

lidad para controlar la vida de sus hijos y no les dan la intimidad ni es respeto que necesitan. El coste de los cuidados médicos también puede ser una carga para el cuidador, además del esfuerzo implicado en la responsabilidad de cuidar 24 horas a otra persona.

Para prevenir el abuso, la enfermera debe pasar tiempo aconsejando a las familias antes de que tomen la decisión de cuidar a un pariente anciano. La enfermera también debe saber que se le debe dar apoyo continuado al cuidador además de al anciano. Se deben hacer visitas frecuentes a la casa del anciano para valorar en el hogar los factores que pueden llevar a una situación de abuso. Los ancianos, en general, no desean y/o a menudo son incapaces de informar del abuso. Pueden sentirse culpables de haber llevado a un hijo a que los maltrate, o pueden pensar que no tienen otro sitio donde ir. En algunos casos, las personas maltratadas pueden tener deterioros cognitivos y son incapaces de abogar en su propio nombre.

La enfermera que sospeche de una situación abusiva tiene la obligación de informar de ello. Las enfermeras deben familiarizarse con las leyes de su estado con respecto al informe de abuso sospechado o conocido. El adulto legalmente competente no debe ser forzado, sin embargo a dejar la situación de abuso y en muchos casos puede decidir quedarse. Si el anciano no es legalmente competente, pueden iniciarse procedimientos legales para otorgar la custodia.

**Uso y mal uso de fármacos.** Cuando los que ahora son ancianos estaban haciéndose mayores, se disponía de pocas píldoras u otros remedios para tratar los problemas físicos o emocionales. En las últimas décadas, sin embargo se han hecho grandes progresos en la industria farmacéutica. Como resultado, cientos de fármacos prescritos y no prescritos están disponibles para el público. Los ancianos sufren frecuentemente de una o más enfermedades crónicas que a menudo requieren medicación. Los episodios de enfermedades agudas pueden requerir una medicación complementaria. Las complejidades implicadas en la auto-administración de medicamentos puede llevar a una variedad de situaciones de mal uso, incluyendo tomar demasiada o demasiado poca medicación, a mezclar alcohol y medicación, al combinar medicamentos prescritos con fármacos que toman por su cuenta, a tomar medicamentos en momentos equivocados, o tomarse la medicación de otro. Otras situaciones potenciales de mal uso se producen cuando los ancianos tienen más de un médico que les prescribe medicamentos y no le dicen a cada médico lo que le ha prescrito con anterioridad.

Para prevenir el mal uso de fármacos, la enfermera debe valorar la historia de fármacos del anciano cuidadosamente y determinar un plan de educación realista. A los ancianos se les debe dar instrucciones escritas, con letra grande y un lenguaje que puedan entender.

Además, deben enumerarse los efectos secundarios de cada fármaco y revisarse con el cliente. En términos sencillos, se debe enseñar a los ancianos la importancia de mantener una programación para los medicamentos importantes (p. ej., digitoxina, insulina) y los riesgos que implica saltarse una dosis o «quedarse sin» píldoras. Las personas olvidadizas pueden tener que usar un organizador de píldoras para asegurar la ingestión adecuada de medicación. La enfermera también debe comentar todo fármaco que el cliente tome por su cuenta y explicar el riesgo potencial y los efectos secundarios de la automedicación y de los medicamentos múltiples. En algunos casos, la enfermera puede ofrecer medidas conservadoras tales como técnicas de relajación o baños, para sustituir los tranquilizantes o la medicación analgésica. Las actividades para mejorar la salud, como la dieta y el ejercicio, también pueden ser útiles para reducir la necesidad de medicación en la fase crónica.

**Alcoholismo.** Los cálculos de consumo de alcohol entre ancianos estadounidenses varía entre el 5 % y el 20 % de la población (Burnside 1988, pág. 1009). En general, las personas tienden a consumir menos alcohol según envejecen. Los ancianos alcohólicos incluyen los que empezaron a beber alcohol en su juventud y los que empezaron con el uso excesivo de alcohol más tarde en su vida. Los alcohólicos que empiezan a beber más tarde lo hacen así para ayudarse a adaptarse a los cambios y problemas de sus años de vejez. Muchos alcohólicos de aparición tardía son viudos.

El alcoholismo crónico tiene efectos importantes en todos los sistemas corporales, produce daño progresivo al hígado y riñón, daño en el estómago y órganos relacionados y entorpece las respuestas mentales, llevando frecuentemente a accidentes y muerte. El alcohol interacciona con diversos fármacos, alterando el efecto normal de los medicamentos en el cuerpo. Algunos medicamentos tienen un mayor efecto cuando se toman con alcohol (tales como los anticoagulantes y narcóticos), mientras que la acción de otros medicamentos (tales como los antibióticos) se inhibe. Para los ancianos que tienen una enfermedad crónica y toman muchos medicamentos, la mezcla de fármacos y alcohol puede llevar a una sobredosis grave.

Los ancianos alcohólicos no deben ser estereotipados ni prejuizados por la enfermera. En su lugar deben ser aceptados, escuchados y ofrecerseles ayuda. La enfermera debe valorar el número y tipo de bebidas alcohólicas que consume además del patrón y frecuencia del consumo. Es importante que la enfermera comente toda la medicación que está tomando el cliente y revise los efectos secundarios y las interacciones entre el alcohol y los medicamentos. El rol de la enfermera es actuar como abogado del cliente y facilitar el tratamiento del problema de la bebida y la prevención de las complicaciones.

## RESUMEN DEL CAPITULO

- La esperanza de vida de los norteamericanos está aumentando, de forma que la edad adulta tardía se divide ahora en tres periodos: «jóven-vejez» (65-74 años); «mediana-vejez» (75-84 años); y «vieja-vejez» (más de 85 años).
- Se tienen en cuenta una serie de teorías para el proceso de envejecimiento biológico: teoría genética, virus lentos inmunológicos, autoinmune, cruzada, estrés, radical libre y de programas.
- Las teorías psicosociales sobre el envejecimiento incluyen el desasimiento, la actividad y la continuidad.
- Se producen una serie de cambios físicos con el envejecimiento e implican a la mayoría de los sistemas corporales; el tegumento, la temperatura corporal, y los sistemas neuromusculoesquelético, cardiopulmonar, sensorial/perceptual, digestivo, urinario y reproductor.
- El anciano normalmente tiene que ajustarse a muchos cambios psicosociales. Se incluye la jubilación (que requiere ajustes económicos y sociales), traslado, aumento de la dependencia de los demás y adaptación al duelo y muerte.
- Hay un cambio mínimo en las capacidades intelectuales del anciano sano. De los tres tipos de memoria (sensorial, primaria y secundaria), la memoria secundaria se ha encontrado que decae con la edad.
- La disminución de la memoria y de las capacidades cognitivas (demencia) producida por factores

tales como depresión, infecciones, y trastornos tiroideos es reversible si se realiza un diagnóstico y tratamiento precoces. La demencia producida por la enfermedad de Alzheimer, ictus repetidos, y enfermedad de Parkinson es irreversible en este momento.

- Las preocupaciones morales de los ancianos tienden a ser interpersonales más que sociales o legales.
- La madurez espiritual puede dar a los ancianos recursos internos para tratar las experiencias de la vida.
- Gran parte de la decadencia de la salud durante los últimos años de la edad adulta se debe a enfermedades crónicas que resultan de estilos de vida insanos y malos hábitos de salud, más que al proceso de envejecimiento en sí.
- Las actividades de promoción y protección de la salud para los ancianos se centran en las visitas regulares de mantenimiento de la salud y vacunaciones; prevención de accidentes, asegurar una nutrición adecuada, prevención de los problemas de eliminación; fomentar el ejercicio adecuado, reposo, y sueño; y mantener la autoestima y la independencia de la persona hasta su máximo potencial.
- El abuso de ancianos, el uso y mal uso de fármacos, y el alcoholismo son situaciones que requieren una valoración sensible y consejo de la enfermera.

## LECTURAS Y REFERENCIAS

### LECTURAS SUGERIDAS

Andresen, G. P. June 1989. A fresh look at assessing the elderly. *RN* 52:28-40.  
Los cambios fisiológicos del anciano dependen de la herencia genética, la historia de sus enfermedades, el tipo de vida, el entorno y los factores sociales. Debido a estos factores, la población anciana presenta una gran diversidad respecto a lo que se considera «envejecimiento normal». El autor presenta una revisión de todos los sistemas del organismo mediante texto y cuadros, que incluyen valoración clínica, causa e intervenciones de enfermería relacionadas. Andresen también proporciona valores de laboratorio para el cliente anciano, pero avisa de que los hallazgos deben interpretarse.

Nesbitt, B. July 1988. Nursing diagnosis in age-related changes. *Journal of Gerontological Nursing* 14:6-12.

En los ancianos que viven en casa hay que valorar cualquier posible problema, para poder aportar una intervención y un apoyo precoces. Hay que dar a las enfermeras una forma de documentar los posibles problemas, para demostrar los «servicios cognoscitivos» que presta la enfermera. Se ofrece la lista de la NANDA como estructura apropiada para monitorizar estos problemas. Nesbitt presenta varios diagnósticos de enfermería y aborda las características definitorias y los factores contribuyentes.

Nesnick, B. M. May/June 1989. Care for life... even if a life care community is utopia, the move can be a dramatic change. Here's how to smooth the transition. *Geriatric Nursing* 10:130-32.



Más de 150,000 ancianos viven en más de 600 residencias especiales en EE.UU. Estas residencias ofrecen a sus residentes una situación vital confortable e independiente, con la garantía de una cama atendida por una enfermera cuando sea necesario. Aunque es el anciano quien decide el traslado, necesita la ayuda de las enfermeras. El autor sugiere diversas estrategias: (1) valoración de enfermería inicial, para determinar posibles problemas, (2) apoyo de grupo para permitir que cada residente se apoye en las fuerzas de los demás, y (3) enseñar al anciano los síntomas de estrés que puede experimentar.

Simon, J. M. August 1988. The therapeutic value of humor in aging adults. *Journal of Gerontological Nursing* 14:8-13.

El autor sugiere que el humor tiene múltiples funciones en el entorno de la asistencia sanitaria. Se incluye los aspectos social, psicológico, fisiológico y de comunicación. El humor se describe como un mecanismo de afrontamiento que ayuda a disminuir la tensión y la ansiedad. El autor sugiere que se planeen actividades humorísticas estructuradas, como juegos, espectáculos y películas, y aborda las implicaciones de enfermería.

Smith, D. L. September/October 1988. Health promotion for older adults. *Health Values* 12:46-51.

Este artículo revisa los recientes programas de promoción sanitaria centrados en la población anciana. Habitualmente, estos programas ofrecen una combinación de educación sanitaria, mantenimiento de la forma física y pruebas de detección selectiva. El autor propone que se tome en serio la promoción sanitaria para ancianos, para impedir que se produzcan incapacidades y reducir el aumento de los costes de las enfermedades crónicas.

## INVESTIGACION RELACIONADA

Gueldner, S. H., and Spradley, J. October 1988. Outdoor walking lowers fatigue. *Journal of Gerontological Nursing* 14:6-12.

Ruffing-Rabal, M. January/February 1989. Ecological well-being: A study of community dwelling older adults. *Health Values*. 13:10-19.

Scura, K. W. October 1988. Audiological assessment program. *Journal of Gerontological Nursing* 14:19-25.

Steinke, E. Summer, 1988. Older adults' knowledge and attitudes about sexuality and aging. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 20:93-5.

Thomas, B. December 1988. Self esteem and life satisfaction. *Journal of Gerontological Nursing* 14:25-30.

## REFERENCIAS SELECCIONADAS

Andreasen, M. E. and Conley, D. M. July/August 1987. Let the sun shine in. *Geriatric Nursing* 8:174-77.

Burggraf, V., and Stanley, M. 1989. *Nursing the elderly: A care plan approach*. Philadelphia: J.B. Lippincott Co.

Burnside, I. M. 1988. *Nursing and the aged: A self-care approach*. 3d ed. New York: McGraw-Hill.

Butler, R. 1963. The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry* 26:65.

Caliandro, G., and Judkins, B. 1988. *Primary nursing practice*. Glenview, Ill.: Scott, Foresman & Co.

Carpenito, L. J. 1989. *Nursing Diagnosis. Application to Clinical Practice 3d ed.* Philadelphia: J.B. Lippincott Co.

Christian, J. L. and Greger, J. L. 1988. *Nutrition for living*. Menlo Park, Calif: Benjamin/Cummings.

Ciocon, J., and Potter, J. October 1988. Age related changes in human memory: Normal and abnormal. *Geriatrics* 43:43-48.

Disparti, J. 1988. Nutrition and self-care. In Caliandro, G., and Judkins, B., editors. pp. 134-50. *Primary nursing practice*. Glenview, Ill.: Scott, Foresman & Co.

Edelman, C., and Mandle, C. L. 1986. *Health promotion throughout the life span*. St. Louis: C. V. Mosby Co.

Erikson, E. H. 1963. *Childhood and society 2d ed.* New York: W. W. Norton and Co.

—, 1982. *The life cycle completed: A review*. New York: W. W. Norton and Co.

Fowler, J., and Keen, S. 1985. *Life maps: Conversations in the journey of faith*. Waco, Texas: Word Books.

Fulmer, T. 1988. The older adult. In Caliandro, G., and Judkins, B., editors. pp. 543-57. *Primary nursing practice*. Glenview, Ill.: Scott, Foresman & Co.

Gioiella, E. C., and Bevil, C. W. 1985. *Nursing care of the aging client. Promoting healthy adaptation*. Norwalk, Conn.: Appleton-Century-Crofts.

Hales, D. 1989. *An invitation to health*. 4th ed. Menlo Park: Benjamin/Cummings.

Hawkins, W. E.; Duncan, D. F.; and McDermott, R. J. May 1988. A health assessment of older Americans: Some multidimensional measures. *Preventive Medicine* 17:344-56.

Hayflick, L. October 1988. Why do we live so long? *Geriatrics* 43:77-87.

Hogstel, M.; and Kashka, M. January/February 1989. Staying healthy after 85. *Geriatric Nursing*. 19:16-18.

Houldin, A., Saltstein, S., Ganley, K. 1987. *Nursing Diagnoses for Wellness*. Philadelphia: J.B. Lippincott.

Job, S., and Anema, M. December 1988. Elder care: Ethical dimensions. *Journal of Gerontological Nursing* 14:16-19.

Kart, C. S.; Metress, E. S.; and Metress, J. F. 1978. *Aging and health: Biologic and social perspectives*. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley Publishing Co.

Kohlberg, L. 1971. *Recent research in moral development*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Lenihan, A. A. July/August 1988. Identification of self care behaviors in the elderly: A nursing assessment tool. *Journal of Professional Nursing* 4:285-88.

Lichtenstein, M.; Bess, F.; and Logan, S. May 1988. Validation of screening tools for identifying hearing impaired elderly in primary care. *Journal of the American Medical Association*. 259:2875-78.

Lyles, D. C.; Larisey, M. M.; and Morrill, L. S. May/June 1988. Health promotion for the elderly: A student experience. *Nurse Educator* 13:23-26.

McCracken, A. L. October 1988. Sexual practice by elders: The forgotten aspect of functional health. *Journal of Gerontological Nursing* 14:13-18.

Murray, R. B., and Zentner, J. P. 1989. *Nursing assessment and health promotion strategies through the life span*. 4th ed. Norwalk, Conn.: Appleton & Lange.

Nesbitt, B. July 1988. Nursing Diagnosis: Age related changes. *Journal of Gerontological Nursing* 14:6-12.

Peck, R. 1955. Psychological developments in the second half of life. In Anderson, J., editor. *Psychological aspects of*

aging. Washington, D.C.: American Psychological Association.

—, 1968. Psychological development in the second half of life. In Neugarten, B. L., editor. *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.

Pender, N. J. 1987. *Health promotion and nursing practice*. 2d ed. Norwalk, Conn.: Appleton & Lange.

Reed, A. T., and Birge, S. J. July 1988. Screening for osteoporosis. *Journal of Gerontological Nursing* 14:18-20.

Rowe, J., and Besdine, R. 1988. *Geriatric Medicine*. 2d ed. Boston: Little, Brown and Co.

Rybash, J.; Hoyer, W.; and Roodin, P. 1986. *Adult cognition and aging*. New York: Pergamon Press.

Rybash, J. M.; Roodin, P. A.; and Hoyer, W. J. 1983. Expressions of moral thought in later adulthood. *Gerontologist* 23:254-59.

Saxon, S. V., and Etten, M. J. 1987. *Physical change and aging. A guide for the helping professions*. 2d ed. New York: Tiresias Press.

Schuster, C. S., and Ashburn, S. S. 1986. *The process of human development: A holistic approach*. 2d ed. Boston: Little, Brown and Co.

Scura, K. W. October 1988. Audiological assessment program. *Journal of Gerontological Nursing* 14:19-25.

Smith, D. L. September/October 1988. Health promotion for older adults. *Health Values* 12:46-51.

Thienhaus, O. J. August 1988. Practical overview of sexual function and advancing age. *Geriatrics* 43:63-67.

Tzirides, E. April 1988. Health outreach program: Marketing the "Health Way". *Nursing Management* 19:557.

U.S. Bureau of the Census. 1989. *Statistical abstract of the United States*, 109th ed. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.

Utley, Q. E.; Hawkins, J. E.; Igou, J. F.; and Johnson, F. F. June 1988. Giving and getting support at the wellness center. *Journal of Gerontological Nursing* 14:23-25.

Vander-Zanden, J. 1985. *Human development*. 3d ed. New York: Alfred A. Knopf.

Webster, J. A. December 1988. Key to healthy aging: Exercise. *Journal of Gerontological Nursing* 14:8-15.

Yurick, A.; Spier, B.; Robb, S.; and Ebert, N. 1989. *The aged person and the nursing process*. Norwalk, Conn.: Appleton & Lange.