardía y a pensar que la vida no tiene significado alguno (Butler 1963, pág. 65).

Al reconocer que el «viejo-joven» y que el «viejo-viejo» difieren no sólo en las características físicas sino también en las respuestas psicosociales, muchas personas tienen dificultades con las tareas del desarrollo singular de Erikson. Peck (1968) propone tres tareas del desarrollo del anciano a diferencia de las tareas de Erikson de integridad del ego frente a desesperación. Ver el Capítulo 24, pág. 626. Karl, Metress, y Metress (1978, pág. 180) clarificaron posteriormente estas tres tareas y sugirieron cómo deben lograrse. Primero, las personas ancianas deben establecer nuevas actividades de forma que la pérdida de los roles acostumbrados se sienta con menos intensidad. Segundo, deben seleccionar actividades compatibles con las limitaciones físicas de la ancianidad. Tercero, los individuos pueden hacer contribuciones que se extiendan más allá de su tiempo de vida, dando por consiguiente un significado a su vida.

La jubilación. Hoy en día, la mayoría de las personas mayores de 65 años no trabajan. Casi todas las industrias y las profesiones obligan a los ancianos a jubilarse, aunque esta política se está ahora cuestionando. Algunas personas autónomas siguen trabajando mientras que se sienten con fuerzas. El trabajo les ofrece una economía más desahogada y la oportunidad de continuar con sus hábitos establecidos. En determinados casos, trabajar es una necesidad económica.

La jubilación puede emplearse para realizar aquellas

actividades recreativas o proyectos que se han venido postponiendo durante la vida. Los ancianos retirados no tienen por qué madrugar y pueden levantarse cuando les plazca. El levantarse tarde puede ser considerado como un lujo. Pocos ancianos, sin embargo, emplean su tiempo durmiendo o descansando. Acostumbrados a la actividad, la mayoría se dedican a sus aficiones, a proyectos comunitarios, servicios de voluntarios o actividades recreativas o intelectuales, a coleccionar objetos o a ir de pesca. También tienen muchas oportunidades para viajar.

El estilo de vida a estas edades ya se ha determinado en la juventud. Este hecho fue reconocido por Robert Browning: «¡La vejez viene conmigo!/Lo mejor está todavía por hacer/El final de la vida, para el cual se ha hecho el principio.» Aquellos que intentan de repente enfocar sus vidas y enriquecerlas con la jubilación tienen muchas dificultades. Por el contrario, aquellos que aprendieron pronto a vivir de forma equilibrada y dan sentido a su vida tienen más éxito en la jubilación. Las mujeres que se han interesado sólo en sus hijos o el hombre que sólo se ha preocupado por su salario y su trabajo pueden sentirse vacíos cuando los hijos les abandonan o se acaba el trabajo. Los últimos años de la vida pueden ayudar a los ancianos a sentirse íntegros y activos o, por el contrario, pueden llevarles a la desesperación.

Disminución de los ingresos. Las necesidades económicas de los ancianos varían considerablemente. Aunque algunos de ellos necesitan menos dinero para comprar ropas, para divertirse o para trabajar, y muchos de ellos ya poseen sus propias casas, sin embargo, los gastos continúan elevándose, lo cual plantea problemas a muchas de estas personas. Por ejemplo, la comida y los servicios médicos pueden ser una carga económica importante. Cuando los ancianos hablan sobre sus necesidades primarias no se refieren a su salud o a su felicidad, sino al dinero. Este les permite ser independientes y cuidar de sí mismos.

Los problemas monetarios a menudo se relacionan con las bajas pensiones de jubilación, la falta de planes de pensiones para muchos trabajadores, y el aumento de la cantidad de años de jubilación. Los ancianos de grupos minoritarios tienen mayores problemas económicos que los blancos. Las mujeres ancianas de todas las edades tienen pensiones más bajas que los hombres, y las mujeres más ancianas son las más pobres. Las mujeres, como grupo, reciben menos de las pensiones, menos de los sueldos, y menos de las fuentes del gobierno (Yurick, Spier, Robb, y Ebert, págs. 304-5).

Las enfermeras deben interesarse por los gastos de la atención sanitaria. Por ejemplo, mientras ayudan a un cliente a planificar una dieta, debe considerar qué alimentos se podrán o no comprar. La enfermera o el cliente pueden pedir una prescripción médica de medicamentos de menor precio. Además, el equipo utilizado